

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/587/2011

ATAS/475/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mai 2013

3ème Chambre

En la cause

Madame S _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Philippe NORDMANN

recourante

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, soit pour elle son
Service juridique, Thurgauerstrasse 101, ZURICH

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY
ORSAT , Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, a travaillé pour la banque X_____ du 1^{er} avril 1999 au 30 avril 2009 en qualité de responsable du département de gestion. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de ZURICH, COMPAGNIE D'ASSURANCE (ci-après : l'assurance).
2. Le 29 juin 2005, un incendie s'est déclaré à la banque. Ouvrant la porte derrière laquelle l'incendie s'était déclaré, l'assurée a respiré une épaisse fumée noire. Elle a immédiatement souffert d'irritations aux yeux et d'oppression dans le thorax (cf. déclaration d'accident-bagatelle LAA du 18 juillet 2005).
3. Le 1er juillet 2005, l'assurée a consulté le Dr A_____, généraliste FMH, lequel a diagnostiqué une intoxication à la fumée. Le médecin a également fait mention d'une douleur recto-sternale, d'une gêne à la respiration et d'une rougeur des conjonctives. Des radiographies du thorax se sont révélées sans problèmes. Le Dr A_____ n'a fait état d'aucune incapacité de travail.
4. Le 18 juillet 2005, l'assurée a consulté le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, qui a posé le diagnostic de RADS (*Reactive Airways Dysfunction Syndrome*). L'examen physique était normal, avec une capacité respiratoire dans la norme, malgré un expirium forcé prolongé (voir rapports du Dr B_____ des 15 juin 2007 et 2 mai 2008).
5. Le 25 juillet 2005, l'assurée a été examinée par le Dr C_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, qui a diagnostiqué une conjonctivite n'ayant entraîné aucune incapacité de travail. (cf. rapport du 9 août 2005).
6. Ce diagnostic a notamment été confirmé par le Dr D_____, spécialiste FMH auprès du Lindespital de Berne, qui a estimé que le lien de causalité entre la conjonctivite et l'incendie du 29 juin 2005 ne pouvait être totalement exclu (cf. avis du 21 février 2006).
7. Le 1^{er} septembre 2005, le Dr C_____ a indiqué au Dr B_____ qu'il avait retenu les diagnostics d'astigmatisme mixte, de début de presbytie et de conjonctivite par agent physique, cette dernière ne devant pas avoir de conséquences.
8. Le 22 septembre 2005, l'assurée a été examinée par le Dr E_____, médecin à Tel-Aviv (Israël ; cf. rapport du 3 mars 2008). Elle se plaignait alors de brûlure oculaire (*burning tears*) et d'une sensation de sécheresse (*feeling of dryness*) aux deux yeux. Lors de l'examen, l'acuité visuelle et la pression se sont révélées normales mais les yeux étaient irrités et secs. Une coloration de la conjonctive a été constatée. Selon sa patiente, les symptômes s'étaient déclarés après l'inhalation de

la fumée dégagée par l'incendie. Cette situation était restée inchangée en 2007 et 2008. Le Dr E_____ en a tiré la conclusion qu'un lien pouvait raisonnablement être fait entre l'incendie et l'état de santé de sa patiente.

9. L'assurance a soumis le dossier à son médecin-conseil, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine générale, lequel a relevé qu'une conjonctivite guérissait toujours en peu de temps (cf. avis du 28 février 2006).
10. Se basant sur cet avis, l'assurance, par décision du 8 septembre 2006, a mis un terme à ses prestations. L'assurance a considéré que les douleurs résiduelles ne pouvaient être qualifiées de suites tardives de l'accident du 29 juin 2005 ; selon elle, les conjonctivites n'étaient pas consécutives à l'événement mais d'origine dégénérative.
11. En septembre 2006, l'assurée a été réexaminée par le Dr B_____. Elle se plaignait alors d'une irritation bronchique persistante. Deux mois auparavant, la symptomatologie s'était accentuée, sans avoir répondu à la reprise du traitement (cf. rapport du Dr B_____ du 15 juin 2007).
12. Le 16 octobre 2006, l'assurée s'est opposée à la décision du 8 septembre 2006 en alléguant que tous les rapports médicaux contredisaient l'origine dégénérative de ses irritations oculaires.
13. Le 15 mai 2008, le Dr B_____ a rappelé avoir posé le diagnostic de RADS. Il a expliqué qu'il s'agissait d'une irritation bronchique prolongée après une exposition à un irritant respiratoire, en particulier à de la fumée. Les symptômes d'un RADS pouvaient durer et le tableau se compliquer d'un asthme persistant.

Dans le cas de l'assurée, il essayait d'améliorer la situation avec des inhalations de corticoïdes associées à un traitement anti-reflux œsophagien, mais la patiente avait gardé une fragilité bronchique : depuis l'incendie, elle souffrait d'épisodes répétés de toux prolongée - sans altération de la capacité respiratoire, avec une réponse imparfaite au traitement - ainsi que d'une fatigabilité importante.

14. L'assurance a confié au Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, le soin de procéder à une expertise de l'assurée. Cette dernière a été examinée le 21 avril 2009. A cette date, elle se plaignait de toux intermittente, quasi-quotidienne, significativement aggravée par l'exposition au froid, l'exercice et le fait de parler longuement ; une dyspnée significative pouvait apparaître,, accompagnée parfois de sibilances ; les accès de toux pouvaient induire des douleurs thoraciques. La symptomatologie était fluctuante dans le temps, avec des phases d'aggravation, puis de relative accalmie, mais elle ne disparaissait pas complètement. L'application d'un stéroïde par inhalation améliorait sensiblement le tableau et permettait de contrôler, dans une certaine mesure, la symptomatologie, sans toutefois apporter de guérison définitive.

