

GE_GERICHTE A/2229/2017 vom 14. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2229_2017

FR: GE_GERICHTE A/2229/2017 du 14 mars 2019

IT: GE_GERICHTE A/2229/2017 del 14 marzo 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Alexandre GUYAZ recourante contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise Hagenholzstrasse 60, ZURICH intimée EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1961, a travaillé pour la banque B_____ à compter du 1^{er} avril 1999 en qualité de responsable du département de gestion. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE (ci-après l'assurance). ![endif]>![if> 2. Le _____ 2005, un incendie a eu lieu dans les locaux de la banque. Selon la déclaration d'accident du 18 juillet 2005, l'assurée avait respiré une épaisse fumée noire en ouvrant la porte derrière laquelle l'incendie s'était déclaré. Elle avait immédiatement souffert d'irritations aux yeux et d'un sentiment d'oppression au thorax. ![endif]>![if> 3. Par décision du 8 septembre 2006, l'assurance, a mis un terme à ses prestations, au motif que les conjonctivites n'étaient pas consécutives à l'événement mais d'origine dégénérative.![endif]>![if> Cette décision a été rendue sur la base d'un dossier comprenant notamment les éléments suivants : - Après consultation, le 1^{er} juillet 2005, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une intoxication à la fumée. Le médecin a également fait mention d'une douleur recto-sternale, d'une gêne à la respiration et d'une rougeur des conjonctives. Des radiographies du thorax s'étaient révélées sans particularités. Le Dr C_____ ne mentionnait aucune incapacité de travail. ![endif]>![if> - Le 18 juillet 2005, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a posé le diagnostic de RADS (Reactive Airways Dysfunction Syndrome). L'examen physique était normal, avec une capacité respiratoire dans la norme.![endif]>![if> - Le 27 juillet 2005, le docteur E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a diagnostiqué une conjonctivite n'ayant entraîné aucune incapacité de travail. ![endif]>![if> - Le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'assurance, a émis l'avis, en date du 28 février 2006, qu'une conjonctivite guérissait toujours en peu de temps.![endif]>![if> 4. Le 1^{er} mai 2009, l'assurée a été nommée directrice de la succursale de Genève de la banque G_____. ![endif]>![if> 5. Par décision du 20 janvier 2011, l'assurance a partiellement admis l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 8 septembre 2006, en ce sens qu'elle a admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes pulmonaires et ophtalmologiques et accepté la prise en charge des frais de traitement jusqu'au 31 décembre 2010. Au surplus, elle a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de CHF 6'048.-, à l'exclusion de toute indemnité journalière ou rente. ![endif]>![if> Cette décision sur opposition a été rendue à l'issue d'une instruction complémentaire ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants : - Le 22 septembre 2005, l'assurée avait été examinée par le docteur H_____, médecin à Tel-Aviv, lequel a rendu un rapport en mars 2008. Il y relatait que l'assurée se

plaignait à l'époque de brûlure oculaire (burning tears) et d'une sensation de sécheresse (feeling of dryness) au niveau des deux yeux. Lors de l'examen, l'acuité visuelle et la pression s'étaient révélées normales, mais les yeux étaient irrités et secs. Une coloration de la conjonctive avait été constatée. Selon l'assurée, les symptômes s'étaient déclarés après l'inhalation de la fumée dégagée par l'incendie. Cette situation était restée inchangée en 2007 et 2008. Le Dr H_____ en a tiré la conclusion qu'un lien pouvait raisonnablement être fait entre l'incendie et l'état de santé de l'assurée.![endif]>![if> - Le 2 mai 2008, le Dr D_____ a confirmé son diagnostic de RADS. Il a expliqué qu'il s'agissait d'une irritation bronchique prolongée après une exposition à un irritant respiratoire, en particulier à la fumée. Les symptômes d'un RADS pouvaient durer et le tableau se compliquer d'un asthme persistant. ![endif]>![if> Dans le cas d'espèce, il essayait d'améliorer la situation avec des inhalations de corticoïdes associées à un traitement anti-reflux œsophagien, mais l'assurée avait gardé une fragilité bronchique : depuis l'incendie, elle souffrait d'épisodes répétés de toux prolongée, sans altération de la capacité respiratoire, avec une réponse imparfaite au traitement. Elle présentait aussi une fatigabilité importante. - Le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, mandaté pour expertise par l'assureur, a examiné l'assurée le 21 avril 2009. Elle se plaignait alors de toux intermittente, quasi-quotidienne, significativement aggravée par l'exposition au froid, l'exercice et le fait de parler longuement. Une dyspnée significative pouvait apparaître, accompagnée parfois de sibilances. Les accès de toux pouvaient induire des douleurs thoraciques. La symptomatologie était fluctuante, avec des phases d'aggravation, puis de relative accalmie, mais ne disparaissait pas complètement. L'inhalation d'un stéroïde améliorait sensiblement le tableau et permettait de contrôler la symptomatologie dans une certaine mesure, sans toutefois permettre de guérison définitive.![endif]>![if> L'expert a décrit un examen pulmonaire normal, avec une excellente ampliation thoracique, une absence de freinage expiratoire, de râle, de sibilances ou autres bruits adventices, mais des toux répétées à l'inspiration profonde. La fonction pulmonaire complète était normale sans obstruction bronchique, en tout cas au moment de la mesure. L'ergonomie réalisée au laboratoire de fonction pulmonaire de la division de pneumologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) montrait un comportement cardio-pulmonaire à l'effort globalement normal, l'assurée atteignant 88 % de la consommation d'oxygène maximale prédite. Une discrète tendance à l'hyperventilation, à la tachypnée et à la tachycardie était relevée, mais elle témoignait plutôt d'un manque d'exercice ou de forme physique. Les échanges gazeux étaient dans la norme. En post-effort, une modification significative des volumes expiratoires maximaux par seconde (VEMS) était constatée, mais elle était rapidement corrigée de manière spontanée. Le test de réactivité bronchique non spécifié avait été refusé par l'assurée. Le Dr I_____ a confirmé le diagnostic de RADS dû à l'exposition aux émanations toxiques lors de l'incendie, précisant qu'un RADS pouvait s'amender rapidement selon la littérature médicale mais qu'il pouvait également durer plusieurs années, parfois même plus de 10 ans. Dans un tel cas, il était indispensable de prendre de manière prolongée le traitement préconisé par le Dr D_____. Cela étant, la situation de l'assurée, plus de quatre ans après l'incendie, n'avait rien de surprenant. L'expert a considéré qu'une incapacité de travail transitoire avait pu survenir peu après l'incendie. A cet égard, il a renvoyé à l'avis des médecins alors consultés. Désormais, plus aucune incapacité de travail ne se justifiait au vu du métier purement intellectuel de l'assurée.

- Egalement mandaté par l'assureur, le docteur J_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a examiné l'assurée le 3 avril 2010. ![endif]>![if> Dans son rapport du 19

avril, le Dr J_____ a retenu les diagnostics suivants : syndrome de trouble bronchique d'origine toxique, conjonctivite allergique chronique, œil sec, rétinotoxicité avec perte campimétrique périphérique et céphalées chroniques. L'expert a considéré comme hautement vraisemblable que l'incendie du 29 juin 2005 fût la cause exclusive des atteintes à la santé de l'assurée. L'exposition aux substances toxiques avait provoqué une atteinte des voies respiratoires sous forme d'irritation bronchique chronique (RADS), une atteinte de la surface oculaire sous la forme d'une blépharite postérieure, d'une hyperémie conjonctivale durable et d'une sécheresse oculaire, une rétinopathie d'origine toxique - avec pour conséquence une réduction concentrique du champ visuel davantage marqué à gauche - ainsi que des troubles de la mémoire, de la concentration et des céphalées. Il n'y avait aucun traitement médical permettant de restaurer le champ visuel consécutivement à une rétinopathie toxique, l'état final ayant été atteint dès les premières semaines suivant l'exposition aux substances toxiques. L'expert a relevé l'absence d'incapacité de travail consécutive à l'incendie en question. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique de l'assurée, elle consistait en une amputation du champ visuel bilatéral, située dans la partie périphérique extrême et ne pouvait dès lors que difficilement être quantifiée du fait de son étendue relativement modérée. En plus de son examen clinique, le Dr J_____ a sollicité des examens complémentaires auprès du docteur K_____, médecin chef du service d'ophtalmologie des HUG. - Dans son rapport du 15 mars 2010, le Dr K_____ a retenu les diagnostics de blépharite postérieure, hyperhémie conjonctivale et sécheresse oculaire. Selon lui, les altérations des muqueuses observées au niveau oculaire étaient très comparables à celles relevées au niveau des voies respiratoires et vraisemblablement dues à une irritation consécutive à l'exposition à la fumée. Le trouble du champ visuel - étant précisé que l'acuité visuelle était préservée - était très vraisemblablement d'origine rétinienne et de nature rétinotoxique. D'autres investigations n'avaient pas apporté d'indications significatives. Le Dr K_____ a conclu qu'il y avait selon toute vraisemblance des séquelles de rétinotoxicité des substances inhalées, la relation entre le trouble visuel et l'exposition à la fumée de substances toxiques étant qualifiée de vraisemblable. Quant aux troubles de la mémoire, de la concentration et aux céphalées, les tests étaient peu parlants. En pratique, l'assurée se plaignait de difficultés de concentration après trois à quatre heures de travail. Elle parvenait cependant de manière partiellement satisfaisante à surmonter ce handicap au prix d'un effort substantiel. Ces troubles de la concentration étaient très variables. Pour le Dr K_____, ils étaient vraisemblablement organiques mais ne pouvaient être mis en évidence par les tests réalisés. - Egalement consultés, les médecins du Service de neurologie des HUG, dans un rapport du 14 septembre 2009, ont notamment relevé une thymie triste et émis l'avis que les troubles de la concentration et la fatigue pouvaient être dus à une réaction psychologique retardée à mettre en relation avec l'incendie. Une évaluation neuropsychologique n'avait pas mis en évidence de dysfonctionnement cognitif. En conséquence, il n'y avait pas d'argument pour une origine neurologique aux légères difficultés mnésiques et de concentration rapportées par l'assurée. Le neuropsychologue était d'avis que ces difficultés étaient secondaires à la fatigue engendrée par les troubles oculaires et respiratoires. - Le 15 avril 2010, le Dr I_____ a complété son expertise du 9 octobre 2009, en précisant notamment que l'atteinte à l'intégrité était vraiment mineure et que le taux minimal prévu par les tables d'indemnisation de la SUVA n'était pas atteint. Il fallait une diminution de la fonction pulmonaire de 33 1/3% pour atteindre le taux minimal de 5% établi par les barèmes ; or, cette fonction était normale chez l'assurée.

