

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1542/2016

ATAS/181/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 février 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,  
WINTERTHUR

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a travaillé à compter de novembre 2012 en qualité de secrétaire à 50% pour l'Université de Genève, auprès de laquelle elle a réalisé un gain intermédiaire. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de SWICA Assurances SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 1<sup>er</sup> mars 2013, alors qu'elle était assise, côté passager, à bord d'une voiture conduite par une amie, à une vitesse comprise entre 50 et 80 km./h., l'assurée a été victime d'un accident sur l'autoroute (collisions avant et arrière). La tête de l'assurée a heurté le pare-brise. S'en sont suivies des douleurs au dos et à la nuque (cf. rapport de la police cantonale vaudoise du 13 mars 2013).
3. Les premiers soins ont été prodigués à l'Hôpital de Morges, où les radiographies n'ont pas mis en évidence de fractures. À titre de diagnostics, ont été retenus : une contusion du front et des cervicalgies sur un traumatisme d'accélération cranio-cervical (cf. rapport du 19 juillet 2013).
4. L'assurée, qui se plaignait de céphalées et de nuchalgies, a ensuite été suivie par son médecin traitant, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin généraliste, lequel a posé les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral (TCC) et d'entorse cervicale (cf. rapport du 15 mai 2013).
5. L'assurée a été mise en arrêt de travail et l'assureur a pris en charge les suites de l'accident.
6. Lors de différents entretiens avec l'assureur, l'assurée a affirmé que sa situation s'était péjorée, qu'elle avait de la peine à se reposer en raison du bruit causé par deux gros chantiers se trouvant à proximité de son domicile. Elle ne pouvait se concentrer, si bien qu'elle vivait en marge de la société. Elle entendait constamment une résonance, les sons étaient quintuplés. Elle avait perdu sa mère durant l'été et avait du mal à finaliser les papiers relatifs à la succession (cf. notes téléphoniques des 3 et 10 juillet, et 15 octobre 2013).
7. Le 7 octobre 2013, l'assurée a consulté le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie qui a relaté, dans le rapport du même jour, qu'elle se plaignait d'une hyperacousie et d'une sensation de distorsion auditive. Les bruits forts, surtout les sons aigus, déclenchaient des sensations nauséuses, parfois des céphalées. L'assurée décrivait également des acouphènes non latéralisés, intermittents, fluctuants. Le médecin a constaté que l'examen ORL était normal, sans atteinte auditive, hormis un hiatus sur la fréquence 6000 Hz des deux côtés, pouvant correspondre à une séquelle de traumatisme acoustique. Le bilan auditif ne

permettait pas d'expliquer les symptômes d'hyperacousie. Le praticien a préconisé une prise en charge du stress dans le but de diminuer les symptômes.

8. À la demande de l'assureur, les docteurs D\_\_\_\_\_, neurochirurgien, et E\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologiste, auprès de la Clinique Corela, ont examiné l'assurée les 7 et 11 décembre 2013.

Dans leur rapport du 13 janvier 2014, ils ont retenu, sous l'angle neurochirurgical, une contusion cervicale et un TCC bénin, avec syndrome post-commotionnel, en rapport de causalité avec l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2013.

Au jour de l'expertise, l'assurée ne se plaignait plus du rachis cervical ; l'examen montrait d'ailleurs un rachis cervical souple, indolore à la mobilisation, de sorte que l'ont pouvait conclure à une rémission complète.