L'expert a décrit un examen pulmonaire normal, avec une excellente ampliation thoracique, une absence de freinage expiratoire, de râle, de sibilance ou autres bruits adventices. Le Dr G_____ a cependant constaté la survenue de toux répétée à l'inspiration profonde. La fonction pulmonaire complète était « normale » et excluait l'existence d'une obstruction bronchique, en tout cas au moment de la mesure. L'ergonomie réalisée au laboratoire de fonction pulmonaire de la division de pneumologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) montrait un comportement cardio-pulmonaire à l'effort globalement normal, l'assurée atteignant 88% de la consommation d'oxygène maximale prédite. Une discrète tendance à l'hyperventilation, à la tachypnée et à la tachycardie était relevée mais qui témoignait plutôt d'un manque d'exercice ou de forme physique. Les échanges gazeux étaient dans la norme. En post-effort, une modification significative des VEMS était constatée, mais elle était rapidement corrigée de manière spontanée. Le test de réactivité bronchique non spécifié avait été refusé par l'assurée.

Le Dr G_____ a confirmé le diagnostic de RADS dû à l'exposition aux émanations toxiques survenues lors de l'incendie de la banque, précisant qu'un RADS pouvait s'amender rapidement selon la littérature médicale mais qu'il pouvait également durer plusieurs années, parfois même plus de 10 ans. Dans un tel cas, il était indispensable de prendre de manière prolongée le traitement préconisé par le Dr B_____. Cela étant, la situation de l'assurée, plus de quatre ans après l'incendie, n'avait rien de surprenant.

L'expert a considéré qu'une incapacité de travail transitoire avait pu se justifier, peu après l'incendie. A cet égard, il a renvoyé à l'avis des médecins alors consultés. Désormais, plus aucune incapacité de travail, même partielle, ne se justifiait au vu des conditions de travail de l'assurée (métier purement intellectuel).

15. Le 1er mai 2009, l'assurée a été nommée directrice de la banque Y_____, succursale de Genève.
16. L'assurance a également mandaté le Dr H_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie, qui a examiné l'assurée le 3 avril 2010. L'intéressée se plaignait d'une sensation de brûlure oculaire et d'une sécheresse importante associée à des picotements, n'ayant pas favorablement évolué malgré le traitement instauré en juillet 2005 par le Dr C_____. Lorsque l'assurée devait travailler sur écran plus d'une à deux heures, ses yeux se mettaient à larmoyer de manière importante. L'assurée se plaignait également d'une importante sensibilité à la luminosité ambiante et à celle provenant de l'écran de son ordinateur, avec, parfois, des maux de tête. La lecture prolongée lui était pénible et entraînait un accroissement de la sensation de brûlure oculaire. Par ailleurs, ses yeux étaient parfois collés le matin au réveil (cf. rapport d'expertise du 19 avril 2010).

En plus de son examen clinique, le Dr H_____ a sollicité des examens complémentaires auprès du Dr I_____, médecin chef du service d'ophtalmologie des HUG (cf. rapport du 15 mars 2010), qui a sollicité à son tour la collaboration du service de neurologie des HUG (cf. rapport du 14 septembre 2009).

Le Dr I_____ a retenu les diagnostics de blépharite postérieure, hyperhémie conjonctivale et sécheresse oculaire. Selon lui, les altérations des muqueuses observées au niveau oculaire étaient très comparables à celles relevées au niveau des voies respiratoires et vraisemblablement dues à une irritation, suite à l'exposition à la fumée provenant de l'incendie. Le trouble du champ visuel – étant précisé que l'acuité visuelle était préservée - était très vraisemblablement d'origine rétinienne et de nature rétinotoxique. D'autres investigations (examen morphologique et examen électroneuromyographique) n'avaient pas apporté d'indications significatives. Le Dr I_____ a conclu qu'il y avait, selon toute vraisemblance, séquelle de rétinotoxicité des substances inhalées, la relation entre le trouble visuel et l'exposition à la fumée de substances toxiques étant qualifiée de vraisemblable. Quant aux troubles de la mémoire, de la concentration et aux céphalées, les tests appliqués étaient peu parlants. En pratique, l'assurée se plaignait de difficultés de concentration après trois à quatre heures de travail ; cependant, dans la mesure où elle parvenait de manière partiellement satisfaisante à surmonter ce handicap au prix d'un effort substantiel. Ces troubles de la concentration étaient très variables. Pour les neurologues et neuropsychologues ainsi que pour le Dr I_____, ils étaient vraisemblablement organiques mais ne pouvaient être mis en évidence par les tests réalisés. Relevant une thymie triste, les médecins du service de neurologie ont émis l'avis que les troubles de la concentration et la fatigue pouvaient être dus à une réaction psychologique retardée à mettre en relation avec l'incendie.