Le docteur L_____ a indiqué dans un rapport du 28 juin 2010 que l'assurée se plaignait de toux et de dyspnée induites par l'exercice et la respiration profonde, d'une sensation de pression au niveau de la poitrine (chest tightness) la nuit et lors d'exercices, d'une respiration difficile (râles) après l'exercice (wheezing), de toux perturbant le sommeil et entraînant une fatigue diurne, de maux de tête et de tremblements lors de l'utilisation du Seretide, d'atteintes à l'œil et à la vision, de difficultés de mémoire et de concentration ainsi que de céphalées.

Le Dr L_____ retenait les diagnostics suivants : RADS, asthme et bronchospasme induits par l'effort, infection respiratoire récurrente, capacité d'exercice faible, atteintes à l'œil et à la vision, difficultés mnésiques et de concentration et céphalées. L'assurée souffrait non seulement de RADS mais également d'asthme. Ce médecin insistait sur la distinction entre RADS et asthme : un RADS était un phénomène temporaire, alors que l'asthme était une atteinte persistante ne pouvant être guérie à l'âge adulte. Concrètement, le Dr L_____ estimait que le RADS s'était transformé en asthme. Enfin, le médecin émettait l'avis que, dans la mesure où il y avait réduction de la fonction pulmonaire supérieure à 30% (31.5% et 33%), une atteinte à l'intégrité de 5% devait être reconnue, compte tenu d'autres limitations (toux, hyperventilation pendant l'exercice, troubles oculaires, troubles de la vision, troubles de la mémoire et de la concentration et céphalées).

Le 20 septembre 2010, le Dr J_____ a évalué l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour l'œil gauche à 6%. Au niveau de l'œil droit, il n'y avait pas de restrictions du champ visuel suffisamment étendues pour permettre d'appliquer les tables d'indemnisation de la SUVA. Le pourcentage retenu correspondait à l'atteinte à l'intégrité selon la restriction concentrique du champ visuel établi sur le méridien horizontal, applicable dès lors que l'acuité visuelle centrale n'était pas réduite.

6. Saisie d'un recours de l'assurée - qui réclamait une rente d'invalidité d'au moins 10%, une indemnité pour atteinte à l'intégrité « sensiblement supérieure » (de l'ordre de 15 à 20% pour tenir compte des atteintes oculaires, pulmonaires et neuropsychologiques) et la prise en charge de ses traitements au-delà du 1^{er} janvier 2011 -, la Cour de céans l'a partiellement admis en date du 16 mai 2013 (ATAS/475/2013), à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir les éléments suivants :

Dans un rapport rédigé le 2 décembre 2012, le Dr J_____ avait précisé qu'il était possible de proposer un traitement susceptible d'améliorer l'inconfort subjectif secondaire à un œil sec et à une conjonctivite chronique. Ce traitement n'avait cependant pas de vertus curatives, avec un retour des symptômes dès l'arrêt de la prise des collyres. Dans le cas de l'œil sec, un traitement substitutif de larmes artificielles et un gel ophtalmique pour la nuit pouvaient être prescrits. Concernant la conjonctivite allergique chronique, des antiallergiques ou anti-inflammatoires pouvaient être prescrits pour une durée déterminée, afin de couper court à une crise importante. Par conséquent, on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de l'assurée probablement dès l'incendie.

Quant aux céphalées, elles n'étaient pas d'origine directement ophtalmologique. Enfin, le médecin considérait que la recourante subissait une diminution de rendement de l'ordre de 15 à 20%.

Les fiches de salaire de l'assurée pour les années 2005 à 2009 versées à la procédure faisaient état des revenus suivants :

salaire de base bonus total 2005 CHF 331'761.- CHF 331'761.- 2006 CHF 362'330.- CHF 362'330.- 2007 CHF 297'349.- CHF 150'000.- CHF 447'349.- 2008 CHF 299'720.- CHF 150'000.- CHF 449'720.- 2009 CHF 444'352.- CHF 275'000.- CHF 719'352.- 2010 CHF 481'960.- CHF 165'869.- CHF 647'829.- 2011 CHF 481'960.- CHF 115'045.- CHF 597'005.- 2012 CHF 490'000.- non connu CHF 490'000.- - Interrogé

par la Cour, le Dr I_____ a indiqué que la guérison était possible, mais qu'il n'avait pas connaissance d'une valeur (probabilité de guérison) proposée par la littérature pour un cas de RADS symptomatique après plusieurs années. S'agissant de la diminution de rendement, il a renvoyé à l'avis du médecin traitant. Enfin, il a suggéré que le cas de l'assurée soit réévalué de manière objective, notamment par le biais du test de réactivité bronchique non spécifique.![endif]>![if> La Cour a rappelé que les efforts substantiels déployés par un assuré devaient être pris en considération dans le cadre de l'examen de la capacité de travail, mais non dans l'évaluation de l'invalidité, notion économique liée à la capacité de gain. Dès lors que l'assurée exerçait encore son activité à 100%, il aurait fallu que la poursuite de cette activité ne puisse se faire qu'au risque d'une aggravation de son état de santé pour qu'une incapacité de travail soit reconnue, ce qu'aucune pièce du dossier n'avait permis d'établir. Les pièces ne révélaient ni incapacité de travail, ni de perte de gain. Bien au contraire, le salaire brut de base de l'assurée n'avait cessé d'augmenter, seul le bonus ayant diminué alors que le secteur bancaire connaissait des moments difficiles. En tous les cas, le lien de causalité entre la diminution du bonus et une éventuelle baisse des performances ne pouvait être établi. Par conséquent, dès lors que l'assurée continuait à travailler et réalisait malgré l'atteinte un salaire plus important que celui qu'elle percevait avant l'accident, il n'y avait pas d'invalidité. Les rapports des Drs J_____ et I_____ se sont vu reconnaître pleine valeur probante, au contraire de celui du Dr L_____, dont il a été constaté qu'il contenait des conclusions contradictoires (ce médecin retenait à titre de diagnostics un RADS et un asthme, avant d'expliquer que le RADS s'était transformé en asthme). S'agissant du traitement ophtalmologique, la Cour a retenu qu'il ne permettait pas de guérir les atteintes, mais uniquement d'en soulager les symptômes. Il n'était donc pas à la charge de l'assurance. Au plan pneumologique, l'asthme ne pouvait en aucun cas guérir. Partant, un éventuel traitement n'était pas non plus à la charge de l'assurance. Quant au RADS, la guérison n'était que possible, ce qui n'était pas suffisant pour que l'assurance doive prendre en charge les frais de traitement. L'assureur avait donc à juste titre mis un terme à la prise en charge du traitement médical. En revanche, l'origine des troubles neuropsychologiques n'avait pas été établie à satisfaction de droit. La Cour, constatant qu'elle ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour trancher la question de la causalité, puisque l'instruction n'avait pas porté sur ces troubles, a donc renvoyé la cause à l'assurance pour qu'elle investigue cette question, qu'elle détermine l'origine des troubles en question, précités, se prononce sur leur gravité, éclaircisse la question d'un éventuel lien de causalité avec l'incendie du 29 juin 2005 et, cas échéant, évalue une éventuelle atteinte à l'intégrité. La décision de l'assurance était annulée en tant qu'elle octroyait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 6'048.- et la cause renvoyée à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La décision du 20 janvier 2011 était confirmée pour le surplus. 7. Par courrier du 22 novembre 2013 à l'assurance, le Dr J_____ a confirmé que l'atteinte à l'intégrité pour l'œil gauche était de 6%. Elle était de 4% pour l'œil droit, qui présentait également une diminution de la sensibilité moindre. ![endif]>![if> 8. Dans un certificat du 3 février 2014, le Dr D_____ a attesté la survenance, mi-novembre 2013, d'une exacerbation du problème respiratoire chronique sous forme d'un état fébrile avec une toux très forte, d'expectorations purulentes, de douleurs thoraciques, d'une gêne respiratoire et d'une dysphonie marquée, associée à une fatigabilité, des tremblements et des céphalées. L'assurée avait dû interrompre son activité professionnelle du 18 au 24 novembre 2013. ![endif]>![if> 9. Par décision du 21 février 2014, l'assureur a confié à la Clinique Corela le soin de procéder à une expertise comprenant des volets neurologique,

