

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2167/2017

ATAS/304/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 avril 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Martin AHLSTRÖM

recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1971, mariée et mère de deux enfants, a travaillé dans l'entretien de bâtiment jusqu'au 31 décembre 2015 pour B_____ Sàrl et C_____ SA, deux sociétés différentes qui avaient réuni leur service administratif. Elle a démissionné de C_____ SA le 17 novembre 2015 pour le 31 décembre 2015. Le 18 novembre 2015, elle a été engagée par D_____ pour une mission auprès de la Fondation E_____, dès le 2 janvier 2016.
2. Elle a été accidentée le 15 octobre 2015, puis à nouveau le 29 janvier 2016.
3. Le 3 février 2016, B_____ Sàrl a transmis une déclaration de sinistre LAA à la SUVA indiquant que, le 29 janvier 2016, l'assurée avait trébuché en descendant un escalier et était tombée sur les fesses et le coude droit. Elle avait ainsi subi une contusion sur le coccyx et son coude droit avait été atteint.
4. D_____ a également déclaré ce sinistre à la SUVA, le 9 février 2016.
5. Par courriers des 5 et 15 février 2016, la SUVA a informé l'assurée qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident professionnel du 29 janvier 2016 concernant ses activités auprès de ses deux employeurs.
6. Le docteur F_____, médecin radiologue FMH, a indiqué, dans un rapport du 16 novembre 2015, qu'il avait procédé à l'IRM de la cheville gauche et à la radiographie du bassin de face et du coccyx de profil de l'assurée, le 13 novembre 2015. Il a mentionné sous indication : « douleurs cheville gauche et douleurs au coccyx de nature post-traumatique » et sous conclusions : « aspect aminci hétérogène avec fissuration intratendineuse longitudinale du court fibulaire s'étendant sur 2 cm de hauteur. Le reste de l'examen est sans particularité ».
7. Dans un rapport du 8 janvier 2016, suite à une IRM du bassin de l'assurée du même jour, le Dr F_____ a mentionné sous indication : « recherche d'une fracture du sacrum ou du coccyx » et sous conclusion : « Remaniements dégénératifs modérés au niveau de l'articulation sacro-iliaque bilatérale plus marqués du côté gauche. Pas de lésion osseuse traumatique aiguë décelée. Bon alignement des différentes pièces osseuses sacro-coccygiennes ».
8. Dans un rapport du 8 février 2016, le Dr F_____ a indiqué avoir procédé à un « RX bassin de face – colonne lombaire face et profil et sacrum de profil » le 5 février 2016. Les radiographies de la colonne lombaire, du bassin et du sacrum étaient sans particularité.
9. Dans un rapport du 15 février 2016, le docteur G_____, médecin radiologue FMH, a indiqué avoir effectué une radiographie du coude droit de face et de profil de l'assurée le 15 février 2016, en raison de douleurs au niveau de l'épitrôchlée en lien avec l'accident du 15 octobre 2015. La structure et la morphologie osseuses et les

rapports articulaires étaient conservés. Il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire décelable.