Dans son rapport du 19 avril 2010, le Dr H_____ a quant à lui retenu les diagnostics suivants : syndrome de trouble bronchique d'origine toxique, conjonctivite allergique chronique, œil sec, rétinotoxicité avec perte campimétrique périphérique et céphalées chroniques. L'expert a considéré comme hautement vraisemblable que l'incendie du 29 juin 2005 fût la cause unique et exclusive des atteintes à la santé de l'assurée. En d'autres termes, l'exposition aux substances toxiques dégagées lors de l'événement précité avait provoqué une atteinte des voies respiratoires sous forme d'irritation bronchique chronique (RADS), une atteinte de la surface oculaire sous la forme d'une blépharite postérieure, d'une hyperémie conjonctivale durable et d'une sécheresse oculaire, une rétinopathie d'origine toxique - avec comme conséquence une réduction concentrique du champ visuel, davantage marqué à gauche -, ainsi que des troubles de la mémoire, de la concentration et des céphalées.

Il n'y avait aucun traitement médical permettant de restaurer le champ visuel consécutivement à une rétinopathie toxique, l'état final ayant été atteint dès les premières semaines suivant l'exposition aux substances toxiques dégagées dans la fumée lors de l'incendie.

L'expert a relevé l'absence d'incapacité de travail - temporaire ou durable - consécutive à l'incendie en question.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité physique de l'assurée, il a indiqué qu'elle consistait en une amputation du champ visuel bilatéral, située dans la partie périphérique extrême et ne pouvant dès lors que difficilement être quantifiée du fait de son étendue relativement modérée.

17. Le 15 avril 2010, le Dr G_____ a complété son expertise du 9 octobre 2009, en précisant notamment que l'atteinte à l'intégrité était vraiment mineure et que le taux minimal prévu par les tables d'indemnisation de la SUVA n'était pas atteint (il fallait une diminution de la fonction pulmonaire de $33^{1/3}$ % pour atteindre le taux minimal de 5%). Le même jour, le Dr G_____ a encore répondu aux questions de la recourante.
18. Consulté par l'assurée, le Dr J_____, spécialisé en pneumologie à Tel-Aviv, a rédigé en juin 2010 un rapport indiquant que sa patiente se plaignait de toux et de dyspnée induites par l'exercice et la respiration profonde, d'une sensation de pression au niveau de la poitrine (chest tightness) la nuit et lors d'exercices, d'une respiration difficile (râles) après l'exercice (wheezing), de toux pendant le sommeil – perturbant celui-ci et entraînant une fatigue diurne -, de maux de tête et de tremblements lors de l'utilisation du Seretide, d'atteintes à l'œil et à la vision, de difficultés de mémoire et de concentration ainsi que de céphalées.

Le Dr J_____ retenait les diagnostics suivants : RADS, asthme et bronchospasme induits par l'effort, infection respiratoire récurrente, capacité d'exercice faible, atteintes à l'œil et à la vision, difficultés mnésiques et de concentration et céphalées.

Le médecin soulignait que l'assurée souffrait non seulement de RADS mais également d'asthme. Il insistait sur la distinction entre RADS et asthme : un RADS était un phénomène temporaire alors que l'asthme était une atteinte persistante et ne pouvant être guérie à l'âge adulte. Concrètement, le Dr J_____ estimait que le RADS s'était transformé en asthme.

Enfin, le médecin émettait l'avis que, dans la mesure où il y avait réduction de la fonction pulmonaire supérieure à 30% (31,5 % et 33%), une atteinte à l'intégrité de 5% devait être reconnue à sa patiente, compte tenu d'autres limitations (toux, hyperventilation pendant l'exercice, troubles oculaires, troubles de la vision, troubles de la mémoire et de la concentration et céphalées).

19. Le 20 septembre 2010, le Dr H_____ a précisé que l'atteinte à l'intégrité pour l'œil gauche s'élevait à 6% ; au niveau de l'œil droit, il n'y avait pas de restrictions du champ visuel suffisamment étendues pour permettre d'appliquer les tables de la SUVA. Le pourcentage retenu ressortait de la table III (atteinte à l'intégrité en pourcents selon la restriction concentrique du champ visuel établi sur le méridien horizontal), applicable dès lors que l'acuité visuelle centrale n'était pas réduite.
20. Se basant sur les deux expertises précitées, l'assureur a admis, par décision sur opposition du 20 janvier 2011, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé et la prise en charge du traitement médical jusqu'au 31 décembre 2010 uniquement. Il a en revanche nié à l'assurée le droit le droit aux indemnités journalières et à une rente – vu l'absence d'incapacité de travail - mais lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 6'408 fr.

L'assureur a rappelé qu'il ne devait prendre en charge les frais de traitement que jusqu'à ce que l'état final soit atteint, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée. En l'occurrence, aucun traitement ne pouvait être proposé sur le plan ophtalmologique et, sur le plan pneumologique, le traitement par inhalation de stéroïdes conseillé, ne pouvait permettre une guérison définitive. L'assurance en a tiré la conclusion qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée.

Quant au taux de 6% retenu pour l'atteinte à l'intégrité, l'assureur a expliqué qu'il tenait compte de la restriction du champ visuel de l'œil gauche jusqu'à 50%. L'œil droit, en revanche, ne présentait pas de restriction du champ visuel suffisamment étendue. Sur le plan pneumologique, l'expert indiquait que l'on ne pouvait parler d'atteintes graves à la santé et que même si tel avait été le cas, la diminution de la capacité pulmonaire était inférieure au taux minimal de 33 ^{1/3} % requis pour justifier une atteinte de 5% selon la table 10 de la SUVA.

Enfin, l'assureur a relevé que les conclusions du rapport d'expertise privé du Prof. - J_____ rejoignaient dans l'ensemble celles du Dr G_____.