psychiatrique, ophtalmologique et neuropsychologique. 10. L'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans. Cette procédure a abouti à un accord des parties, entériné par arrêt du 20 novembre 2014 (ATAS/1211/2014) : l'assurance a accepté de se contenter de questions supplémentaires au Dr J_____ et de ne mandater qu'un pneumologue et un neuropsychologue, ce dernier étant appelé à se prononcer sur la nécessité d'une expertise psychiatrique ; les parties ont accepté les experts proposés par la Cour de céans, soit Madame M_____, neuropsychologue, et le Professeur N_____, médecin-chef du service de pneumologie du Centre universitaire hospitalier du canton de Vaud (CHUV) ; elles ont également convenu des questions à soumettre à ces experts. 11. Un nouveau certificat établi le 10 octobre 2014 par le Dr D_____ a attesté plusieurs épisodes d'allure bronchitique chaque année et un épisode particulièrement prolongé et sévère en été 2014, avec une exacerbation asthmatique malgré le traitement. 12. Le 14 décembre 2014, le Dr J_____ a complété son estimation de l'atteinte à l'intégrité. Les barèmes renaient une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% dans les cas sévères de larmolement et de 5% pour les cas graves d'éblouissement. Ils ne fournissaient pas d'élément d'évaluation d'une atteinte structurelle telle que la conjonctivite chronique et le syndrome de l'œil sec. Cependant, en considérant la valeur retenue lors de dommages esthétiques, on pourrait également retenir une atteinte à l'intégrité de 5% supplémentaire pour la conjonctivite chronique et le syndrome de l'œil sec, si ces éléments étaient suffisamment invalidants dans la vie quotidienne pour justifier d'une diminution de la qualité de vie et des performances. En résumé, les taux d'atteinte étaient les suivants : conjonctivite chronique et syndrome de l'œil sec combinés : 5%, gêne à la lumière : 5%, larmolement : 5%. 13. Par courrier du 29 janvier 2015 à l'assurance, l'assurée, convoquée par le Dr J_____ pour une expertise, a indiqué refuser de se soumettre à un tel examen, arguant que ses atteintes ophtalmologiques devaient uniquement faire l'objet de questions complémentaires. Le Dr J_____ ayant répondu de manière claire à ces questions, il convenait de lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire de 15%. 14. Le 30 mars 2015, le Dr J_____ a expliqué qu'il ne lui était pas possible de se déterminer sur le degré de sévérité des atteintes et leur caractère invalidant dans la vie quotidienne, difficiles à quantifier par des moyens objectifs et s'évaluant plutôt lors d'un entretien clinique. Il ne pouvait se déterminer sur la base du dossier sur le taux d'atteinte à l'intégrité pour les séquelles ophtalmologiques de l'assurée. 15. Madame M_____ a réalisé une expertise neuropsychologique. Dans son rapport du 16 avril 2015, elle s'est livrée à une anamnèse et s'est fait l'écho des plaintes de l'assurée. Elle n'a pas noté de ralentissement clinique ou lors des tests à l'issue de son examen. La mémoire antérograde était dans les normes. Aux tests de temps de réaction sur matériel informatique, l'attention était globalement de bonne qualité, mais un effort volontaire était signalé avec la présence de céphalées lors de la seconde séance. Les céphalées, l'effort d'attention et de concentration, la fatigue ressentie ne se traduisaient pas par une insuffisance des performances et n'étaient pas objectivables par les tests. L'ensemble de cet examen était dans la norme, comme c'était le cas en 2009. Ces résultats étaient compatibles avec le haut niveau de compétence et de performance de l'assurée, qui travaillait à 100% depuis le début de sa carrière. Néanmoins, elle souffrait de céphalées chroniques. La fatigue, surtout au plan physique (cotée au maximum) et dans une moindre mesure psychique, était évaluée comme importante. L'impression de fatigue physique était probablement surévaluée car, hormis les problèmes respiratoires, aucun élément neurologique ne pouvait l'expliquer,

mais elle traduisait un sentiment de fardeau. Elle pouvait être liée à des douleurs chroniques. L'assurée n'avait ressenti aucun progrès depuis 2005. On constatait une anxiété importante rapportée sur l'échelle de Hamilton. L'assurée évoquait une série de signes compatibles avec les séquelles chroniques et à long terme du stress important ressenti avec la peur de mourir pendant l'incendie, qui pourraient constituer un syndrome de stress post-traumatique chronique (PTSD). Une expertise sur ce point était suggérée. Enfin, la neuropsychologue excluait l'origine organique des troubles, au motif que ces derniers n'étaient pas dus à une affection du système nerveux central. Il n'y avait pas de symptomatologie neuropsychologique d'origine organique cérébrale liée à l'incendie. 16.

Le 24 juin 2015, l'assurée a accepté de se soumettre à un examen par le Dr J_____, tout en émettant certaines réserves quant au rapport à venir. 17. Dans un rapport du 19 août 2015, le Prof. N_____ a retenu les diagnostics de RADS avec asthme d'effort, bronchectasies de type tubulaire dans le lobe supérieur droit (LSD), le lobe moyen droit (LMD) et la lingula, et possible syndrome post-traumatique. 18. Après avoir résumé le dossier médical, ce médecin a noté dans l'anamnèse une dyspnée de stade II dès que l'assurée marchait un peu vite, une sensation d'irritation dès qu'elle respirait de l'air sec, ce qui la faisait tousser, en particulier lorsqu'elle parlait de façon prolongée. Elle toussait la nuit et était réveillée vers 3h ou 4h du matin. Cette toux était essentiellement non productive. Elle entendait un sifflement lorsqu'elle marchait rapidement, évoquant un bronchospasme à l'effort. Elle avait eu deux bronchites par an, traitées par antibiotiques. Lorsqu'elle faisait du nordic walking, elle se sentait rapidement tachypnéique avec une oppression thoracique et même des vertiges. Ses réveils nocturnes semblaient entraîner une fatigue au travail. Après avoir rapporté les résultats des différents tests et examens, le Prof. N_____ a retenu que l'assurée avait présenté un RADS à la suite de l'exposition à des fumées toxiques de nature très diverse, si l'on en croyait les photos du sinistre. Ces gaz avaient entraîné une hypersensibilité bronchique qui se manifestait par un asthme à l'effort, avec des fonctions pulmonaires montrant un VEMS qui s'abaissait. Le test du 24 février 2015 avait en effet révélé à nouveau une chute de 24% pour atteindre 56% de la valeur prédite (VP). Lorsque l'assurée était revenue pour son contrôle, elle arrivait d'Amérique du Sud, où elle n'avait pas été exposée à des irritants ou au froid, et son VEMS s'était normalisé à 93% de la VP avec une ventilation collatérale (CV) à 96% de la VP, montrant bien qu'elle ne souffrait pas d'un syndrome obstructif fixé, mais bien d'un asthme. Le test d'effort réalisé avait à nouveau révélé un asthme d'effort survenu pendant un effort maximal. L'effort produit était abaissé à 73% de la VP avec épuisement de la réserve ventilatoire et atteinte d'une fréquence cardiaque maximale. L'hyperpnée était probablement le reflet d'un stress induit par la réduction des débits pulmonaires. Dans ces conditions, l'assurée ne pouvait effectuer qu'une activité sédentaire correspondant à 6.2 ml/min/kg, soit 40% du volume d'oxygène maximal (VO₂max), ce qui était une limitation conséquente. Selon l'American Thoracic Society, un VO₂max entre 15-20 ml/min/kg entraînait une invalidité entre 33.3% - 50%, quelle que soit l'activité. Il semblait que cette limitation à l'effort survenait malgré un traitement régulier avec des stéroïdes inhalés et du Singulair. L'assurée subissait cette limitation depuis 2005. Le scanner du thorax avait montré que l'inflammation aiguë ou chronique induite au cours du temps avait provoqué des dilatations des bronches ou bronchectasies dans le LSD, et dans les LM et la lingula, zones susceptibles d'amener des toux persistantes après une infection et prédisposant à des infections plus fréquentes que le reste de la population. Ces bronchectasies pourraient aller en s'aggravant si elles n'étaient pas bien prises en charge dans le futur. 18. Le 2 novembre