S'agissant du TCC bénin, les médecins ont expliqué que, selon la littérature médicale, après un tel traumatisme, la survenue de troubles très divers est notée (syndrome post-commotionnel). Ces troubles associent souvent une asthénie, des vertiges, des troubles du comportement discrets et assidus, des troubles cognitifs, notamment mnésiques, ainsi que des troubles neurosensoriels, dont l'hyperacousie fait partie. Dans le cas particulier, le traumatisme n'avait pas provoqué de perte de connaissance. Le scanner cérébral avait confirmé l'absence de lésions traumatiques osseuses. Les symptômes actuels (asthénie, hyperacousie), décrits comme particulièrement gênants, étaient en voie d'amélioration ; l'assurée ne rapportait pas de céphalées. Ils en ont conclu que le TCC était en phase de rémission retardée ; selon eux, l'hyperacousie, en tant que syndrome post-commotionnel, aurait pu être améliorée beaucoup plus rapidement si un suivi adapté, suite à un dépistage précoce, avait été mis en place. En l'absence de lésion visible, l'évolution organique et anatomique était très certainement déjà celle d'une rémission, dès lors que les conséquences neurologiques disparaissaient habituellement dans un délai de trois mois. Ainsi, sur le plan neurologique pur, la guérison était acquise, mais la guérison finale dépendait de la prise en charge du syndrome post-commotionnel.

Sous l'angle oto-rhino-laryngologique, les experts ont retenu une hyperacousie douloureuse de stade IV, associée à des acouphènes évoluant depuis plus de huit mois, en relation de causalité vraisemblable avec l'accident. Ils ont considéré que le TCC avait participé à la survenue de cette pathologie à titre de mécanisme déclenchant. Ils ont expliqué que l'hyperacousie auditive, réaction anormale du système auditif pouvant intervenir en cas de traumatisme crânien, génère une gêne invalidante, ainsi qu'un inconfort auditif important. Elle était souvent associée à des acouphènes - bourdonnement ressenti dans le crâne ou dans l'oreille, non lié à un son d'origine externe - et serait produite par un dysfonctionnement de l'oreille interne. L'hyperacousie était qualifiée de douloureuse, stade IV, lorsque l'exposition au bruit, quelle que soit son intensité, devenait gênante, et que les activités devenaient contraignantes (se déplacer, travailler, communiquer, sortir).

Les médecins ont souligné l'importance de distinguer les causes uniquement périphériques de celles présentant une composante émotionnelle. Les premières apparaissaient souvent après un traumatisme sonore. Il n'y avait pas ou peu de comportements d'évitement. Il fallait en moyenne deux à trois mois pour revenir à un niveau de sensation normale, après quoi le patient portait des bruiteurs encore pendant deux à trois mois pour stabiliser la situation et améliorer les symptômes, soit environ six mois au total en cas de rechute. Dans les causes émotionnelles, l'hyperacousie était présente en général depuis plus de six mois. Il existait alors un comportement d'évitement, avec port de bouchons ou de casque.

Dans le cas particulier, un comportement d'évitement était relevé ; l'assurée portait régulièrement des bouchons afin d'atténuer les bruits, elle s'isolait et refusait de sortir dans les milieux bruyants. Elle avait rapporté une amélioration au bout de deux ou trois mois, sans guérison totale, puis une rechute sévère lors du décès de sa mère, avec une intensité plus importante. Les experts ont relevé qu'il n'existait aucun lien avec une pathologie psychiatrique. Par contre, des facteurs psychologiques retardaient le mécanisme d'habituation en rapport avec l'hyperacousie et l'acouphène, en particulier des facteurs de stress importants. Quant aux acouphènes, ils étaient nettement en régression, se manifestant de manière discontinue, durant moins d'une minute.

À titre de traitement, le port d'un bruiteur pouvait être envisagé. Dans le cas d'une hyperacousie simple, l'arrêt du port intervenait au bout de six mois, avec une guérison totale. Dans le cas des composantes émotionnelles, la guérison était partielle à 70 et à 80%, avec possibilité de rechute en fonction des facteurs psychologiques associés. Chez l'expertisée, l'hyperacousie n'était pas totalement guérie au moment où sa mère était décédée et avait été aggravée notamment par ce facteur de stress. Le lien de causalité s'éteindrait trois mois après le début d'un traitement adapté. Si les plaintes perduraient au-delà, elles s'expliqueraient alors par les composantes émotionnelles importantes et le lien de causalité ne pourrait plus être affirmé.

La capacité de travail était de 50%, dans toute activité, dans un environnement calme et peu sonore, dès l'instauration d'une prise en charge adaptée. Trois mois après le traitement recommandé, la capacité de travail serait entière.