21. Par écriture du 24 février 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 10% et à celui d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité "sensiblement supérieure", de l'ordre de 15 à 20%, tenant compte du cumul des atteintes oculaire, pulmonaire et neuropsychologique. Enfin, elle a conclu à ce que ses traitements soient pris en charge au-delà du 1^{er} janvier 2011.

La recourante soutient qu'une incapacité de travail ou une diminution de revenu ne seraient pas nécessaires pour lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Il

suffirait, selon elle, qu'elle soit exposée, sur un marché du travail réputé équilibré, au risque de gagner moins à l'avenir, en raison des séquelles de son accident.

Pour le reste, la recourante argue que lorsqu'on est atteint, comme elle, d'une affection pulmonaire tout juste inférieure au seuil donnant droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, cette dernière devrait être accordée pour tenir compte du fait que s'ajoutent à cette affection un asthme, une toux, une dyspnée et une irritation bronchique. Selon elle, l'ensemble de ces éléments devrait lui ouvrir droit à une indemnité « de l'ordre de 15 % au moins ». Elle ajoute que, sur le plan oculaire, une limitation à 6% de l'indemnité n'est pas compatible avec la prise en compte de la limitation globale drainée par les autres affections et, en particulier, de l'hypersensibilité à la lumière, de la fatigabilité oculaire et du larmolement.

Concernant les soins et traitement, la recourante soutient que leur prise en charge doit rester entièrement à la charge de l'assureur, indépendamment du fait qu'une rente ait été octroyée ou non.

Enfin, la recourante demande que soient mises sur pied des expertises judiciaires visant à déterminer quelles sont ses limitations en temps et en rendement, les taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité auxquels elle a droit et les traitements médicaux indispensables sur la durée pour garantir sa capacité de gain ou empêcher une détérioration de son état de santé.

22. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 avril 2011, a conclu au rejet du recours.

L'intimée soutient que les rapports d'expertise des Drs H_____ et G_____ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et relève à cet égard que le Dr J_____, mandaté, par la recourante, partage en grande partie leurs conclusions.

L'intimée conteste l'existence d'un lien de causalité naturelle et surtout adéquate entre les troubles neuropsychologiques allégués par l'assurée et l'accident.

Quant aux frais de traitements, elle fait remarquer qu'il ne suffit pas que la recourante éprouve une certaine gêne en raison des affections dues aux suites de l'accident pour que l'assurance soit tenue de prester. Le droit aux prestations s'arrête lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé. Or le Dr H_____ a mentionné qu'il n'y avait pas de traitement permettant de restaurer la perte du champ visuel consécutive à une rétinopathie toxique et que l'état final avait été atteint dès les premières semaines suivant l'exposition aux substances dégagées. Quant au Dr G_____, il a indiqué que si le traitement stéroïde par voie d'inhalation améliorerait sensiblement le tableau et permettrait de contrôler la symptomatologie, il n'amenait pas de guérison définitive. Quant à l'expert mandaté par la recourante, il n'a pas

mentionné non plus de traitement susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé. L'intimée en tire la conclusion que même si la recourante doit être suivie régulièrement par un spécialiste, la prise en charge des frais y relatifs ne lui incombe pas, sous réserve d'une rechute ou de séquelles tardives.

Enfin, l'intimée a relevé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail liée à l'accident – fait confirmé tant par le Dr H_____ que par le Dr G_____ –, ni même de diminution de salaire. Qui plus est, l'activité de la recourante était parfaitement adaptée puisque se déroulant dans un environnement permettant d'éviter tout élément susceptible de déclencher des symptômes respiratoires (fumées, polluants, changements brusques de température, efforts importants dans un climat sec ou froid). Il était donc peu vraisemblable que l'assurée subisse une perte de gain à l'avenir.

23. Le 30 août 2011, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions et en rappelant les séquelles dont elle souffre.

La recourante conteste que la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques puisse être appliquée à ses troubles neuropsychologiques.

Par ailleurs, elle répète que ses possibilités de gain sur un marché équilibré du travail ont été affectées. Elle explique qu'en tant que « branch manager » d'une banque privée internationale, elle doit diriger trente-six spécialistes et beaucoup voyager dans le monde entier pour rencontrer des clients et qu'elle a donc besoin de l'intégralité de ses fonctions cognitives supérieures. Qui plus est, elle rencontre des problèmes respiratoires et oculaires particulièrement désagréables lors de ses voyages en avion ou dans des bâtiments à air conditionné.

Se référant à un avis du Dr B_____ émis le 9 juin 2011, la recourante conclut à une diminution de rendement de 30%.

Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante allègue que l'atteinte neuropsychologique en elle-même justifie déjà une IPAI de 50%.

24. L'intimée, dans sa duplique du 28 septembre 2011, a persisté dans ses conclusions en reprenant les arguments déjà développés précédemment.

25. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 12 juillet 2012.

La recourante a confirmé qu'elle travaille toujours pour une banque privée et qu'elle n'a pas subi de diminution du salaire suite aux atteintes à sa santé, grâce aux efforts qu'elle a déployés pour continuer à assurer le rendement attendu de sa part. Ainsi, au lieu de travailler 9 à 10 heures par jour, comme avant l'accident, elle travaille désormais plutôt 16 heures par jour ainsi que les week-ends lorsqu'elle n'est pas trop épuisée.