2015, le Pr N_____ a complété son expertise en précisant que l'assurée avait souffert d'un RADS et avait depuis une hyperréactivité bronchique amenant une diminution de la fonction pulmonaire de 30.5 à 33% lors d'exercices physiques. Il s'agissait d'un asthme d'effort pouvant aussi survenir à l'exposition au froid ou à l'air sec. ![/endif]>![if> Les bronchectasies étaient probablement en rapport avec cette exposition aiguë à des toxiques. Elles entraînaient une propension à des infections de type bronchite, voire des épisodes de bronchopneumonie. La pratique d'exercices réguliers pour éliminer les sécrétions ainsi que l'utilisation de bronchodilatateurs étaient souvent nécessaires. Si elles devenaient plus importantes avec des sécrétions bronchiques, elles devraient être éliminées par de la physiothérapie respiratoire dirigée et des aérosols. Tant l'hyperréactivité bronchique que les bronchectasies justifiaient l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 5%. S'agissant de la capacité de travail, l'assurée pouvait mener une activité de bureau sans symptôme autre qu'une toux associée à un sentiment de fatigue. La fatigue semblait s'aggraver lors de déplacements ou de prises de parole prolongées. Cela représentait certainement un frein pour la planification de son métier à responsabilité. Par ailleurs, il n'était pas exclu que d'ici quelques années, l'assurée doive consacrer du temps à la physiothérapie respiratoire et qu'elle soit interrompue par des infections respiratoires plus fréquentes que la norme. L'hyperréactivité bronchique était apparue d'emblée et semblait s'être maintenue. L'apparition des symptômes, en particulier de la toux, était probablement survenue depuis lors, avec un état inflammatoire persistant des bronches et l'apparition de bronchiectasies. L'évènement du 29 juin 2005 semblait avoir été clé dans l'évolution respiratoire de l'assurée, qui n'était pas exposée à un autre facteur de risque. 19. Le 8 janvier 2016, le Prof. N_____ a encore précisé que la méthode exacte de calcul de l'indemnité de 5% était basée sur l'altération de 30.5 à 33% de la fonction pulmonaire au repos. Cette atteinte était la conséquence du RADS et de l'asthme. ![/endif]>![if> Les bronchectasies relevaient pour l'heure plus d'un inconfort dû à l'irritation des bronches, sans incidence sur les résultats fonctionnels. Si elles venaient à s'aggraver, l'invalidité fonctionnelle pulmonaire ne devrait pas dépasser 40% dans les 10 à 15 ans, et l'atteinte à l'intégrité pourrait alors s'élever à 10%. Les risques que cela survienne étaient d'environ 40 à 50%. Une amélioration de l'état de santé était très peu probable. Compte tenu de la perte fonctionnelle, le Prof. N_____ considérait qu'il fallait compter une perte de rendement de 5%, ce qui était une évaluation plutôt basse car elle ne tenait pas compte de la composante psychologique, qui s'apparentait à un syndrome post-traumatique. 20. Le 20 mars 2016, après avoir examiné à nouveau l'assurée, le Dr J_____ a confirmé la persistance de la conjonctivite chronique, du syndrome d'œil sec, de la gêne à la lumière et du larmoiement, qui affectaient le quotidien de l'assurée. Un examen complémentaire de l'éblouissement pratiqué le 14 mars 2016 confirmait également l'importance de cette atteinte. En ce sens, ce médecin maintenait les taux d'atteinte à l'intégrité relatifs à ces séquelles indiqués le 14 décembre 2014, soit 5% pour la conjonctivite chronique et le syndrome d'œil sec combinés, 5% pour la gêne à la lumière, et 5% pour le larmoiement : la conjonctivite chronique et le syndrome d'œil sec persistant malgré l'utilisation de collyres étaient suffisamment invalidants dans la vie quotidienne pour entraîner une diminution notable de la qualité de vie et des performances lors de l'accomplissement de tâches professionnelles. ![/endif]>![if> 21. Par courriel du 14 juin 2016, l'assurance a informé l'assurée de son intention de confier une expertise ophtalmologique au docteur O_____. ![/endif]>![if> 22. Par courrier du 1 er juillet 2016, l'assurée s'y est opposée en arguant que le fait que les conclusions du Dr J_____ ne lui donnent pas satisfaction n'autorisait pas l'assurance à

requérir une seconde expertise. Ce procédé était d'autant moins acceptable qu'il était contraire à l'arrêt du 20 novembre 2014. Par décision incidente du 28 juillet 2016, l'assurance a confirmé la mise en œuvre d'une expertise confiée au Dr O _____. L'assurance a argué que l'appréciation du Dr J _____, conduisant à une atteinte à l'intégrité globale de 25% pour les troubles oculaires (6% restriction œil gauche, 4% œil droit, 5% pour conjonctivite chronique et syndrome d'œil sec, 5% pour gêne à la lumière et 5% pour larmoiement) n'était pas convaincante. Elle a reproché au médecin de s'être contenté d'additionner les taux tirés des tables d'indemnisation, sans procéder à une pondération en considérant l'atteinte oculaire dans sa globalité. 24. Le docteur P _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a examiné l'assurée en juin 2016. Dans son rapport du 16 septembre suivant, l'expert a retracé l'anamnèse et résumé le dossier. Au sujet de l'incendie du 29 juin 2005, il a noté qu'en sortant de son bureau, l'assurée s'était retrouvée dans un couloir où régnaient une épaisse fumée et un profond silence. Elle ne voyait rien et avait perdu tous ses repères. Elle avait complètement perdu le sens de l'orientation et avait du mal à respirer. Elle était complètement désespérée. Elle devait trouver comment sortir de là, mais sans y parvenir. Elle avait entendu l'appel d'un collègue derrière elle, sans pouvoir lui répondre. Celui-ci avait fini par lui prendre la main et la sortir du bâtiment. Lorsqu'elle s'était retrouvée dans la rue, elle était couverte de suie noire. Les secours étaient présents et un pompier lui avait versé un seau d'eau froide. Elle avait attendu l'arrivée du responsable de la sécurité de la banque avant de rentrer chez elle. De retour à la maison, elle avait pris une douche et préparé à manger pour elle et son fils. Son mari, en déplacement professionnel, l'avait appelée le soir et elle lui avait raconté sur un ton banal ce qui s'était passé. Ne pas avoir été brûlée signifiait pour elle ne rien avoir subi. Ce n'était qu'après avoir parlé avec son mari qu'elle s'était rendu compte qu'elle avait échappé au pire. Le lendemain, elle était retournée travailler. Malgré l'odeur épouvantable, son chef avait décidé qu'elle et son équipe devaient rester à leur poste. Aujourd'hui, elle s'en voulait beaucoup d'avoir accepté cette décision. Elle avait le sentiment d'avoir été trahie par son employeur, qui ne l'avait pas soutenue et avait refusé de payer les frais médicaux. Ce sentiment de trahison était d'autant plus fort qu'elle s'était beaucoup investie dans son travail. Elle s'était sentie humiliée. Après avoir relaté les plaintes de l'assurée, le Dr P _____ a conclu à une réaction aiguë à un facteur de stress (F 43.0), suivie d'un état de stress post-traumatique (F 43.1), dont il a précisé qu'ils avaient guéri d'eux-mêmes, comme c'était le cas dans 80 à 90% des cas. Il n'était pas possible de préciser la date de guérison. L'assurée ne présentait plus aucun trouble psychique. On ne pouvait retenir de diagnostic psychiatrique. Néanmoins, elle se sentait plus vulnérable, souffrait de troubles de l'attention et de la concentration, disait avoir besoin d'être tout le temps occupée, avait peur de l'avenir, se sentait épuisée et angoissée par moments. Elle se plaignait de troubles du sommeil. Ces symptômes, non organiques, n'avaient pas l'intensité et la fréquence nécessaires pour être considérés comme représentatifs d'un trouble psychique avant valeur de maladie. Ils étaient tout de même sources de souffrance et consécutifs à la réaction aiguë à un facteur de stress, puis à l'état de stress post-traumatique. Le fait de n'avoir pas été reconnue dans ses plaintes par son employeur et par l'assurance jouait un rôle dans la souffrance psychique de l'intéressée. Après avoir donné certaines explications sur le stress post-traumatique, l'expert a jugé que les symptômes persistant étaient entièrement en relation de causalité naturelle avec le traumatisme. Aucune mesure thérapeutique n'était nécessaire et une guérison n'était pas envisageable. L'atteinte psychique correspondait à un trouble psychique léger. L'atteinte à l'intégrité s'élevait à 5% selon les barèmes applicables.

Les symptômes ne réduisaient pas la capacité de travail, mais altéraient le rendement dans l'activité professionnelle habituelle de cadre bancaire supérieur. La baisse du rendement pouvait être évaluée à 25%. Le Dr P_____ ne pensait pas qu'un traitement psychiatrique soit nécessaire. Du point de vue psychique, l'assurée ne parviendrait pas au statu quo sine . La procédure juridico-asséculoologique avait déjà été trop longue et trop pénible pour elle.

25. Le 11 octobre 2016, le Dr F_____ s'est déterminé sur le rapport du Prof. N_____. Il s'est rallié à la limitation fonctionnelle de 30.5 à 33% décrite et à l'évaluation des probabilités d'une dégradation de la fonction pulmonaire. Cela donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%. ![/endif]>![if> Les réponses de l'expertise étaient bien motivées. L'évaluation de 10% eu égard à une possible aggravation paraissait généreuse, le risque qu'elle survienne étant limité.