9. Le 12 février 2014, l'assurée a consulté Monsieur F\_\_\_\_\_, audioprothésiste, qui a affirmé le jour même à l'assureur, par téléphone, que, d'après son expérience, la pathologie en cause nécessitait le port d'un équipement au moins pendant une année.
10. Le 18 février 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
11. Le 19 février 2014, elle a été appareillée (cf. note téléphonique du 24 février 2014).
12. Dans un courrier intitulé « droit d'être entendu » du 28 février 2014, l'assureur, se référant aux conclusions des experts, a informé l'assurée qu'il mettrait fin aux

prestations avec effet au 19 mai 2014. Si des troubles persistaient au-delà de cette date, ils ne pourraient plus être mis en relation de causalité naturelle avec l'accident et relèveraient de l'assurance-maladie.

13. Le 26 mars 2014, le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail de 20% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014.
14. Le 14 mai 2014, l'assurée, sous la plume de son conseil, a contesté la position de l'assureur-accidents. Elle a relevé que les experts avaient admis que l'hyperacousie était imputable à l'accident et a contesté la relégation des troubles somatiques au second plan en raison d'une composante émotionnelle prétendument due au décès de sa mère, niant que l'hyperacousie se soit péjorée suite à cet événement malheureux. À cet égard, elle a expliqué qu'elle avait seulement rencontré beaucoup de difficultés pour se concentrer pour les démarches administratives. L'affirmation, selon laquelle une guérison était possible trois mois après le port de bruiteur, prolongé de trois mois, soit six mois en tout, était arbitrairement admise lorsque l'hyperacousie était due à des causes périphériques. Lorsque - comme en l'espèce - l'hyperacousie était consécutive à un traumatisme crânien, la guérison était beaucoup plus longue et aucun pronostic ne pouvait être établi. L'assurée soulignait par ailleurs n'avoir jamais souffert de troubles auditifs avant l'accident.

L'assurée a transmis à l'assureur, à l'appui de sa position, un rapport rédigé le 12 février 2014 par M. F \_\_\_\_\_, faisant état d'un seuil auditif dans la norme pour les deux oreilles avec, cependant, un seuil d'inconfort abaissé à 55-60 dB pour l'oreille droite et à 50-55 dB pour l'oreille gauche, ce qui démontrait la présence d'une hyperacousie douloureuse. S'y ajoutaient au quotidien les acouphènes, qui se manifestaient dans des fréquences aiguës et changeaient de tonalité. En conséquence, le traitement allait s'orienter vers un masquage, accompagné d'un « retraining » sur une période indéterminée, d'au minimum six mois.

15. Le Dr B \_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail de 40% à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014, de 60% dès le 1<sup>er</sup> août 2014, puis de 80% dès le 15 septembre 2014.
16. Par décision du 13 novembre 2014, l'assureur a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 19 mai 2014 en se référant aux conclusions des médecins de la Clinique Corela.

Sur cette base, il a considéré que l'assurée avait souffert d'un traumatisme cranio-encéphalique bénin et que, passé un délai de trois mois, les éventuels symptômes persistants (asthénie, hyperacousie, acouphène) étaient à mettre sur le compte de facteurs non accidentels.

17. Le 18 décembre 2014, l'assurée s'est opposée à cette décision.

Elle a rappelé que l'origine de l'hyperacousie résidait bel et bien dans le traumatisme crânien. Il n'était, selon elle, pas établi que ses symptômes résultaient de causes totalement étrangères à l'accident. En particulier, le facteur de stress ne pouvait interrompre le lien de causalité entre celui-ci et les troubles persistants.

18. Le 1<sup>er</sup> juin 2015, l'assurée a transmis à l'assureur le rapport rédigé le 26 janvier 2015 par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, à l'intention de l'OAI.