Elle a en outre précisé que son état s'était plutôt dégradé. En effet, ses maux de têtes sont devenus quasi quotidiens. Elle doit prendre des médicaments tous les jours et ses difficultés de concentration l'obligent à consacrer beaucoup plus de temps que par le passé à certaines tâches. Ses maux de têtes et difficultés de concentration l'obligent à fractionner son temps de travail à l'écran et l'épuisent.

Elle rencontre également des difficultés lorsqu'elle effectue des voyages professionnels longue distance : avant de prendre l'avion, elle doit procéder à une inhalation et elle doit conserver deux inhalateurs à portée de main afin de contenir les accès de toux engendrés par la climatisation.

La recourante reproche à l'intimée de n'avoir tenu compte que du volet ophtalmologique, à l'exclusion des volets pneumologique et neuropsychologique, pour évaluer l'atteinte à son intégrité.

26. Par courriers du 23 novembre 2012, la Cour de céans a posé des questions complémentaires aux médecins mandatés par l'intimée.
27. Dans un courrier du 3 décembre 2012, la recourante a allégué que ces médecins ayant été mandatés par l'intimée ne pouvaient être qualifiés d'experts neutres. Elle a au surplus demandé à pouvoir se déterminer sur les questions que poserait la Cour aux Drs H_____ et G_____ en vertu du principe de « l'égalité des armes ».
28. Le Dr H_____ a répondu par courrier du 2 décembre 2012.

Il a tout d'abord précisé qu'il était possible de proposer un traitement médical ophtalmologique susceptible d'améliorer l'inconfort subjectif ressenti secondaire à un œil sec et à une conjonctivite chronique. Ce traitement n'avait cependant pas de vertus curatives définitives et ne développait son effet que tant qu'il était administré, avec un retour des symptômes dès l'arrêt de la prise de médicaments (collyres). Dans le cas de l'œil sec, un traitement substitutif de larmes artificielles ainsi qu'un gel ophtalmique pour la nuit (dans le but de prévenir le dessèchement de la surface oculaire lors du sommeil avec des paupières mi-closes) pouvaient être prescrits. Concernant la conjonctivite allergique chronique, des antiallergiques ou anti-inflammatoires pouvaient être prescrits pour une durée déterminée, afin de couper court à une crise importante. Ces médicaments ne permettaient cependant pas d'améliorer durablement et définitivement (dans le sens d'une guérison « ad integrum ») l'état de santé d'une personne souffrant de sécheresse oculaire avec conjonctivite allergiques, dans la mesure où seuls les symptômes gênants étaient soulagés. Par conséquent, probablement dès la survenue de l'incendie et de ses suites ne pouvait-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la recourante.

Quant aux céphalées dont souffrait la recourante, elles n'étaient pas d'origine directement ophtalmologique.

Enfin, le médecin considérait que la recourante subissait une diminution de rendement de l'ordre de 15 à 20%.

29. Par courrier du 14 janvier 2013, l'intimée s'est déterminée.

30. Par courrier du 21 janvier 2013, la recourante s'est également déterminée.

Se plaignant de n'avoir pu s'exprimer sur les questions posées au médecin, la recourante a relevé que ce dernier avait admis une diminution de rendement de 15 à 20% en raison des seules séquelles ophtalmiques.

Ensuite de quoi la recourante a modifié ses conclusions et réclamé l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 30%.

La recourante a également produit, à la demande de la Cour, ses fiches de salaire des années 2005 à 2009, indiquant les revenus suivants :

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

31. Le Dr G_____ a répondu à son tour. Il a indiqué que la guérison était possible mais qu'il n'avait pas connaissance d'une valeur (probabilité de guérison) proposée par la littérature pour un cas de RADS symptomatique après plusieurs années. S'agissant de la diminution de rendement, le Dr G_____ a renvoyé à l'avis du médecin traitant. Enfin, il a suggéré que le cas de la recourante soit réévalué de manière objective, notamment par le biais du test de réactivité bronchique non spécifique, tel que déjà proposé mais refusé par la recourante.

32. Le 25 mars 2013, la recourante s'est déterminée. Elle a relevé que le Dr G_____ ne s'était pas prononcé sur la probabilité d'une guérison de l'asthme

lié à l'effort et de la diminution de la performance physique. La recourante a ajouté qu'elle n'avait pas refusé le test de réactivité proposé par le Dr G _____ mais qu'elle l'avait soumis à la condition que l'intimée signât une décharge et prît l'engagement de couvrir les frais médicaux pouvant résulter d'un tel test.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A 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.

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. Le délai de recours est de 30 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. 56ss LPGA.
4. Le litige porte, d'une part, sur le droit de l'assureur-accidents de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical avec effet au 31 décembre 2010 et, d'autre part, sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 6%.
5. Il y a lieu de déterminer, dans un premier temps, si la recourante peut prétendre une rente d'invalidité.

a) 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).

b) Conformément à l'art. 18 al. 1^{er} LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1).

b/aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

b/bb) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Il correspond au revenu effectivement réalisé par l'intéressé pour autant que les rapports de travail apparaissent particulièrement stables, qu'en exerçant l'activité en question celui-ci mette pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible et encore que le gain ainsi obtenu corresponde à son rendement effectif, sans comporter d'éléments de salaire social. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère

que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa).