26. Le 4 novembre 2016, le docteur Q_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et médecin-conseil de l'assurance, s'est déterminé sur l'expertise ophtalmologique. ![/endif]>![if> Il a émis l'avis qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour une restriction purement esthétique sur la base des altérations veineuses de la conjonctive, peu marquées et peu documentées sur les photos, n'était pas justifiée. L'estimation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour larmoiement et gêne à la lumière était correcte, de sorte qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 10% paraissait adéquate. Les taux relevés pour la restriction du champ visuel ne constituaient pas une base suffisante pour l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

27. Le 23 décembre 2016, l'assurée a adressé à l'assurance une liste de questions complémentaires à poser au Prof. N_____ et au Dr P_____. ![/endif]>![if> 28. Le 6 février 2017, l'assurée a signalé à l'assurance une dégradation de sa santé survenue le 22 novembre 2016, dont elle a demandé qu'elle soit prise en considération par le Prof. N_____. ![/endif]>![if> Elle a joint un certificat du Dr D_____ du 30 janvier 2017, attestant deux épisodes infectieux en décembre 2016 et janvier 2017 en lien avec le RADS, l'ayant contrainte à deux arrêts de travail de brève durée.

29. Le 10 février 2017, la CAISSE DE COMPENSATION DES BANQUES SUISSES a adressé à l'assurance l'extrait de compte individuel AVS concernant l'assurée. ![/endif]>![if> 30. Par décision du 10 février 2017, l'assurance a reconnu à l'assurée le droit à une indemnité complémentaire de CHF 21'360.- pour l'atteinte à l'intégrité de 30%. ![/endif]>![if> L'expertise neuropsychologique avait démontré l'absence de symptomatologie d'origine organique cérébrale liée à l'événement du 29 juin 2005. Quant aux symptômes psychiques, ils ne présentaient pas de lien de causalité adéquate avec l'accident, que l'assurance a qualifié de moyennement grave, se référant à cet égard aux déclarations de l'assurée à l'expert, selon lesquelles elle avait pu s'extraire rapidement des fumées grâce à l'intervention d'un collègue, n'avait souffert d'aucune blessure sur le moment et n'avait pas été blessée selon le rapport de police ; la violence de l'événement n'était ainsi pas telle qu'il faille le classer dans la catégorie supérieure des accidents de gravité moyenne. Examinant les critères permettant d'établir un éventuel lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, l'assurance a relevé que l'assurée avait développé une atteinte oculaire et une atteinte pneumologique, rapidement stabilisées et sans incidence sur son activité professionnelle. La gravité des lésions ne revêtait ainsi pas une importance suffisante pour entraîner des troubles psychiques. La situation médicale s'était avérée rapidement stable, de sorte que le traitement médical ne répondait pas au critère de la durée anormalement longue. Les autres critères - persistance de douleurs physiques, erreurs dans le traitement médical, difficultés au cours de la guérison, complications importantes, degré et durée de l'incapacité de travail due aux lésions

physiques - n'étaient pas non plus réalisés, raison pour laquelle l'existence d'une relation de causalité adéquate devait être niée. En ce qui concernait l'atteinte à l'intégrité, le Dr J_____ avait retenu un taux global de 25% pour les troubles ophtalmiques. Le service médical de l'assurance avait examiné les explications de cet expert et validé les taux de 5% pour gêne à la lumière et 5% pour larmoiement ; les restrictions du champ visuel ne constituaient en revanche pas une base suffisante pour l'octroi d'une indemnité. Concernant la problématique de conjonctivite chronique et syndrome d'œil sec, les tables d'indemnisation ne fournissaient pas d'élément d'évaluation. Le Dr J_____ avait dès lors choisi de procéder par analogie avec les symptômes de larmoiement et d'éblouissement, en lien avec les dommages esthétiques. Cette appréciation n'apparaissait pas justifiée sur la base des altérations veineuses de la conjonctive, peu marquées sur les photos. Pour l'aspect pneumologique, le Prof. N_____ retenait une indemnité de 5% pour la diminution de 30.5 à 33% de la fonction pulmonaire. Le risque d'aggravation ne pouvait être admis au degré de la vraisemblance prépondérante, car il ne dépassait pas 50%. D'autre part, l'évaluation à 5% n'était pas exacte, puisque, selon la table d'indemnisation, la restriction pulmonaire devait être au minimum de 33 1/3 %. L'expert chiffrait cette restriction tantôt à 30%, tantôt entre 30.5 et 33%, mais en tout cas à moins de 33 1/3 %. Malgré l'appréciation nettement plus restrictive de son service médical, l'assurance fixait ex aequo et bono le taux d'atteinte à l'intégrité globale à 30%. Sous déduction des montants déjà versés le 5 avril 2011 (CHF 6'408.-) et le 9 janvier 2015 (CHF 4'272.-), elle annonçait donc, en définitive, le versement de CHF 21'360.-. 31. L'assurée s'est opposée à cette décision le 13 mars 2017, en concluant à ce que le taux d'atteinte à l'intégrité soit révisé à la hausse, à la prise en charge des frais médicaux découlant de l'accident, notamment sur les plans psychiatrique et pneumologique, et au versement d'intérêts moratoires pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'assurée arguait que le taux d'atteinte à l'intégrité retenu pour l'aspect pneumologique ne correspondait pas à son état et que la décision était prématurée sur ce point, puisqu'elle se fondait sur une instruction médicale incomplète ne tenant pas compte de l'aggravation annoncée le 6 février 2017. En outre, l'expert retenait en réalité une VO2 maximum de 15.6 ml/min/kg, ce qui entrerait dans la fourchette de l'invalidité pulmonaire allant de 33.3% à 50% selon l' American Thoracic Society . Le taux d'atteinte à 10% ne devait pas être revu à la baisse. En outre, une invalidité pulmonaire de 40% impliquait une atteinte à l'intégrité de 12.5% et non de 10%. Au plan psychique, la position de l'assurance concernant la gravité objective de l'accident était contestée. La décision était également prématurée sur ce point, car la récente aggravation jouerait manifestement un rôle sur le critère de la gravité des lésions physiques, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, les complications importantes et, cas échéant, l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Un degré d'atteinte à l'intégrité d'au moins 20% devait être retenu sur le plan psychiatrique en application de la table 19, sachant que le Dr P_____ retenait des troubles de gravité légère. Un trouble psychique léger n'impliquait en principe pas de difficultés d'attention, de mémoire et de concentration, problèmes pourtant retenus en l'espèce par l'expert. De telles difficultés étaient constitutives d'un trouble psychique modéré. L'avis du service médical de l'assurance ne pouvait supplanter les expertises réalisées. S'agissant des frais médicaux, ils n'avaient jamais cessé. Même si l'assurance affirmait que son état était stabilisé, il ne faisait aucun doute que ces frais étaient indispensables pour préserver sa capacité de travail. L'assurée sollicitait une instruction médicale complémentaire comprenant les questions complémentaires formulées le 23 décembre 2016 et une expertise psychiatrique

complémentaire en raison de la récente aggravation de son état de santé. 32. Par décision du 20 avril 2017, l'assurance a écarté l'opposition de l'assurée. L'assurance a rappelé que de nombreuses mesures d'instruction avaient été menées et estimé que de plus amples investigations ne se justifiaient pas. L'annonce d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait pas été ignorée, mais serait examinée sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives. Quant au taux d'atteinte à l'intégrité, le Dr J_____ retenait un taux global de 25% (10% ayant déjà été indemnisés) alors que le Dr Q_____ admettait plutôt un taux global de 10%. Au plan pneumologique, l'aggravation n'avait pas à être prise en compte. Le Prof. N_____ n'avait pas établi de manière vraisemblablement prépondérante que l'atteinte à la santé se détériorerait au point de justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%. Le droit aux intérêts moratoires ne pouvait commencer à courir tant que l'instruction durait. Or, en l'espèce, l'instruction s'était terminée en novembre 2016, par l'apport au dossier des appréciations des médecins consultants, si bien que l'octroi d'intérêts moratoires n'était pas justifié. Il paraissait pour le surplus contradictoire de la part de l'assurée d'exiger la poursuite de l'instruction tout en réclamant le versement d'intérêts moratoires pour des prestations non encore déterminables. Enfin, les frais médicaux pourraient éventuellement faire l'objet d'une prise en charge sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives. 33. Par écriture du 22 mai 2017, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans. Elle conclut, sous suite de dépens, à la réforme de la décision, à la reconnaissance de l'aggravation du 29 décembre 2016, à la prise en charge des frais de traitement dès le 29 décembre 2016, à l'octroi d'une rente - d'un taux à définir - dès le 1^{er} décembre 2016, à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 50% au minimum - incluant une IPAI ophtalmologique de 25% - avec intérêts à 5%, à compter du 1^{er} janvier 2012, sous déduction des montants déjà versés ; subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi à l'intimée pour instruction complémentaire sur les frais de traitement dès le 29 décembre 2016, sur l'allocation d'une rente et sur la détermination de l'atteinte à l'intégrité pour toutes les affections présentées et à la reconnaissance du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 50 % au minimum, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} janvier 2012, sous déduction des montants déjà versés. S'agissant du déroulement de l'accident, la recourante se réfère au rapport de police et à un article de presse mentionnant des flammes d'une dizaine de mètres sortant du premier étage de l'immeuble, un important périmètre de sécurité et des allées envahies par les fumées de l'incendie. Elle rappelle le contenu des rapports médicaux et les atteintes subies. Elle allègue avoir informé l'intimée, en février 2017, de la grave détérioration de son état de santé survenue en décembre 2016 et conteste que cette dernière soit envisagée comme une rechute, a fortiori s'agissant d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité devant être fixée en tenant compte des aggravations prévisibles. Elle reproche également à l'intimée d'avoir refusé de prendre en considération ses questions complémentaires au Dr P_____ et au Prof. N_____, en violation de son obligation d'instruire d'office, sans motiver ce refus. Elle argue que le Dr F_____ n'a aucune formation en pneumologie et que son rapport succinct ne remplit pas les exigences permettant de lui reconnaître force probante. Selon elle, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité a été fixée par les gestionnaires de l'intimée ex aequo et bono, en contradiction avec les pièces au dossier, eu égard à la restriction pulmonaire supérieure à 33 1/3 %. L'IPAI pour l'aspect pneumologique devrait s'élever au minimum à 12.5%. Le Dr J_____ a estimé le taux de l'atteinte ophtalmologique à 25%. Ces atteintes n'ayant aucune influence l'une sur l'autre, il convient de les additionner, ce qui correspond à un taux minimal total de 37.5%. Quant au lien de