10. À teneur d'un rapport établi le 29 février 2016, le Dr F_____ a procédé à une IRM lombo-sacrée, le 26 février 2016, pour un bilan sur une lombosciatalgie type L4-L5. Ses conclusions étaient : « discopathie dégénérative modérée au niveau L4-L5 et L5-S1 avec une protrusion discale circonférentielle harmonieuse modérée à l'étage L4-L5 venant en discret contact avec la partie récessale des racines L5 bilatérales plus marquée du côté droit à corrélérer avec la clinique. Déchirure large de l'annulus fibrosus postérieur à l'étage L5-S1 sans hernie discale associée ».
11. Le Dr F_____ a indiqué dans un second rapport du 29 février 2016 avoir procédé à une échographie du creux poplité gauche de l'assurée le 26 février 2016, en raison d'une tuméfaction sous-cutanée et pour un bilan à la recherche d'un kyste ou d'un lipome. En conclusion, la tuméfaction palpée par la patiente correspondait à une hypertrophie d'acte bénin de la graisse hypodermique sans lésion focale circonscrite. Il s'agissait d'un minime kyste arthro-synovial mesurant 2 x 2 x 1 cm de diamètre.
12. Dans un rapport du 15 juin 2016 concernant l'évènement du 29 janvier 2016, la docteure H_____, FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de douleurs lombo-sacrées avec irradiation aux membres inférieurs ainsi que douleur au code (recte coude) droit. La douleur au code (recte coude) droit s'était graduellement estompée avec le traitement antalgique et les séances de physiothérapie. La douleur lombo-sacrée persistait malgré les traitements. L'assurée était toujours irradiée aux membres inférieurs. Elle était suivie depuis plusieurs mois par un orthopédiste, le docteur I_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui en raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse (douleurs lombaires à barres irradiantes vers le coccyx et les membres inférieurs) avait organisé un ENMG des membres inférieurs. Cet examen avait mis en évidence une réduction de la réponse sensitive et motrice du nerf sciatique poplité externe gauche. L'assurée souffrait aussi d'une gonalgie gauche depuis son précédent accident du 15 octobre 2015. La reprise du travail était difficilement prévisible en l'état actuel.
13. Dans un rapport du 12 juillet 2016, le docteur J_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué qu'au vu de l'état antérieur diagnostiqué dans l'IRM du 8 janvier 2016 déjà, les troubles actuels de l'assurée étaient principalement dégénératifs. L'accident avait probablement aggravé les troubles dégénératifs de façon passagère. Si l'on se basait sur les pièces médicales à disposition, il n'y avait pas de lésions structurelles vertébrales imputables à l'accident susceptibles d'entraîner des troubles durables. On devait estimer qu'au plus tard six mois après l'accident, les effets de ce dernier étaient éteints (*statu quo sine*).

14. Par décision du 13 juillet 2016, la SUVA, se fondant sur l'avis médical du Dr J_____, a clos le dossier de l'assurée au 1^{er} août 2016, considérant que la prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de sa compétence, mais de celle de l'assurance-maladie, car l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*) pouvait être considéré comme atteint au plus tard six mois après l'accident du 29 janvier 2016.
15. Le 8 août 2016, l'assurée a formé opposition à la décision précitée. Elle n'était pas d'accord avec le médecin d'arrondissement de la SUVA qui ne l'avait pas vue. Elle avait encore très mal au dos et au sacrum et n'arrivait pas à faire tous les mouvements depuis son accident du 29 janvier 2016.
16. La Dre H_____ a écrit à la SUVA le 17 août 2016 pour contester la décision du 13 juillet 2016. Sa patiente souffrait encore de douleurs importantes en région lombaire et au coccyx ainsi que de gonalgie gauche et de douleurs à la cheville ipsilatérales (suite à son précédent accident du 15 octobre 2015). La présence à l'IRM lombaire du 26 janvier 2016 d'une déchirure large de l'annulus fibrosus postérieur à l'étage L5-S1 était à son avis indicative d'une lésion traumatique survenue à l'occasion de l'accident de janvier 2016 dont la dynamique lui était connue. La patiente nécessitait encore actuellement un traitement médicamenteux et un suivi physiothérapeutique. La Dre H_____ demandait en conséquence à la SUVA de reconsidérer sa décision de mettre fin aux prestations de l'assurée. Il était aussi important que cette dernière soit examinée par un médecin-conseil de la SUVA, car la décision actuelle se fondait seulement sur la lecture de son dossier médical.
17. Le Dr I_____ a informé la SUVA, le 14 septembre 2016, que l'assurée souffrait d'une entorse de cheville gauche à la suite de l'événement du 29 janvier 2016. Elle avait toujours mal à cette cheville, avec des gonflements, et poursuivait un traitement de physiothérapie et d'anti-inflammatoires. Après l'accident, elle avait présenté des lombalgies, qui avaient été confirmées à l'IRM lombo-sacrée. La patiente travaillait beaucoup avant l'accident et restait maintenant en arrêt de travail. Il la croyait et estimait que la SUVA devait revenir sur sa décision de cesser ses prestations.
18. Le Dr G_____ a indiqué, dans un rapport du 28 octobre 2016, avoir procédé à une IRM du genou gauche de l'assurée, le 14 mars 2016, à la recherche d'une lésion méniscale externe et d'un kyste de Baker. En conclusion, il n'y avait pas de lésion méniscale externe et la présence d'un kyste de Baker de 4 cm était confirmée.
19. Le 4 janvier 2017, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a écrit, au nom de la SUVA, à la Dre H_____ au sujet de l'assurée, pour l'informer que les différents bilans radiographiques ne montraient pas d'anomalie. Le rapport IRM lombo-sacrée du 26 février 2016 mettait en évidence une discopathie dégénérative de L5-S1 et L4-L5. Il n'y avait pas de canal lombaire étroit, ni lésion exclusivement traumatique à potentiel durable. En ce qui concernait la déchirure de