Lorsque l'assuré est apte à travailler à plein temps, mais avec un rendement diminué, cette diminution de rendement est prise en compte dans la fixation de l'incapacité de travail (voir en matière d'assurance-accidents : ATF non publié 8C_585/2011 du 5 avril 2012 consid. 3 et les références citées).

b/cc) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

c/aa) En résumé, il y a lieu de constater que l'incapacité de gain ne se confond pas forcément avec l'incapacité de travail. En effet, l'incapacité de travail correspond à toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). L'incapacité de travail s'examine par conséquent par rapport à la profession habituelle de l'assuré ou à son domaine d'activité. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a notamment admis une incapacité de travail non seulement lorsqu'une personne n'est plus capable d'exercer totalement ou partiellement son activité habituelle en raison d'une atteinte à la santé mais également lorsqu'une personne ne peut continuer son activité professionnelle qu'au risque d'une aggravation de son état de santé (voir notamment ATF 130 V 343 consid. 3.1 ; ATF non publié 9C_31/2008 du 6 octobre 2008, consid. 3.4).

c/bb) Quant à l'incapacité de gain, elle correspond à toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Comme indiqué précédemment, l'invalidité correspond à l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée. Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

L'invalidité est donc une notion économique et non médicale dans la mesure où ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il

importe d'évaluer. Son taux ne se confond ainsi par conséquent pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. En outre, lorsque l'assuré travaille, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de sa situation professionnelle concrète et correspond donc au revenu effectivement réalisé par l'intéressé.

6. a) 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).

b) 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 de ces dernières 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).

7. a) En l'espèce, la recourante soutient qu'elle doit être considérée comme invalide dans la mesure où elle doit déployer des efforts considérables, portant atteinte à sa personnalité et à sa vie privée, pour pouvoir continuer à offrir le même rendement qu'auparavant.

Certes, les efforts substantiels déployés par un assuré, au-delà de ce qui est raisonnablement exigible, peuvent, cas échéant, être pris en considération dans le cadre de l'examen de l'incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPG. Ils ne peuvent l'être, en revanche, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, cette dernière notion étant purement économique et liée à la capacité de gain. Pour qu'une incapacité de travail soit reconnue alors que la recourante exerce encore son activité à 100%, il faudrait que la poursuite de cette activité ne puisse se faire qu'avec le risque d'une aggravation de son état de santé, ce qu'aucune pièce du dossier n'a permis d'établir.

b) Cela étant précisé, la Cour de céans constate que, selon les pièces produites et les déclarations de la recourante, cette dernière ne subit ni incapacité de travail ni perte de gain. Bien plus, contrairement aux allégations de la recourante qui prétend avoir subi une diminution de son salaire de 30% entre 2009 et 2012, son salaire brut de base n'a cessé d'augmenter depuis 2009, passant d'un montant annuel de 481'074 (320'716 fr. / 8 mois x 12 mois) en 2009 à à 490'000 fr. en 2012. En réalité, seul le bonus a diminué, passant de 275'000 fr. en 2009 à 115'045 fr. en 2011. Cela étant, il n'est pas exclu que le montant de 275'000 fr. versé en 2009, vu sa quotité largement supérieure à tous les autres bonus mentionnés par la recourante et le fait qu'il ait été versé pour un exercice 2009 partiel et en pleine crise économique, constitue une prime de bienvenue (*golden hello* ou *signing bonus*) versée à une personne pour l'inciter à rejoindre une entreprise en tant que dirigeant ou cadre. En outre, s'agissant des années 2010 et 2011, le secteur bancaire connaissait des moments difficiles avec notamment la faillite et le sauvetage de plusieurs banques ainsi que les scandales liés aux rémunérations importantes versées aux employés du secteur bancaire. Cela explique donc vraisemblablement la diminution du montant des bonus versés en 2010 et 2011, d'autant plus que le montant d'une gratification dépend notamment de la marche des affaires de l'entreprise et qu'il n'est pas garanti. En tous les cas, le lien de causalité entre la diminution du bonus et une éventuelle baisse des performances de la recourante – telle que celle-ci l'allègue – ne peut en aucun cas être établi. Enfin, s'agissant de 2012, force est de constater que le document transmis est daté du 15 février 2012 et qu'il ne peut à l'évidence pas encore mentionner un bonus, qui est en principe versé en fin d'année ou au cours des premières semaines de l'année suivante. Ainsi, le fait qu'au mois de février 2012, la recourante ne pouvait théoriquement prétendre qu'à 490'000 fr. ne préjuge pas de l'octroi d'un bonus pour l'année 2012, d'autant moins que le document transmis n'est pas un certificat de salaire mais une simple attestation établie par l'employeur.

En appliquant la méthode de la comparaison des revenus, on constate que la recourante ne subit pas de perte de gain. Par conséquent, dans la mesure où l'invalidité est une notion économique et non médicale, tant que la recourante continue à travailler et à réaliser, malgré l'atteinte, un salaire plus important que celui qu'elle percevait avant l'accident, il n'y a pas d'invalidité, car pas de perte de gain, ce que la recourante a d'ailleurs admis lors de son audition.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité conduit donc, en l'état, à un taux d'invalidité de 0%. Si la recourante devait, à l'avenir, voir ses revenus baisser en raison des atteintes consécutives à l'accident, elle pourrait alors saisir l'intimée d'une nouvelle demande.

Compte tenu des considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

8. Il convient à présent de se pencher sur la valeur probante des rapports médicaux au dossier.

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).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb).