Le médecin y indiquait avoir été consulté par l'assurée le 23 janvier 2015 pour un deuxième avis. L'intéressée présentait une hyperacousie invalidante associée à des acouphènes survenus dans les suites immédiates d'un accident automobile en mars 2013. Elle n'avait pu reprendre ses activités professionnelles à plein temps en raison de son hypersensibilité aux bruits. Elle avait remarqué un ralentissement dans ses capacités personnelles et mentales, notamment pour gérer les tâches avec fluidité et rapidité, en particulier lorsqu'elles étaient multiples. Depuis l'accident, ses capacités s'étaient toutefois progressivement améliorées. L'examen clinique ORL démontrait une otoscopie normale des deux côtés. L'audiogramme tonal mettait en exergue des seuils aux limites inférieures de la normale jusqu'à 2 kHz, puis une élévation des seuils dans les fréquences aiguës avec encoche centrée à 6 kHz, bilatérale, plus marquée à droite. Les seuils étaient de 35 dB à gauche et de 55 dB à droite. Le praticien en concluait que l'assurée avait souffert d'un important barotraumatisme auditif, dans un contexte de TCC. Le profil des courbes de l'audiogramme tonal en donnait la confirmation. En dépit d'une amélioration progressive, vu l'incapacité de l'assurée à supporter certaines sonorités, le médecin préconisait la reprise d'une activité professionnelle dans un milieu calme.

19. Le 8 juillet 2015, l'assurée a en outre communiqué à l'assureur un article, intitulé « l'hyperacousie et sa prise en charge », rédigé par Monsieur Éric BIZAGUET, audioprothésiste et président du Collège National français d'audioprothèse.

Ce dernier y décrit l'hyperacousie comme un symptôme, en général constaté en l'absence de perte auditive, rapidement très invalidant, entraînant le repli sur soi, l'arrêt de l'activité professionnelle ou le port de protection auditive. Il explique qu'il s'agit d'un phénomène d'abord périphérique auquel s'ajoute dans un second temps une composante émotionnelle au bout d'environ six mois. Tandis que les causes périphériques peuvent être liées à l'exposition à de fortes intensités sonores, les causes centrales, quant à elles, peuvent être liées à des causes accidentelles (traumatisme crânien), psychologiques (dépression, stress, angoisse) et à des désordres neurologiques. Une limite arbitraire de six mois permet de séparer les deux catégories (causes périphériques ou à composante émotionnelle), mais la présence de comportements d'évitement constitue le signe clair d'une composante émotionnelle. Dans les cas périphériques, il faut porter des bouchons en moyenne pendant deux à trois mois pour revenir à un niveau de sensation normale, puis durant deux à trois mois supplémentaires pour stabiliser la situation et éviter les rechutes. Dans les cas émotionnels, il est fréquent de constater le port de bouchons ou de casques avec une modification importante du comportement liée directement à l'hyperacousie, présente depuis plus de six mois en général. Le protocole de port est le même que celui appliqué dans les cas périphériques, avec une guérison partielle (disparition de 70 à 80% de la gêne) au bout de six mois. Demeurent des

bruits gênants résiduels (tels que des cris d'enfants) lesquels disparaissent progressivement avec le temps. Selon l'auteur, il n'existe pas de corrélation entre l'ancienneté d'apparition et la durée du traitement, ce qui permet de donner espoir aux patients hyperacoustiques de longue date, car ils peuvent être soulagés en six mois, indépendamment de l'ancienneté de leur hyperacousie.

20. Dans leur rapport complémentaire du 23 septembre 2015, les médecins de la Clinique Corela ont relevé, après avoir indiqué que les connaissances médicales de bilan d'hyperacousie en ORL étaient à l'heure actuelle limitées, que l'article mentionnait également qu'une composante émotionnelle (c'est-à-dire des facteurs non somatiques) s'ajoutait dans un second temps au phénomène périphérique. Selon eux, il fallait en outre comprendre par « causes centrales » - pouvant être en lien avec un traumatisme crânien - que des lésions avérées graves cérébrales seraient survenues, ce qui n'était pas le cas de l'assurée, dont le traumatisme crânien était bénin. Les médecins maintenaient qu'en l'absence de substrat organique avéré (ou de lésions des nerfs crâniens), le lien de causalité naturelle s'était éteint à trois mois.