causalité entre l'accident et les troubles psychiques, elle soutient qu'il doit être constaté. A cet égard, la recourante invoque une jurisprudence admettant un lien de causalité entre des troubles psychiques et l'incendie d'un cabaret ayant brûlé en entraînant la mort de deux employées. En l'occurrence, la recourante considère que le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident est démontré ; il suffit de constater l'ampleur de l'incendie ; elle aurait pu mourir si un de ses collègues ne l'avait pas sortie des flammes. D'ailleurs, le Dr P_____ a évoqué un facteur de stress physique et psychique exceptionnel. Le critère relatif à la gravité ou la nature particulière des lésions physiques est également rempli au vu des graves séquelles pneumologiques et ophtalmiques qu'elle subit, tout comme celui relatif à la longueur du traitement, puisque ce dernier se poursuit, plus de douze ans après les faits, ou encore celui des difficultés dans la guérison et des complications importantes, eu égard à la récente aggravation de son état de santé, qui a entraîné des traitements spécifiques. Enfin, le critère de l'importance de l'incapacité de travail était également réalisé, car sa baisse de rendement est de 15 à 20% pour l'aspect ophtalmique, de 5 à 30% pour l'aspect pneumologique et de 25% pour l'aspect psychique, sans compter la multiplication des périodes d'incapacité de travail en raison de la récente aggravation. Quant à l'accident, il doit selon elle être qualifié de moyennement grave, à la limite des accidents graves. La recourante reprend son argumentation sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique. S'agissant de la prise en charge du traitement, elle argue que si la Cour a confirmé le bien-fondé du refus de prise en charge dans son arrêt du 16 mai 2013, c'était dans l'ignorance de l'aggravation qui surviendrait plus tard. Enfin, concernant sa demande d'intérêts moratoires, la recourante argue que le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est né dès la fin du traitement médical. Le Dr J_____ a admis qu'il n'y avait plus de traitement permettant de restaurer le champ visuel en avril 2010. Dès lors, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est due au plus tard à compter du 31 décembre 2010. La recourante en tire la conclusion qu'elle a droit à des intérêts pour l'indemnité du volet ophtalmologique, soit 25%, dès le 1^{er} janvier 2012. 34. Dans sa réponse du 10 août 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Au sujet de l'aggravation de l'état de santé alléguée, elle allègue être encore dans l'attente d'un rapport médical réclamé en vain et n'avoir reçu aucune facture de traitement, hormis celle du Dr D_____ pour son rapport du 14 février 2017. Au demeurant, la recourante ne démontre pas que son état de santé au niveau pneumologique s'est détérioré de manière à influencer le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'intimée s'étonne de la position de la recourante qui réclame désormais un complément d'instruction après s'être opposée longuement à de nouvelles investigations. L'intimée souligne avoir examiné la question de la causalité adéquate de manière détaillée, malgré l'absence de diagnostic psychique. Le lien de causalité adéquate entre les symptômes psychiques et l'accident devant être nié, il n'y a pas besoin d'instruire plus en avant cet aspect, de sorte que les questions complémentaires de la recourante se révèlent non pertinentes. Quant aux aspects pneumologiques et ophtalmologiques, le dossier comprend de nombreux rapports d'expertise et de médecins consultants permettant de fixer le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité ex aequo et bono, sans nouvelles investigations. Lors de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il faut certes tenir compte des aggravations prévisibles, mais la probabilité d'une péjoration doit être établie de manière vraisemblablement prépondérante, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. L'aggravation rapportée par la recourante au niveau pneumologique fait l'objet d'une instruction séparée et le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité sera révisé le cas

échéant. En l'état, les documents fournis par la recourante font simplement état de deux épisodes infectieux en décembre 2016 et janvier 2017 ayant nécessité deux cures antibiotiques et une intensification de son traitement habituel ; il n'est aucunement question d'une aggravation permanente qui modifierait le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quant à la jurisprudence invoquée par la recourante sur les traumatismes psychiques, l'intimée allègue qu'elle ne s'applique pas lorsque l'assuré a subi des lésions physiques. C'est donc bien les critères relatifs à la causalité adéquate entre accident et troubles psychiques qu'il convient d'appliquer. Le seul critère pouvant éventuellement entrer en ligne de compte est celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident. Toutefois, s'il est compréhensible que l'événement ait marqué la recourante, le caractère particulièrement impressionnant d'un événement doit être apprécié objectivement et ne saurait être admis en l'espèce. Les autres critères ne sont clairement pas remplis. L'intimée répète qu'elle ne refuse pas la prise en charge des frais de traitement en relation avec une rechute ou des séquelles, mais que cette question fait l'objet d'une procédure séparée. 35. La procédure s'est poursuivie avec plusieurs échanges d'écritures portant sur la production des pièces du dossier. 36. Dans sa réplique du 14 mai 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle allègue que l'aggravation annoncée par le Prof. N_____ perdure. Elle a ainsi connu trois périodes d'incapacité de travail. Elle reproche à l'intimée - qui intervient en tant qu'assurance-accidents obligatoire, en tant qu'assurance-accidents complémentaire et en tant qu'assurance de responsabilité civile de son ancien employeur - une attitude qu'elle juge préjudiciable à sa santé et se demande si elle ne chercherait pas par tous les moyens à limiter sa prise en charge au titre de l'assurance-accidents obligatoire, obtenant ainsi un bénéfice secondaire important, à savoir la réduction de prestations à verser au titre de l'assurance-accidents complémentaire et en tant qu'assurance du tiers recherché comme responsable de l'incendie. Pour le reste, la recourante soutient que la portée de l'arrêt de la Cour se limite, du point de vue temporel au jour où il a été rendu, d'autant qu'il n'excluait pas les aggravations ultérieures. Elle en tire la conclusion que l'intimée devait donc tenir compte de l'aggravation annoncée en février 2017, qui fait partie intégrante de l'objet du litige. Ses frais médicaux se sont élevés à CHF 6'789.40 du 26 décembre 2016 au 5 avril 2018. A l'appui de son écriture, la recourante produit notamment une liasse de quittances de pharmacies et de factures d'honoraires, trois certificats médicaux établis par le Dr D_____ attestant une incapacité de travail totale du 20 juillet au 5 août 2017 et du 6 au 10 septembre 2017, et deux rapports médicaux. 37. Par écriture du 11 juillet 2018, l'intimée a répété que le litige se limitait aux questions de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et du lien de causalité entre l'accident et d'éventuelles affections psychiques. S'agissant de l'aggravation, elle réaffirme avoir débuté une instruction, étant rappelé que la recourante n'a pas démontré que la détérioration influe sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. 38. La recourante s'est déterminée une nouvelle fois le 26 juillet 2018 en persistant dans ses conclusions. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable. 3. En ce qui concerne l'objet du litige, la Cour de céans