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. cc). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur

probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF non publiés 9C_12/2012 consid. 7.1, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2, 9C_973/2011 du 27 février 2012 consid. 3.2.1, 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.3).

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. A 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. a) Concernant tout d'abord le rapport d'expertise du Dr H_____ et ses compléments des 19 avril et 20 septembre 2010 ainsi que du 2 décembre 2012, force est de constater qu'ils répondent aux critères jurisprudentiels. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Le rapport d'expertise précité se fonde en outre sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a par ailleurs été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description des interférences médicales est claire et enfin les conclusions de l'expert sont bien motivées. Sur le fond, le Dr H_____ a expliqué en détail le traitement préconisé et ses effets sur la symptomatologie ainsi que les motifs pour lesquels il a retenu une atteinte à l'intégrité de 6% sur le plan ophtalmologique. Partant, une pleine valeur probante doit lui être reconnue dans la mesure où il répond aux réquisits jurisprudentiels ce d'autant plus que la recourante ne fournit aucun avis médical susceptible de remettre en question - ou à tout le moins - de semer le doute s'agissant des conclusions du Dr H_____.

La Cour de céans précisera encore ce qui suit. Le Dr H_____ n'a pas été mandaté par la Cour de céans de sorte que les principes applicables en matière d'expertise ne le sont pas dans le cas d'espèce. La Cour s'est contentée de lui poser des questions par écrit plutôt qu'en audience. Les parties ayant eu l'occasion de se déterminer sur les réponses données, leur droit d'être entendu a été respecté. Quant à mettre sur pied un nouvel examen clinique comme le demandait la recourante, cela était parfaitement inutile, dans la mesure où la légalité de la décision doit être

examinée en tenant compte de la situation qui prévalait lorsqu'elle a été rendue, soit le 20 janvier 2011.

b) Il en va de même du rapport d'expertise du Dr G_____ du 9 octobre 2009 et de ses compléments. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Le rapport d'expertise précité se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description des interférences médicales est claire et enfin les conclusions de l'expert sont bien motivées. Comme le Dr H_____, le Dr G_____ a expliqué en détail le traitement préconisé et ses effets sur la symptomatologie présentée par la recourante et les motifs pour lesquels il n'a pas retenu d'atteinte à l'intégrité. Partant, une pleine valeur probante doit également être reconnue à son rapport.

Par ailleurs, les remarques formulées supra quant au droit de la recourante à poser des questions complémentaires au Dr H_____ s'appliquent mutatis mutandis au Dr G_____

c) Tel n'est en revanche pas le cas du rapport du Dr J_____. En effet, si les points litigieux importants ont certes fait l'objet d'une étude fouillée, si le rapport d'expertise précité se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante, il n'a cependant pas été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse) et les conclusions de l'expert sont contradictoires. En effet, ce dernier retient à titre de diagnostic un RADS et un asthme, mais explique en même temps que le RADS s'est transformé en asthme. De plus, ses conclusions sur l'atteinte à l'intégrité sortent du cadre de sa spécialisation, qui est la pneumologie, dès lors qu'il intègre des symptômes relatifs aux troubles oculaires et neuropsychologiques et ne tient pas compte des principes juridiques applicables, notamment des conditions de durabilité et d'importance.

Partant, le rapport du Dr J_____ n'est pas de nature à permettre de mettre en doute les conclusions des experts mandatés par l'intimée.

d) Il en va de même des avis émis par le Dr B_____, lequel ne s'est prononcé ni sur la nature du traitement ni sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

10. Il s'agit à présent de vérifier si c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement.

a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Dans l'éventualité visée par cette disposition, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (voir par exemple l'arrêt U 252/01 du 17 juin 2002). Dans ce contexte, le traitement doit tendre à une

relative stabilisation de l'état de santé (MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1984, p. 274). La simple possibilité d'une amélioration à plus ou moins long terme ne suffit pas pour fonder le droit à un traitement déterminé. Il en va de même de la persistance de douleurs si l'on ne peut attendre du traitement une amélioration sensible (ATF non publié U 312/06 du 9 mai 2007, consid. 3.1). La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts U 188/04 du 18 juillet 2005 consid. 5.2, U 252/01 du 17 juin 2002 consid. 3a, U 134/99 du 8 novembre 2001 consid. 1b, in RDAT 2002 I no 77 p. 502).

Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 sv.; 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64). Le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est notamment fixé, si l'assuré ne peut prétendre à une rente d'invalidité, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Il faut cependant que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF non publiés 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 ; 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1).

Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA (à savoir : let. a lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; let. b lorsqu'il souffre d'une rechute; let. c lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; let. d lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b).

11. En l'espèce, il a été établi supra que la recourante ne subit pas d'incapacité de travail et, partant, de perte de gain lui ouvrant le droit à une rente, de sorte qu'il y a lieu d'examiner le droit à la prise en charge du traitement médical sous l'angle de l'art. 10 LAA. Dans ce contexte, il convient de se demander si la continuation du

traitement permet une amélioration sensible de l'état de santé de la recourante ou d'éviter, du moins, une péjoration de son état de santé.

a) S'agissant tout d'abord de l'aspect ophtalmologique, les diagnostics retenus par le Dr H_____ sont les suivants : syndrome de trouble bronchique d'origine toxique, conjonctivite allergique chronique, œil sec, rétinotoxicité avec perte campimétrique périphérique et céphalées chroniques. Ainsi, contrairement à ce qu'allègue la recourante dans sa réplique du 30 août 2012, les diagnostics de blépharite et d'hyperémie n'ont jamais été posés, ces termes correspondant en réalité à des symptômes et non à des atteintes en tant que telles.