21. Le 8 décembre 2015, l'assurée a persisté dans son opposition en relevant que les médecins avaient admis ne pas disposer des informations nécessaires d'un point de vue médical. Elle a répété que le décès de sa mère n'avait pas influencé son état émotionnel. Pour preuve, dans son rapport du 26 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ mettait en exergue qu'elle souffrait encore d'hyperacousie et d'acouphènes.

22. Par décision du 12 avril 2016, l'assureur a confirmé celle du 13 novembre 2014.

Selon lui, l'expertise de la Clinique Corela devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Or, selon les médecins, l'hyperacousie était associée à une composante émotionnelle importante. Alors que la pathologie était en cours d'amélioration deux à trois mois après le traumatisme cranio-encéphalique, le décès de la mère de l'assurée avait conduit à une augmentation de la gêne auditive. Ainsi, des rechutes restaient possibles, sans relation avec l'accident. Le traumatisme crânien étant bénin, sans lésions cérébrales avérées graves, le lien de causalité avait été rompu trois mois après le début du traitement.

Quant au fait que l'assurée n'ait pas présenté de troubles auditifs avant l'accident, cela revenait à invoquer l'adage « post hoc ergo propter hoc », dénué de pertinence pour établir un rapport de causalité.

Enfin, le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ ne permettait pas de statuer différemment, dès lors qu'un assureur-accidents pouvait clore un sinistre, même si l'accidenté n'était pas intégralement guéri et que certaines douleurs résiduelles subsistaient.

23. Par acte du 13 mai 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les suites de l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2013 au-delà du 19 mai 2014, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction.

La recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise, mettant en exergue que celui-ci n'explique pas les motifs pour lesquels il y aurait lieu de considérer que l'hyperacousie devrait être résolue à trois mois.

Elle relève que ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'étaient atteints au 19 mai 2014, puisque les symptômes persistaient. Elle rappelle à cet égard les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_, ainsi que l'échange entre l'intimée et M. F\_\_\_\_\_, audioprothésiste.

Elle fait remarquer qu'alors que, selon les experts, une composante émotionnelle entraverait le processus de rémission, aucun expert psychiatre ne l'a examinée. À cet égard, elle conteste une fois encore l'affirmation selon laquelle l'hyperacousie était en cours d'amélioration deux à trois mois après le traumatisme. Si elle a certes indiqué avoir rencontré des difficultés à se concentrer alors qu'elle devait gérer la succession de sa mère, elle n'a jamais prétendu que son état avait empiré.

24. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 juin 2016, a conclu au rejet du recours, en reprenant les arguments développés dans la décision litigieuse.

Au surplus, l'intimée relève que le Dr G\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2013. Elle en tire la conclusion que son rapport du 26 janvier 2015 n'est pas propre à discréditer l'expertise.

25. Dans sa réplique du 15 août 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle fait valoir que l'intimée n'a pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il y aurait rupture du lien de causalité entre l'accident et les troubles dont elle souffre (asthénie, acouphènes et hyperacousie). Elle souligne que la simple possibilité de cette rupture ne suffit pas. Ainsi, l'approche de l'intimée, consistant à vouloir clore un sinistre - alors que l'accidenté n'est pas intégralement guéri -, est contraire au principe du fardeau de la preuve et à la jurisprudence, selon laquelle l'assureur n'est délié de son obligation de prêter que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé.

26. Le 13 décembre 2016, la recourante a versé à la procédure l'avis émis le 30 novembre 2016 par le Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR).

Celui-ci y reproche aux médecins de la Clinique Corela d'avoir évalué de manière prédictive une potentielle reprise de travail trois mois après l'expertise et constate que, deux ans plus tard, le Dr G\_\_\_\_\_ a attesté la persistance d'une hyperacousie invalidante, objectivée par un audiogramme, consécutive au barotraumatisme accidentel. Le SMR considère qu'il n'existe pas de raison de s'écarter de l'analyse convaincante dudit praticien.

27. Dans sa duplique du 12 janvier 2017, l'intimée a indiqué que l'avis du SMR n'était pas susceptible de modifier sa position.