souligne ce qui suit. [endif]>[if> En premier lieu, la décision dont est recours porte uniquement sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Or, c'est cette décision qui circonscrit l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 8C_195/2018 du 13 mars 2018 consid. 4). Ainsi, les conclusions de la recourante tendant à l'octroi d'une rente et à la prise en charge du traitement médical sont exorbitantes au litige. C'est par ailleurs le lieu de rappeler que l'intimée a nié le droit de la recourante à ces prestations par décision du 20 janvier 2011, confirmée sur ces points par l'arrêt de la Cour du 16 mai 2013. Or, il y a chose jugée lorsque la prétention litigieuse a déjà fait l'objet d'une décision passée en force. C'est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur les mêmes faits (ATF 119 II 89 consid. 2a). L'autorité de chose jugée signifie que l'arrêt est obligatoire et ne peut plus être remis en question ni par les parties, ni par les autorités judiciaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_346/2007 du 23 janvier 2008 consid. 4.2). Malgré ce qui précède, il convient de souligner que lorsqu'un assuré s'est vu refuser une rente par une décision entrée en force, il peut néanmoins en tout temps annoncer une rechute ou des suites tardives d'un accident conformément à l'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 218/03 du 20 septembre 2004 consid. 3.1). La recourante a précisément signalé une aggravation de son état de santé en février 2017, qu'il incombe à l'intimée d'instruire afin de déterminer si elle relève d'une rechute ouvrant le droit aux prestations, avant de rendre une décision sur ce point. 4. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPG). [endif]>[if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). 5. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité

n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).>![endif]>![if> Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères, d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1). La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b) 6. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le

traitement médical est terminé (al. 2). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 OLAA, édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2). Il y a lieu de reconnaître plusieurs atteintes à l'intégrité lorsqu'elles sont clairement constatées au plan médical et lorsque leurs effets sont distincts. Des atteintes sans interactions l'une avec l'autre et clairement distinctes doivent en principe être additionnées. Lorsque les différentes atteintes se recoupent, l'addition des différents taux ne doit pas conduire à ce qu'une partie des atteintes soit indemnisée à double. A l'inverse, lorsque le cumul des différentes atteintes résulte en une amplification de leurs effets, une augmentation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se justifie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_826/2012 du 28 mai 2013 consid. 3.2 et les références).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations

subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 3^{ème} éd. 2016, n. 317; arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27). c) Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il est équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.3 et 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2). Le caractère prévisible de l'aggravation doit être démontré au degré de la vraisemblance prépondérante (par exemple arrêts du Tribunal fédéral 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.3.2 et 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). 7. a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au

stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. En l'espèce, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Cour de céans relève ce qui suit.

!endif]>![if> a) L'intimée a déclaré fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité « ex aequo et bono », affirmant s'écarter de l'appréciation de ses médecins-conseils.

!endif]>![if> Or, l'octroi de prestations d'assurances sociales est régi par le principe de la légalité, qui implique que les assurés ne peuvent se voir octroyer des prestations qui ne reposent pas sur une base légale et que les assureurs sociaux ne peuvent en principe accorder des avantages à bien plaisir (Thomas LOCHER / Thomas GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4^{ème} éd., Berne 2015, § 4 n. 20). On peut sur ce point rappeler les principes régissant les transactions, qui sont a fortiori applicables lorsque les parties, comme en l'espèce, n'ont pas trouvé d'accord. En matière de transaction, et lorsque la loi règle un domaine de manière très détaillée et ne confère à l'assureur aucune marge d'appréciation, une transaction n'est pas envisageable. La marge de manœuvre de l'assureur peut découler d'une disposition qui lui laisse un choix exprès, qu'il s'agisse d'une norme potestative ou d'une disposition prévoyant plusieurs conséquences juridiques pour un même état de fait ; toutefois, de telles dispositions sont peu fréquentes en droit des assurances sociales. Elle peut aussi exister en raison des notions juridiques indéterminées qu'il a à appliquer. Enfin, on reconnaît à l'assureur une certaine marge de manœuvre en relation avec l'appréciation des preuves, l'établissement des faits et leur évaluation); dans cette mesure, la transaction peut alors intervenir sur la détermination du degré d'invalidité ou l'étendue d'une perte de gain (Valérie DEFAGO GAUDIN in Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, nn. 15-16 ad art. 50). La faculté de transiger n'autorise pas l'administration à conclure un accord qu'elle sait contraire à la loi, en dérogeant à une application correcte de la loi par compromis (ATF 138 V 147 consid. 2.4). Partant, le procédé de l'intimée, qui s'est écartée de l'appréciation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité médicalement établie pour y substituer sa propre évaluation, en s'écartant des critères légaux et réglementaires, n'apparaît clairement pas conforme au droit. b) En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les atteintes ophtalmologiques, le Dr J _____ l'avait initialement fixée à 10% pour tenir compte de la restriction des champs visuels. Il a admis ensuite une indemnité supplémentaire de 15% en raison du larmoiement, de l'éblouissement, ainsi que du syndrome de l'œil sec et de la

conjonctivite chronique. Ses conclusions sont basées sur un examen complet de la recourante et elles sont solidement motivées. Les chiffres retenus par ce spécialiste pour le larmolement et l'éblouissement correspondent du reste aux valeurs ressortant des barèmes de la Suva (table 11.3 point 7 et table 11.4 point 9), soit 5% pour chacune de ces atteintes dans les cas sévères. Quant au syndrome de l'œil sec et de la conjonctivite chronique, ces atteintes ne sont pas énumérées dans la table concernant les lésions oculaires. Le Dr J_____ a fixé leur indemnisation à 5%, comme le prévoit le ch. 1 al. 2 de l'annexe 3 à l'OLAA. Ce faisant, il a procédé par analogie avec les dommages esthétiques. Ces dommages figurent au point 6 de la table 11.3, qui prévoit une indemnité pour atteinte à l'intégrité jusqu'à 50% en cas de très grave défiguration, et de 5% en cas de ptôse totale, de fermeture incomplète importante des paupières ou de lagophtalmie sans complication. Selon Wikipedia, la lagophtalmie est une insuffisance de fermeture palpébrale qui provoque une exposition de la cornée et de la conjonctive, laquelle entraîne une kérato-conjonctivite (association d'une kératite et d'une conjonctivite). Le site Santé médecine précise que l'impossibilité de recouvrir complètement l'œil liée à cette atteinte entraîne une exposition permanente de la cornée et de la conjonctive qui ont donc tendance à s'enflammer (kératite d'exposition et conjonctivite). Par ailleurs, le film lacrymal (fine couche de larmes déposée par la paupière lorsqu'elle se ferme) est mal étalé, ce qui assèche la cornée (<https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/50694-lagophtalmie-definition>). Dès lors que la recourante souffre précisément d'une conjonctivite chronique et de sécheresse oculaire, le recours par analogie au taux d'indemnité en cas de lagophtalmie, qui entraîne de tels symptômes, paraît convaincant et ne prête pas flanc à la critique. En particulier, on ne peut suivre le Dr Q_____ lorsqu'il affirme que cette indemnité pour atteinte à l'intégrité aurait été fixée uniquement en raison du défaut esthétique lié aux altérations veineuses qu'entraîne la conjonctivite, les rapports du Dr J_____ ne contenant aucun élément dans ce sens. Enfin, le seul fait que le Dr J_____ n'ait pas pondéré l'indemnité pour atteinte à l'intégrité globale ne suffit pas à écarter son appréciation. En effet, si les différentes atteintes qu'il a retenues sont toutes dans la sphère ophtalmologique, elles sont distinctes et l'intimée n'allègue pas que leurs effets se confondent, de sorte que l'addition des taux d'indemnisation n'est pas non plus critiquable. Il y a donc lieu de confirmer que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec les troubles ophtalmologiques de 25% sous déduction de l'indemnité déjà versée. c) S'agissant de l'indemnité pour atteinte pneumologique, le Prof. N_____ l'a fixée à 5% pour tenir compte de la diminution de la fonction pulmonaire entre 30.5 et 33% en janvier 2016. Il a rajouté que l'indemnité devrait s'élever à 10% en cas d'aggravation de l'invalidité fonctionnelle pulmonaire, dont il évaluait les risques de survenance à 40 ou 50%.
Le Dr F_____ s'est rallié à l'évaluation du taux d'indemnisation de 5% en fonction de la baisse avérée à l'époque de l'expertise du Prof. N_____. A ce sujet, il faut souligner qu'un risque de survenance d'une aggravation n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante s'il est inférieur à 50%, comme en l'espèce. En effet, 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). Partant, la possibilité d'une aggravation telle que chiffrée par le Prof. N_____ ne relève pas d'une aggravation prévisible à prendre en compte lors de la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cela étant, la recourante a signalé une aggravation en janvier 2017, dont on ne peut en l'état de la procédure exclure qu'elle ait conduit ou puisse

conduire de manière vraisemblable à une augmentation de l'invalidité fonctionnelle pulmonaire. Il y a ainsi lieu de compléter l'instruction sur ce point, par exemple en procédant à un complément d'expertise, à charge pour l'intimée de déterminer si la rechute annoncée mène à une augmentation de l'atteinte à l'intégrité modifiant l'indemnisation de 5% préconisée par le Prof. N_____. On ne peut en particulier pas suivre l'intimée en tant qu'elle semble affirmer que la recourante aurait dû démontrer une dégradation de son atteinte au degré de la vraisemblance prépondérante, dès lors qu'il lui appartient d'instruire d'office les faits. En outre, elle doit tenir compte de toute éventuelle aggravation survenue avant sa décision sur opposition (cf. par analogie arrêt du Tribunal fédéral 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2) et ne peut se contenter d'affirmer qu'une aggravation sera le cas échéant prise en compte dans la décision à intervenir sur la rechute annoncée. En effet, si l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit tenir compte des aggravations prévisibles, elle doit a fortiori prendre en considération celles qui sont survenues avant la décision qui en fixe le taux. Si l'instruction à intervenir permet d'établir que l'aggravation n'est pas durable et qu'elle ne modifie pas le taux d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité, l'intimée sera fondée à se conformer à l'appréciation du Prof. N_____, qui l'a chiffrée à 5%. Les calculs différents que propose la recourante ne suffisent en particulier pas à mettre en doute l'appréciation médicale de ce spécialiste, solidement motivée, et partagée par le Dr F_____.