Concernant tout d'abord de la conjonctivite allergique chronique et de l'œil sec, le traitement, qui consiste en un traitement substitutif de larmes, n'a pas de vertus curatives définitives et il ne développe son effet que tant qu'il est administré. Selon le Dr H_____, il n'y a pas de moyens réels permettant d'améliorer durablement et définitivement l'état de santé de la recourante du point de vue de ces deux atteintes (rapport complémentaire du Dr H_____ du 2 décembre 2012). Concernant la perte campimétrique (soit la perte de champ visuel), il n'existe aucun traitement médical permettant de restaurer la perte en question, l'état final ayant dans tous les cas été atteint dès les premières semaines suivant l'exposition aux substances toxiques dégagées dans la fumée de l'incendie du 29 juin 2005 (expertise du 19 avril 2010).

Partant, compte tenu des conditions de l'art. 10 LAA et du fait que le traitement médical administré à la recourante ne permet pas de guérir les atteintes ophtalmologiques, mais uniquement d'en soulager les symptômes, il n'est pas à la charge de l'intimée.

b) S'agissant de l'aspect pneumologique, la recourante a elle-même admis que l'asthme lié à l'effort et la diminution de la performance clinique ne peuvent en aucun cas guérir. Partant, un éventuel traitement y relatif n'est pas à la charge de l'intimée. Quant au RADS, la guérison n'est que possible ce qui n'est pas suffisant pour que l'assureur-accidents doive prendre en charge les frais de traitement.

c) Au vu des considérations qui précèdent, c'est donc à juste titre que l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical, lequel ne fait que soulager les symptômes, sans améliorer sensiblement l'état de santé ni éviter une péjoration. Ledit traitement pourrait d'ailleurs être comparé à un traitement conservateur, antalgique ou physiothérapeutique - dont le but est uniquement de soulager les douleurs, sans pour autant apporter d'amélioration -, lequel est à la charge de l'assurance-maladie et non de l'assurance-accidents.

12. Reste à examiner la question du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est cependant versée que pour autant que l'atteinte visée soit en relation de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident assuré.

L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 461 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 118 V 291 consid. 3a). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur

l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 et les références).

13. En l'espèce, il est établi que la recourante a souffert de troubles oculaires et pneumologiques, pour lesquels le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate est reconnu. Cependant, la recourante allègue également souffrir de troubles de la concentration et de la mémoire, de céphalées chroniques ainsi que de fatigabilité pour lesquels elle sollicite une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Pour sa part, l'intimée nie tout lien de causalité adéquate entre l'événement assuré et lesdits troubles, invoquant la jurisprudence applicable en matière de troubles psychiques.

Au vu de cette divergence entre les parties, il y a lieu d'examiner, dans un premier temps, si les troubles neuropsychologiques sont en lien de causalité avec l'incendie assuré. En effet, ce n'est que dans l'affirmative, que lesdits troubles peuvent, le cas échéant, ouvrir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Cela étant précisé, il y a lieu de constater que l'étiologie de ces troubles n'est pas claire, malgré les investigations entreprises par le Dr I_____. En effet, pour les médecins de la Policlinique de neurologie, il est possible que les troubles de la concentration et la fatiguée présentées par la recourant soient dus à une réaction psychologique retardée à mettre en relation avec l'incendie (voir rapport de la Policlinique de Neurologie du 14 septembre 2009). Si tel était le cas, la causalité adéquate devrait être examinée conformément à la jurisprudence rendue en matière de troubles psychiques.

Mais pour sa part, le Dr I_____ estime que lesdits troubles sont très vraisemblablement organiques, auquel cas, le lien de causalité adéquate devrait en principe être admis pour autant qu'il existe un lien de causalité naturelle.

Dans la mesure où l'origine des troubles neuropsychologiques n'est pas établie à satisfaction de droit et où la Cour de céans n'a pas suffisamment d'éléments pour trancher la question de la causalité puisque l'instruction menée par l'assureur n'a pas expressément porté sur les troubles neuropsychologiques, il y a lieu de renvoyer la cause à l'autorité précédente pour qu'elle investisse cette question. Il conviendra notamment de déterminer l'origine des troubles précités (organique ou psychique), de se prononcer sur leur gravité, d'établir s'ils sont en lien de causalité avec l'incendie du 29 juin 2005 et, cas échéant, de vérifier s'il y a atteinte à l'intégrité.

Dans la mesure où l'art. 36 al. 3 OLAA stipule qu'en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage et où, selon la jurisprudence, il y a lieu d'additionner le pourcent correspondant à chacune des atteintes, même celles qui n'atteignent pas 5 % (ATF 116 V 156 consid. 3b; RAMA 1988 p. 230), il appartiendra à l'assureur de

déterminer l'importance de l'atteinte à l'intégrité en tenant également compte des atteintes ophtalmologiques et pneumologiques qui n'atteignent pas le seuil de 5%.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le chiffre 1 let. d de la décision sur opposition du 20 janvier 2011 est annulé et la cause est renvoyée à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens du considérant précédent.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'800 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule le chiffre 1 let. 2 de la décision sur opposition du 20 janvier 2011.
4. Confirme la décision du 20 janvier 2011 pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. Condamne l'intimée à payer à la recourante la somme de 1'800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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 SECHAUD

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