Elle fait valoir que l'assurance-invalidité tient compte de l'ensemble des atteintes à la santé (résultant d'une maladie ou d'un accident) pouvant influencer la capacité de travail ou de gain, alors que l'assureur-accidents ne prend en considération que les troubles en lien de causalité naturelle avec l'accident. Or, dans le cas d'espèce, se référant à l'expertise, les symptômes persistants sont sans relation avec l'accident.

28. Le 31 août 2017, la Cour de céans a adressé au Dr G\_\_\_\_\_ une liste de questions, auxquelles le médecin a répondu par pli du 4 septembre 2017.

Le médecin rappelle que l'examen ORL, réalisé lors de la consultation du 23 janvier 2015, était normal. L'audiogramme tonal avait démontré un début de presbycusie du côté gauche, ainsi qu'une encoche déficitaire isolée à 6 kHz du côté droit, anomalie qui était fortement suggestive d'un traumatisme sonore. Ce dernier avait pu être causé par le choc durant l'accident, ce qui expliquerait l'hyperacousie ainsi que les acouphènes.

Le médecin indique n'avoir eu connaissance ni du rapport de la Clinique Corela, ni de l'article de M. BIZAGUET.

Il explique pour sa part qu'il n'est pas possible de se prononcer sur la durée des symptômes (hyperacousie, acouphènes) après un barotraumatisme. Les dommages induits au niveau de l'oreille interne donnent lieu à des séquelles qui ne récupèrent pas.

L'audiogramme pratiqué après l'accident met en évidence la persistance de l'encoche déficitaire isolée à 6 kHz, ce qui démontre qu'il n'y a pas de récupération objective. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer, même en l'absence de substrats organiques avérés, que les troubles devraient disparaître trois mois après l'accident.

Il n'existe pas de traitement reconnu et efficace pour résoudre un acouphène, ni de moyen de réparer une éventuelle séquelle neuro-sensorielle post-traumatique de l'oreille interne, de sorte que l'affirmation, selon laquelle la poursuite des plaintes a pu être causée par le fait que le suivi médical approprié a été retardé, n'est pas justifiée.

Le praticien ajoute qu'il est difficile de se prononcer quant à la bénignité d'un traumatisme crânien ; d'éventuelles séquelles ne sont souvent pas objectivables. Un neurochirurgien pourrait éventuellement se prononcer à cet égard.

Dans la mesure où les symptômes d'hyperacousie ou d'acouphènes sont toujours présents, les causes accidentelles de l'atteinte à la santé jouent encore un rôle.

À la question de savoir à partir de quand le lien de causalité naturelle doit être considéré comme rompu, le spécialiste répond que les dommages sont permanents, séquellaires et peuvent engendrer des symptômes persistants.

Quant à la capacité de travail, en l'absence d'éventuels troubles psychologiques, secondaires aux acouphènes, il l'évalue à 100%. Une reprise des activités

professionnelles à plein temps trois mois après l'expertise était donc envisageable, sous réserve de comorbidités psychologiques ou psychiatriques concomitantes, telles qu'une dépression.

29. Par écriture du 2 octobre 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle argue que jamais les médecins de la Clinique Corela n'ont affirmé que les troubles disparaîtraient trois mois après l'accident. Ils ont simplement conclu que le lien de causalité s'éteindrait trois mois après le début du traitement adapté, débuté le 19 février 2014. Ainsi, le lien de causalité s'est éteint plus d'un an après l'accident.

Contrairement au Dr G\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a confirmé que le traumatisme crânio-encéphalique était bénin.

Quant à la capacité de travail, l'intimée relève que l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ rejoint celui des experts, lesquels avaient estimé que, trois mois après le début du traitement recommandé, la capacité de travail serait entière, sans diminution de rendement, s'agissant des seules conséquences de l'accident, les éventuels symptômes persistants étant alors liés aux surcharges émotionnelles.

30. Par écriture du même jour, la recourante a persisté à son tour dans ses conclusions en rappelant qu'elle souffre toujours de séquelles et que les lésions sont permanentes.