d) Reste à examiner si le droit à une indemnité en raison des troubles psychiques est ouvert, à l'aune des critères rappelés ci-dessus. S'agissant tout d'abord de la classification de l'événement du 29 juin 2005, il faut rappeler que la gravité de l'accident se détermine en fonction du déroulement des événements et des forces déployées (Alexandra RUMO-JUNGO / André PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^{ème} éd. 2012, p. 61). Le facteur déterminant est ainsi le déroulement objectif de l'événement et les forces en jeu, mais non les conséquences de l'accident ou les circonstances qui ne sont pas directement en lien avec l'accident, qui doivent être pris en compte dans les critères d'adéquation si nécessaire. C'est le cas, par exemple, des lésions corporelles subies par la personne assurée et des circonstances externes - qui doivent être examinées du point de vue des circonstances particulièrement dramatiques de l'accident ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident - telles qu'une éventuelle obscurité au moment de l'accident ou les blessures ou le décès d'autrui. Cela dit, les lésions subies peuvent permettre de tirer des conclusions sur les forces déployées lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.2.2). L'intimée a retenu que l'accident était de gravité moyenne. Il convient de confirmer cette qualification. En effet, si la recourante a inhalé des fumées toxiques lors de cet événement, elle n'a pas été exposée directement aux flammes ou à des forces importantes, qui justifieraient que l'on retienne la qualification d'accident à la limite des cas graves. Il convient dès lors de vérifier si les critères d'adéquation dégagés par la jurisprudence sont réalisés. En ce qui concerne les circonstances particulièrement dramatiques, il apparaît incontestable que ce critère est réalisé. En effet, la recourante s'est retrouvée incapable de s'orienter dans un couloir envahi par la fumée. On ne peut toutefois pas retenir que le critère est particulièrement marqué, dès lors que cette situation n'a pas duré et que la recourante a pu gagner l'extérieur rapidement et sans difficultés particulières grâce à l'aide de son collègue. Quant à la gravité et la nature particulière des lésions, ni les atteintes oculaires ni les troubles pulmonaires subis en l'espèce ne paraissent aptes à induire des troubles psychiques selon l'expérience. Le critère des douleurs physiques importantes n'est pas non plus réalisé, la recourante n'ayant pas de plaintes particulières sur ce plan. Elle a certes rapporté des céphalées, mais celles-ci n'ont

pu être objectivées ni par le Dr J_____, qui a exclu une origine ophtalmologique, ni par la neuropsychologue, qui a écarté des symptômes d'origine organique cérébrale. Le traitement médical ne s'est pas révélé particulièrement long et n'est pas particulièrement astreignant. En effet, il faut rappeler au sujet de ce critère que l'aspect temporel n'est pas seul décisif, sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2). Pour le surplus, aucune erreur médicale n'est survenue. On peut à la rigueur admettre que le développement d'un asthme à la suite du RADS constitue une complication. En revanche, aucune incapacité de travail de longue durée n'a été établie, la recourante ayant uniquement subi de brefs arrêts de travail lors de périodes d'exacerbation de l'atteinte pulmonaire. Ainsi, au vu de la réalisation de deux des critères permettant de reconnaître un lien de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, force est de constater que l'intimée n'a pas à assumer les éventuelles suites psychiques de l'événement du 29 juin 2006. La recourante invoque la jurisprudence applicable en cas de traumatisme psychique (sur cette notion, cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_2010 du 4 novembre 2010 consid. 5.1). Cependant, comme l'a relevé à juste titre l'intimée, elle n'est applicable que lorsque le traumatisme n'a pas entraîné de lésions physiques, et l'adéquation s'analyse dans un tel cas selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_721/2011 du 11 novembre 2011 consid. 6.1). En outre, selon la jurisprudence, un tel traumatisme psychique devrait normalement, selon l'expérience générale de la vie, être surmonté au bout de quelques semaines ou mois (ATF 129 V 177 consid. 4.3). Dans le cas d'une assurée ayant développé un stress post-traumatique après avoir échappé à sa maison en feu grâce aux pompiers, qui l'en ont extraite par une fenêtre, le Tribunal fédéral a admis que se réveiller dans une maison dévorée par les flammes et envahie par la fumée était de nature à entraîner un trouble psychique transitoire, mais que selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, la persistance d'une atteinte psychique huit ans après les faits ne présentait plus de lien de causalité adéquate avec l'évènement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_462/2015 du 9 septembre 2015 consid. 3.2). Ainsi, eu égard à la jurisprudence, même s'il fallait analyser le lien de causalité adéquate entre l'événement du 29 juin 2005 et les symptômes psychiques selon la formule générale applicable en cas de traumatismes psychiques, cela ne conduirait pas à une conclusion plus favorable à la recourante. Par surabondance, et bien que ce point n'ait pas à être tranché au vu de ce qui précède, les conclusions du Dr P_____ paraissent sujettes à caution. En effet, ce médecin a exclu un trouble psychique ayant valeur de maladie, de sorte qu'il paraît contradictoire d'admettre une atteinte à l'indemnité, dont la reconnaissance suppose que les troubles revêtent une certaine importance. On notera d'ailleurs que certains des symptômes sur lesquels se fonde le Dr P_____ pour retenir une atteinte à l'intégrité, tels que les troubles de l'attention et de la concentration, ont été exclus par Madame M_____. e) Il convient enfin de déterminer si la recourante a droit à des intérêts sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'art. 24 al. 2 LAA prévoit que l'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé. Le Conseil fédéral peut fixer la naissance du droit à un autre moment dans les cas spéciaux, notamment en cas d'atteinte à la santé liée à l'inhalation de fibres d'amiante. En cas d'exception au principe de simultanéité prévu à l'art. 24 al. 2 LAA, il se justifie

d'octroyer un intérêt compensatoire de 5 % à l'assuré dès la date de décision sur le droit à la rente, afin de le mettre dans la situation qui aurait été la sienne si son droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été tranché en même temps que le droit à la rente (ATF 113 V 48 consid. 4 et 5). Le fait qu'un assureur ait nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dans un premier temps, avant de l'admettre par décision sur opposition, ne fonde pas le droit à des intérêts, pas plus que l'augmentation du taux d'indemnisation par le juge. Une analyse juridique qui se révèle erronée ne fonde pas non plus l'obligation de verser des intérêts (RUMO-JUNGO / PIERRE HOLZER, op. cit. , p. 165). Eu égard à la doctrine citée, des intérêts compensatoires sur l'atteinte à l'intégrité complémentaire ne sont pas dus dans le cas d'espèce, puisque l'indemnité a fait l'objet d'une révision à la hausse sur recours. En revanche, aux termes de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. L'art. 7 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales (OPGA - RS 830.11) précise que le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2). Si un intérêt moratoire n'est dû, au sens de l'art. 6, que sur une partie de la prestation, il sera calculé au moment du paiement sur la prestation entière et sera versé en proportion de la part de prestation sur laquelle les intérêts sont dus par rapport à l'intégralité de la prestation (al. 3). A titre d'exemple, le Tribunal fédéral a reconnu en application des dispositions précitées le droit d'un assuré à un intérêt moratoire dès le 1^{er} février 2007, son droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ayant pris naissance le 5 février 2005, soit à la fin de l'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2009 du 24 avril 2009). En ce qui concerne la violation de l'obligation de collaborer, il faut noter qu'il s'agit des devoirs découlant des art. 28 al. 2 et 43 al. 2 LPGA, soit le devoir de renseigner et l'obligation de se soumettre aux examens médicaux raisonnablement exigibles. Seules les violations entraînant un retard de la procédure peuvent entrer en ligne de compte (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 55 ad art. 26). En l'espèce, aucune violation de l'obligation de collaborer ne peut être reprochée à la recourante. En particulier, le recours interjeté contre la décision de l'intimée de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ayant abouti à une transaction des parties, on ne saurait considérer qu'il relève d'un refus inexcusable de la recourante de collaborer à l'instruction de la cause. Partant, dès le 1^{er} janvier 2013, soit deux ans après la date à laquelle l'intimée a tranché le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante a droit à des intérêts moratoires de 5% calculés conformément à l'art. 7 OPGA sur la partie restant due à ce titre et non encore versée à cette date. f) Compte tenu des éléments qui précèdent, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes de la recourante tendant à l'administration de certaines preuves. En effet, le juge peut renoncer à certaines mesures probatoires s'il 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.1). Tel est le cas en l'espèce. En particulier, la transmission de l'extrait du compte individuel AVS à la recourante s'avère inutile, dès lors que cette pièce n'a pas à être prise en considération eu égard à l'objet du litige. Le recours est partiellement admis. La

recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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.