l'annulus fibrosus, elle faisait partie de l'évolution classique d'une discopathie de type dégénératif. L'annulus fibrosus était moins élastique avec l'âge et finissait par se rompre dans les cas de pathologie dégénérative. Toutefois, la SUVA avait accepté la prise en charge de cette pathologie jusqu'au 15 juin 2016. En l'absence de lésion déterminante modificatrice de l'état pathologique ancien, comme une fracture par exemple, le retour à l'état antérieur, *statu quo sine*, avait été proposé à cette date. Les autres examens radiologiques réalisés ne montraient pas de fracture ou de lésion grave associée. La cinétique de l'accident annoncé était considérée, en conséquence, comme un traumatisme à basse énergie. Sa position serait différente s'il y avait eu un polytraumatisme majeur avec des fractures multiples, ce qui n'était pas le cas de sa patiente.

20. Le 11 janvier 2017, l'assurée a informé la SUVA que depuis l'accident du 29 janvier 2016, elle souffrait de douleurs importantes dans la région lombaire et au coccyx ainsi que de gonalgie gauche et de douleurs à la cheville ipsilatérales. Elle estimait avoir droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'invalidité présentée suite à son accident ne lui permettait plus de travailler dans son activité habituelle et était en lien direct avec celui-ci. Depuis quelques mois, elle ne percevait plus d'indemnisation de l'assurance-accidents ni d'allocations familiales pour ses enfants, de sorte que sa famille se trouvait dans une situation financière précaire. Elle lui demandait une réponse dans le délai de dix jours et l'informait être prête à se battre pour son droit jusqu'au Tribunal fédéral.
21. Par courrier du 12 janvier 2017, les Drs I_____ et H_____ ont informé la SUVA que des éléments nouveaux les contraignaient à lui faire part de l'évolution défavorable de leur patiente en lien avec l'évènement du 29 janvier 2016. Lors des premiers examens radiologiques du 14 avril 2011, le rapport du Dr G_____ évoquait un status après entorse de la cheville, mais surtout un clivage longitudinal touchant le tendon du court péronier au niveau de sa portion retro-malléolaire et sous-malléolaire externe. Ils avaient refait une IRM le 10 janvier 2017, puisque l'évolution n'était pas favorable et que la patiente souffrait toujours de douleurs et surtout de lâchages violents de la cheville. Sur cette IRM, on retrouvait le même clivage, qui pouvait être délétère pour l'évolution d'une pathologie ostéo-articulaire post-traumatique. Le traitement de la patiente allait être, dans un premier temps, une solide physiothérapie de proprioception et des contrôles cliniques plus réguliers. Ils referaient une IRM dans deux ou trois mois pour voir l'éventuelle évolution de ce clivage, qui causait probablement le handicap de la patiente. Si ce clivage s'avérait persistant, il y aurait lieu de faire une infiltration de « PRP » sur la patiente. Si elle continuait de souffrir de la cheville prise en charge par la SUVA, cela était vraisemblablement dû au clivage longitudinal du tendon.
22. Le 21 mars 2017, la SUVA a soumis le cas de l'assurée à son médecin d'arrondissement, en lui demandant de rendre une appréciation médicale à la suite de l'opposition en lien avec le sinistre du 29 janvier 2016 (n°23.50366.16.7).