Elle ajoute que son ancien emploi était trop bruyant et donc inadapté, raison pour laquelle elle a d'ailleurs bénéficié de mesures de réadaptation octroyées par l'OAI, dans un environnement de travail calme. Selon elle, aucun traitement n'aurait pu lui permettre de recouvrer une capacité de travail dans un délai de trois mois.

31. Ces écritures transmises aux parties, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA - entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 - s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations (versement d'indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) avec effet au 19 mai 2014, suite à l'accident dont la recourante a été victime le 1<sup>er</sup> mars 2013.
5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit

---

lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

d. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

6. a. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA).

La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales ; une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état. Elle s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusque-là par l'assuré. Toutefois, en cas d'incapacité durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (FRESARD / MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoires*, SBVR, 2ème éd., n. 152 p. 895 ; ATAS/791/2011 du 30 août 2011 consid. 7).

b. Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

c. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 41 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.378/99 du 23 mars 2000 consid. 3a et les

---

références). La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n. U 557 p. 388 ; U 244/04 consid. 3.1).

d. Quant au droit à l'indemnité journalière, il cesse notamment s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

e. En résumé, l'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; ATF 128 V 169 consid. 1 ; ATF 116 V 41 consid. 2c).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

---

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a été victime d'un accident en date du 1<sup>er</sup> mars 2013, qui a eu pour conséquences une contusion cervicale et un TCC avec syndrome post-commotionnel, soit une hyperacousie douloureuse de stade IV, associée à des acouphènes. L'intimée a pris en charge cet événement : en sus du paiement des frais médicaux, elle a versé des indemnités journalières.

L'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2014, a toutefois mis un terme à ses prestations avec effet au 19 mai 2014, date au-delà de laquelle elle a considéré que les symptômes persistants (notamment l'hyperacousie) étaient dus à des facteurs non accidentels.

La recourante conteste cette position, qui repose sur le rapport des médecins de la Clinique Corela, dont il convient dès lors d'examiner la valeur probante.

- b. Ce rapport - bien que fondé sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques, le dossier médical de la recourante et la relation des plaintes - n'est pas suffisamment motivé et n'emporte pas la conviction.

En effet, les médecins expliquent que l'hyperacousie, réaction anormale du système auditif, est qualifiée de douloureuse, stade IV - comme dans le cas de la recourante - lorsque l'exposition au bruit, quelle que soit son intensité, devient gênante et que les activités sont contraignantes (se déplacer, travailler, communiquer, sortir). Ils distinguent les causes périphériques de celles avec une composante émotionnelle. Dans le premier cas, une guérison est possible environ six mois après le port de bruiteurs. En moyenne, après deux à trois mois, la personne concernée revient à un niveau de sensation normale, et deux à trois mois plus tard, sa situation est

stabilisée et les symptômes améliorés. Dans le deuxième cas de figure, à l'instar de la recourante qui portait régulièrement des bouchons afin d'atténuer les bruits, s'isolait dans sa vie sociale et refusait de sortir dans les milieux bruyants, le lien de causalité s'éteindrait trois mois après le début d'un traitement adapté. Au-delà, si les plaintes persistaient, elles seraient liées aux composantes émotionnelles importantes.

Après avoir exclu une pathologie psychiatrique - étant relevé à cet égard que, quand bien même une instruction sous l'angle psychiatrique par un spécialiste reconnu n'a pas été réalisée, la recourante n'allègue pas avoir souffert d'une décompensation psychique postérieurement à l'accident ce qu'aucun document médical ne prétend d'ailleurs -, les experts retiennent que des facteurs de stress importants, notamment le décès maternel, ont retardé le mécanisme d'habituation en rapport avec l'hyperacousie et l'acouphène. Dans la mesure où la mère de la recourante est décédée en été 2013 (cf. note téléphonique du 15 octobre 2013), on peine à comprendre, faute d'explications plus circonstanciées, les motifs pour lesquels trois mois après le début d'un traitement adapté, le 19 mai 2014, soit une année après le décès invoqué, alors qu'à ce moment-là, la recourante souffrait encore d'une hyperacousie douloureuse, celle-ci - pourtant apparue en raison du TCC, fût-il bénin - ne serait plus imputable à l'accident, mais au décès survenu près d'une année plus tôt.