23. Le Dr K_____ a procédé à un examen de l'assurée le 31 mars 2017. Dans son rapport du 3 avril 2017 mentionnant les numéros de sinistre 23.50366.16.7 et 26.31700.15.5, il a résumé les pièces du dossier et mentionné, notamment, s'agissant de l'IRM de la cheville gauche du 13 avril 2011 : « déchirure sur forme d'un clivage longitudinal au dépend du court péronier en position rétro-malléolaire et sous-malléolaire externe suite à une entorse de la cheville le 29 novembre 2010 ». Le Dr K_____ reportait encore les déclarations de l'assurée rappelant les différents accidents qu'elle avait eus et qui avaient été pris en charge par la SUVA soit :

- un accident avec traumatisme thoracique et du coude gauche sans séquelle (dossier 11.32217.09.9) ;
- un accident de la cheville : entorse traitée et reprise du travail le 29 août 2011 (dossier 11.40780.10.0) ;
- une entorse de la cheville gauche avec reprise du travail selon document SUVA du 1^{er} septembre 2014 (dossier 11.42295.14.4) ;
- sinistre du 15 octobre 2015, avec une reprise du travail le 2 janvier 2016 (dossier 26.31700.15.5) ;
- accident du 29 janvier 2016 (dossier 23.50366.16.7).

Le Dr K_____ avait ensuite procédé à des constatations et demandé une copie du rapport de l'IRM réalisée au mois de janvier 2017.

Ses diagnostics étaient :

- status après traumatisme de la cheville en 2010 laissant comme séquelle une minime ténosynovite du court fibulaire. La lésion était stable et ne s'était pas modifiée selon les IRM de 2011, 2015 et 2017 ;
- status après sciatique et lombalgie liées à une pathologie dégénérative selon le bilan IRM lombo-sacré du mois de février 2016 ;
- kyste de Baker du genou gauche non traumatique ;
- status après traumatisme des coudes, sans symptomatologie à l'heure actuelle selon l'assurée.

Dans son appréciation, le Dr K_____ a indiqué que dans les suites d'un accident de novembre 2015, il avait été constaté une aggravation passagère d'une lésion dégénérative de la colonne vertébrale. Selon l'avis du médecin-conseil SUVA qui avait traité le cas à cette époque, aucune lésion structurelle vertébrale n'était imputable à l'accident. Une décision de retour à l'état antérieur avait été prononcée par la SUVA au 1^{er} août 2016. L'assurée avait contesté cette décision avec ses médecins. Subjectivement elle se plaignait de douleurs au niveau de la région lombaire avec irradiation vers la région de la cuisse et du mollet gauches. Il n'y avait pas de troubles moteurs dans les suites de cette sciatgie.

Objectivement, la fonction de la cheville gauche était très favorable avec une fonction musculaire parfaite. Pour ce qui concernait le muscle court péronier, il y avait une cicatrice avec minime ténosynovite selon la description de la dernière IRM du 10 janvier 2017. Cette lésion pouvait être considérée comme complètement guérie et n'était pas, à l'heure actuelle, responsable de la limitation de la capacité de travail de l'assurée, laquelle était liée à la pathologie dégénérative de la colonne vertébrale. La décision de statu quo prononcée au 1^{er} août 2016 semblait ainsi tout à fait adaptée au Dr K_____. En ce qui concernait la lésion de la cheville gauche, celle-ci n'était plus responsable d'une symptomatologie et donc, ne pouvait pas être tenue pour responsable d'une incapacité de travail.

24. Par décision sur opposition du 12 avril 2017, la SUVA a confirmé sa décision du 20 janvier 2016, en se fondant sur l'avis médical émis par le Dr J_____, considérant qu'il était corroboré par le rapport du Dr K_____, après un examen personnel de l'assurée. L'hypothèse évoquée par la Dre H_____, qui n'était pas spécialiste en orthopédie ni en chirurgie, ne résistait pas à l'analyse effectuée par le Dr K_____. Par ailleurs, la Dre H_____ n'avait pas réagi au rapport de ce dernier.
25. Le 18 mai 2017, l'assurée a formé recours contre la décision sur opposition du 12 avril 2017 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant, préalablement, à l'ouverture d'enquêtes, à l'audition des Drs I_____ et H_____ et à ce qu'une expertise soit confiée à un expert indépendant et neutre. Au fond, elle concluait à l'annulation de la décision du 12 avril 2017 et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit aux indemnités prévues par la loi (frais de traitement et indemnités journalières) avec effet au 1^{er} août 2016 et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser ses prestations ainsi qu'une indemnité pour ses frais d'avocat. Elle faisait valoir que ses médecins traitants considéraient que son incapacité de travail était entièrement imputable à son accident de janvier 2016. Une guérison moyennant un suivi adapté était non seulement souhaitable, mais également hautement plausible. La théorie de l'affection dégénérative originaire de l'incapacité de travail ne résistait pas à la critique. Il s'agissait d'un avis émanant du médecin d'arrondissement de la SUVA qui allait dans le sens de la SUVA, puisqu'il permettait de lui refuser les prestations. La SUVA ne devait pas fonder sa décision sur celui-ci, car il ne s'agissait pas d'un avis médical neutre et indépendant. C'était d'autant plus pertinent que ses médecins traitants ne retenaient pas la cause dégénérative comme responsable de son incapacité de travailler. Il fallait reconnaître un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident de janvier 2016 et de son incapacité de travailler. Si les avis médicaux produits ne suffisaient pas à l'établir, une nouvelle expertise devait être ordonnée et confiée à un expert indépendant et neutre.

À l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport établi le 3 mai 2017 par les Drs I_____ et H_____, contestant la décision sur opposition de la SUVA du 12 avril 2017. Ils relevaient que l'assurée avait été suivie régulièrement dans leur

centre médical depuis le 15 octobre 2015, date de son premier accident. Pendant son travail, son pied gauche était resté coincé dans un trou et elle était tombée en arrière sur le dos. Cet accident lui avait causé une douleur au coccyx et à la cheville gauche. Le 29 janvier 2016, toujours pendant le travail, en descendant les escaliers, elle était tombée sur sa cheville gauche, toujours instable, et s'était réceptionnée sur le dos et le coude droit. Suite à ce deuxième accident, elle avait souffert de lombo-sacrals et de douleurs à la cheville gauche. Le 1^{er} janvier 2017, elle avait fait une troisième chute chez elle. Sa cheville gauche, toujours instable depuis son premier accident, avait lâché et elle s'était réceptionnée sur le côté droit (jambe et coude). Il s'agissait d'une entorse de cheville avec instabilité résiduelle dépendant du premier accident. Les suites étaient des rechutes liées à la première entorse. On pouvait en conclure que depuis son accident du 15 octobre 2015, la patiente souffrait de douleurs et d'instabilité de la cheville gauche et de lombo-sacrals. Ces chutes répétées démontraient l'évolution peu favorable de l'entorse. L'état de santé de la recourante n'était donc pas stabilisé et la prise en charge de la SUVA restait nécessaire. Cela était confirmé par l'imagerie IRM répétée qui confirmait un clivage longitudinal toujours persistant, cause de la mauvaise évolution. La patiente nécessitait encore une IRM puis un traitement par « PRP », dont les suites étaient longues et bien programmées. Les douleurs lombaires du sacrum et du coccyx la limitaient beaucoup dans ses activités. L'effort ainsi que le stationnement et la position assise prolongée lui causaient une augmentation de la douleur. Une dernière IRM de la cheville gauche du 10 janvier 2017 avait mis en évidence une ténosynovite fissuraire localisée du court fibulaire qui pouvait expliquer les douleurs et surtout le lâchage occasionnel de la cheville concernée. La patiente nécessitait encore un traitement antalgique, des séances de physiothérapie de proprioception et des contrôles cliniques plus réguliers. Cette évolution défavorable et les mesures à prendre restaient à la charge de la SUVA.

26. Par réponse du 13 juillet 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours. L'examen des avis médicaux invoqués par la recourante ne permettait pas de remettre en cause son appréciation de la causalité naturelle et adéquate. Dans son rapport du 29 juin 2016, la Dre H_____ avait fait état, comme seules séquelles du 29 janvier 2016, de douleurs au coude droit qui s'étaient graduellement estompées ainsi que de douleurs lombo-sacrées avec irradiation aux membres inférieurs qui persistaient depuis lors. Dans le courrier du 17 août 2016, elle avait indiqué que sa patiente souffrait encore de douleurs importantes au niveau lombaire et au coccyx. Elle était d'avis que la déchirure large de l'annulus fibrosus postérieur à l'étage L5-S1, mise en évidence à l'IRM lombaire du 26 février 2016, était une lésion traumatique survenue lors de l'accident de janvier 2016. Or, le 4 janvier 2017, le Dr K_____ avait expliqué que la déchirure de l'annulus fibrosus faisait partie de l'évolution classique d'une discopathie de type dégénératif. La pathologie dégénérative avait été objectivée, notamment par l'IRM lombo-sacrée du 26 février 2016. En outre, l'IRM du bassin effectuée le 8 janvier 2016 avait mis en évidence une discopathie dégénérative modérée L5-S1 se traduisant par une dessiccation et une rupture de