De surcroît, la modification du comportement de la recourante (port de bouchons ou de casque, repli sur soi) est directement liée à l'hyperacousie (cf. article de M. BIZEGUET, audioprothésiste), dès lors qu'une personne hyperacousique - hypersensible aux sons - préfère s'isoler pour ne plus être exposée aux bruits du quotidien (cf. Quentin NICARD, Hyperacousie : tout savoir sur ce trouble de l'audition, octobre 2017 ; article disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Symptomes/Fiche.aspx?doc=hyperacousie-symptome>). Cela étant dit, le protocole de port des bruiteurs en cas d'hyperacousie à composante émotionnelle - liée à des causes accidentelles, tel qu'un traumatisme crânien - est le même que celui appliqué dans les cas périphériques (soit un traitement pendant six mois ; trois mois suivis de trois mois supplémentaires pour éviter les rechutes), avec une guérison partielle (disparition de 70 à 80% de la gêne) au bout de six mois, les bruits gênants résiduels disparaissant progressivement avec le temps (cf. article de M. BIZEGUET). Ainsi, même en cas d'hyperacousie à composante émotionnelle, le délai de guérison est de six mois dès le port des bruiteurs, ce qui n'est toutefois qu'une moyenne. M. F\_\_\_\_\_, audioprothésiste, relève en effet à cet égard que le traitement dure au minimum six mois (cf. son rapport du 12 février 2014).

Eu égard à ce qui précède, la conclusion de la Clinique Corela, selon laquelle le lien de causalité entre les symptômes persistants et l'accident se serait éteint trois mois après le début d'un traitement adapté, n'est pas convaincante.

c. C'est la raison pour laquelle la Cour de céans a souhaité obtenir l'avis du Dr G\_\_\_\_\_.

Ce médecin indique que les causes accidentelles de l'atteinte à la santé jouent encore un rôle - dans la mesure où les symptômes d'hyperacousie ou d'acouphènes étaient toujours présents lors de la consultation du 23 janvier 2015. La question se pose dès lors, vu la date relativement ancienne de l'accident, et en l'absence d'une guérison à tout le moins partielle au bout de six mois à compter du traitement débuté le 19 août 2014, si les symptômes persistants au-delà résultent de causes exclusivement étrangères à l'accident. On rappellera en effet que, selon M. BIZEGUET, les patients hyperacoustiques peuvent être soulagés en six mois (quelle que soit la cause - périphérique ou à composante émotionnelle), indépendamment de l'ancienneté de leur hyperacousie, ce qui ne semble pas avoir été le cas de la recourante.

d. Dans ces conditions, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle mette en œuvre une nouvelle expertise médicale indépendante, sous l'angle oto-rhino-laryngologique, dès lors qu'elle a examiné de manière incomplète le droit de la recourante sur la base d'un rapport non probant et qu'on ne saurait priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours).

Il appartiendra à l'expert de se prononcer, de manière détaillée, notamment sur (i) la date à partir de laquelle le lien de causalité naturelle doit être considéré comme rompu ; (ii) la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, les Drs H\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ayant à cet égard une opinion divergente de celle du médecin traitant (dont les certificats ne sont toutefois pas motivés) ; puis de déterminer (iii) si un traitement est susceptible d'améliorer de manière notable l'état de santé de la recourante, ou (iv) si au contraire, son état de santé doit être considéré comme stabilisé, et le cas échéant, à partir de quand ; et enfin (v) si la recourante souffre d'une atteinte durable et importante à son intégrité physique. En effet, au vu du renvoi du dossier, et dans la mesure où selon le Dr H\_\_\_\_\_, il n'existe pas de moyen de réparer une éventuelle séquelle neuro-sensorielle post-traumatique de l'oreille interne, et que la recourante souffrirait d'un dommage permanent, ces points doivent faire l'objet d'une instruction plus approfondie.

11. En ce sens, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante, représentée, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 12 avril 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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