l'annulus fibrosus dans sa partie postérieure. Cette imagerie avait ainsi attesté un état dégénératif, dont la rupture de l'annulus fibrosus, antérieurement à l'accident du 29 janvier 2016. Le 12 juillet 2016, le Dr J_____ avait conclu à des troubles principalement dégénératifs indiquant qu'il n'y avait pas de lésion structurelle vertébrale imputable à un accident susceptible d'entraîner des troubles durables. L'accident du 29 janvier 2016 constituait un traumatisme à basse énergie, dans la mesure où la recourante était tombée de sa hauteur, sans lésion traumatique visible au regard du bilan radiologique du 5 février 2016.

Les Drs H_____ et I_____ n'apportaient aucun élément médical concret susceptible de mettre en doute le bien-fondé des conclusions des Drs J_____ et K_____. Quoiqu'en dise la recourante, ses médecins traitants n'avaient pas remis en cause la pathologie dégénérative au niveau de la colonne vertébrale. En particulier, ils n'avaient pas réagi au courrier du 4 janvier 2017 du Dr K_____. En effet, leur avis du 12 janvier 2017 ne faisait référence qu'aux douleurs présentées par la patiente à la cheville gauche. En outre, dans leur écrit du 3 mai 2017, ils ne faisaient que constater la persistance des douleurs, sans mettre en évidence des lésions objectivables consécutives à l'accident. Les plaintes subjectives de l'assurée, soit l'augmentation des douleurs au niveau de la région lombaire lors d'efforts et en position assise prolongée, étaient au demeurant référencées dans le rapport du 3 avril 2017 du Dr K_____.

Cela étant, le diagnostic de status après sciatique et de lombalgie liée à une pathologie dégénérative selon le bilan IRM lombo-sacré du mois de février 2016, posé par le Dr K_____, n'était pas contestable. En l'absence de lésions déterminantes modificatrices de l'état pathologique ancien, telle une fracture, le retour à l'état antérieur (*statu quo sine*) pouvait être admis au 15 juin 2016. Le point de vue du Dr K_____ corroborait celui du Dr J_____, qui avait considéré que l'accident du 29 janvier 2016 avait pu aggraver de manière passagère un état antérieur mais avait, cependant, largement cessé de déployer ses effets six mois après l'événement.

Au surplus, les investigations radiologiques effectuées à la suite de l'événement du 29 janvier 2016 n'avaient pas objectivé de lésions traumatiques. Par ailleurs, les douleurs au coude droit s'étaient graduellement estompées, sans qu'il ne subsiste de symptomatologie à la suite de l'accident.

La SUVA soulignait encore que, dans son rapport du 29 juin 2016, la Dre H_____ n'avait pas mentionné d'atteinte à la cheville. Une douleur à la cheville ipsilatérale qu'elle rapportait à l'événement du 15 octobre 2015 n'avait été référencée par le médecin traitant que le 17 août 2016. Aussi pouvait-on s'étonner du fait que, dans son rapport du 3 mai 2017, la Dre H_____ mentionnait que, le 29 janvier 2016, la recourante était tombée sur la cheville gauche. Il fallait encore rappeler qu'il n'avait pas été fait mention de la cheville gauche dans la déclaration de sinistre tant dans la description de l'accident que dans les parties du corps blessées et les premiers rapports liés à l'événement du 29 janvier 2016 ne rapportaient pas de plaintes en

lien avec cette cheville. Finalement, il était constaté que dans le rapport du 3 mai 2017, il était fait référence à une chute du 1^{er} janvier 2017, qui n'avait pas été mentionnée dans le rapport du 12 janvier 2017, ni rapportée par la recourante lors de l'examen du 3 avril 2017 par le médecin d'arrondissement.

Quoi qu'il en soit, le Dr K_____ avait certifié que la lésion de la cheville avec traumatisme en 2010 pouvait être considérée comme complètement guérie et qu'elle n'était pas responsable d'une limitation de la capacité de travail. Lors de l'examen clinique du 3 avril 2017, il avait été constaté qu'il n'y avait pas d'inflammation, ni de limitation dans la mobilité en flexion et extension, ni dans les mouvements d'inversion et éversion de la cheville. Il n'y avait aucun signe de Sudeck. La force musculaire du tendon péronier était évaluée à 5/5 et la force musculaire tibiale antérieure à 5/5. Le Dr K_____ avait posé le diagnostic de status après traumatisme de la cheville en 2010, laissant, comme séquelle, une minime sténosynovite du court fibulaire. Cette lésion était stable et ne s'était pas modifiée selon les IRM des 14 avril 2011, 13 novembre 2015 et 10 janvier 2017. Elle n'était pas responsable d'une limitation de la capacité de travail.

Dans leur rapport du 3 mai 2017, les Drs H_____ et I_____ ne faisaient pas état d'un nouvel examen depuis la dernière IRM du 10 janvier 2017 dont le rapport d'imagerie avait été lu et interprété par le Dr K_____.

Au vu de ces considérations, il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr K_____, dont le rapport pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Ce dernier avait été rendu sur la base des avis médicaux se trouvant au dossier et d'un examen personnel de l'assurée, conformément aux règles de l'art.

Les critiques de la recourante quant au fait que l'avis du médecin d'arrondissement n'était pas neutre et indépendant tombait à faux au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Ainsi, en l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions des médecins de la SUVA, selon lesquels l'effet délétère de l'accident était à considérer comme éteint six mois après sa survenance, l'intimée pouvait s'en tenir à celles-ci. Il y avait lieu d'admettre que le cas de l'assurée avait été suffisamment instruit du point de vue médical en ce qui concernait le retour au *statu quo sine* au 1^{er} août 2016. Les critiques de la recourante ne suffisaient pas à écarter les conclusions des Drs J_____ et K_____ ni à justifier la mise en œuvre d'une expertise, pas plus que l'audition des médecins traitants.

En définitive, l'intimée était fondée à nier toute relation de causalité entre l'accident du 29 janvier 2016 et les troubles persistant au 1^{er} août 2016, respectivement à mettre fin, par sa décision sur opposition du 12 avril 2017, à ses prestations d'assurance à cette date.

27. Par réplique du 6 septembre 2017, la recourante a observé que les rapports médicaux versés à la procédure, en particulier l'IRM du 8 janvier 2016, faisaient ressortir l'existence de discrets remaniements dégénératifs. L'IRM du 26 février faisait état d'une discopathie dégénérative modérée. Il était invraisemblable que les faibles atteintes dégénératives constatées puissent être à l'origine de ses douleurs importantes et de son incapacité de travail. Le lien entre l'existence d'un processus dégénératif et son incapacité de travail n'était pas établi à satisfaction de droit. La conclusion du Dr K_____, selon laquelle la limitation de sa capacité de travail serait liée à une pathologie dégénérative de la colonne vertébrale, ne pouvait ainsi être admise. Au contraire, la Dre H_____ avait relevé de façon claire que son incapacité de travail était liée au traumatisme de l'accident. Elle avait exclu, implicitement, un lien entre un hypothétique processus dégénératif de la colonne vertébrale et ses douleurs. Elle avait avancé que la dernière IRM de la cheville gauche du 10 janvier 2017 avait mis en évidence une ténosynovite fissuraire localisée du court fibulaire, qui pouvait expliquer les douleurs et surtout le lâchage occasionnel de la cheville concernée. Cette approche concordait avec les circonstances de l'accident et apparaissait comme largement plus probable qu'un éventuel processus dégénératif de faible importance. La recourante persistait en conséquence dans ses conclusions.
28. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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 s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge des prestations de l'intimée en lien avec son accident du 29 janvier 2016, au-delà du 1^{er} août 2016.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.
8. 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. A 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).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des

résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

9. 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).

10. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation pour les parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 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).

12. En l'espèce, il convient de relever, à titre liminaire, que l'accident en cause, du 29 janvier 2016, est intervenu relativement peu de temps après un précédent accident, subi par la recourante le 15 octobre 2015, ce qui est source de confusion. La recourante a encore subi deux accidents en 2011 et 2014, lors desquels elle a été atteinte à la cheville gauche. Il ressort en outre des rapports établis le 4 septembre 2016 par le Dr I_____ et le 12 janvier 2017 par ce dernier et la Dre H_____ que, contrairement à ce qui ressort de l'annonce d'accident, la recourante a pu souffrir de sa cheville gauche à la suite de l'évènement du 29 janvier 2016. L'examen du rapport de causalité entre ce dernier et les troubles de la recourante subsistant au 1^{er} août 2016 doit donc se faire en tenant compte de l'évolution de son état de santé depuis 2011.

L'intimée s'est fondée, notamment, sur l'avis médical du Dr K_____ du 31 mars 2017, pour retenir que les troubles à la santé de la recourante n'étaient plus imputables à l'accident du 29 janvier 2016 dès 1^{er} août 2016. Ce rapport ne répond pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, car il ne contient pas d'anamnèse et n'est pas précis dans sa description des différents accidents subis par la recourante et des diagnostics retenus pour chacun d'entre eux, ce qui était pourtant nécessaire pour déterminer le rapport de causalité avec l'accident du 29 janvier 2016. Le Dr K_____ a manifestement confondu les accidents en examinant le rapport de causalité avec « les suites d'un accident de novembre 2015 », lequel ne ressort pas du dossier, mais semble être celui du 15 octobre 2015. Le Dr K_____ s'est ensuite contenté d'affirmer que la limitation de la capacité de travail de l'assurée était liée à la pathologie dégénérative de la colonne vertébrale sans plus de développement, alors que le Dr J_____ avait admis, le 12 juillet 2016, que les troubles actuels de la recourante (douleurs lombosacrée avec irradiation aux MI), s'ils étaient principalement dégénératifs, avaient probablement été décompensés de manière temporaire par l'accident du 29 janvier 2016. Il s'imposait dès lors de traiter de la question du *statu quo ante* ou *statu quo sine* pour cette atteinte. Le Dr K_____ a bien examiné cette question, mais uniquement en lien avec l'atteinte à la cheville gauche de la recourante dont il n'est pas suffisamment établi qu'elle provienne de l'évènement du 29 janvier 2016.

Le très succinct rapport du Dr J_____ ne répond pas non plus aux réquisits permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'il ne contient ni

résumé du dossier, ni anamnèse, ni résumé des plaintes de la recourante et n'est pas motivé.

La Dre H_____ a indiqué le 17 août 2016 que sa patiente souffrait encore de douleurs importantes en région lombaire et au coccyx, notamment, en se référant à la présence, à l'IRM lombaire du 26 janvier 2016, d'une déchirure large de l'annulus fibrosus postérieur à l'étage L5-S1 qui était à son avis indicative d'une lésion traumatique survenue à l'occasion de l'accident de janvier 2016 dont la dynamique lui était connue. Cet avis médical motivé et fondé sur des éléments objectifs ne revêt pas non plus pleine force probante, mais suffit à remettre en cause les conclusions auxquelles sont parvenus les Drs J_____ et K_____.

Au vu des considérations qui précèdent, la cause apparaît insuffisamment instruite. Il convient en effet de clarifier les conséquences de l'accident du 29 janvier 2016, et en particulier quel effet il a eu sur la cheville gauche de la recourante, et de faire procéder à une nouvelle appréciation du cas qui tienne compte de l'impact éventuel des différents accidents subis par la recourante dans l'examen du rapport de causalité.

Il se justifie en l'occurrence d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant, conformément à l'art. 44 LPGA, et nouvelle décision. L'intimée devra transmettre à l'expert, outre le dossier relatif à l'évènement du 29 janvier 2016, ceux relatifs aux évènements des 15 octobre 2015, 1^{er} septembre 2014 et 20 août 2011.

Il n'appartient pas à la chambre de céans d'ordonner elle-même une expertise judiciaire, dès lors que l'intimée s'est fondée sur un dossier insuffisamment instruit.

13. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. a LPGA).
14. 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 rendue par l'intimée le 12 avril 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à la charge de l'intimée.
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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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