

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1159/2016

ATAS/560/2017

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

**Arrêt du 22 juin 2017**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Laura SANTONINO

recourant

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Aeschengraben 21, BÂLE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian  
GROSJEAN

intimée

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

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1978, d'origine portugaise, travaillait pour le compte de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA depuis le 15 mars 2011 en tant que gérant-vendeur d'un magasin de tabac, journaux, presse et alimentation sis \_\_\_\_\_, place des C\_\_\_\_\_, à Genève, et était à ce titre assuré auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après : l'assurance) contre le risque d'accidents, professionnels ou non, lorsqu'il a été victime d'une agression, le 9 juin 2014 : alors qu'il était sur le point de fermer le magasin, vers 5h30, l'assuré a été agressé par deux inconnus. Selon ses déclarations, contestées par le mis-en-cause, les individus l'ont soudainement attrapé par le t-shirt alors qu'il se tenait devant la porte du magasin et l'ont poussé dehors, où ils l'ont frappé de chaque côté de la tête avec une matraque et lui ont porté des coups sur tout le corps. L'assuré aurait également été traîné sur le sol.
2. Après avoir appelé les secours, l'assuré s'est rendu au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où des contusions multiples ont été constatées. Les médecins ont décrit un patient relativement choqué par l'agression subie. À la palpation, la malléole de la cheville droite, le genou droit, le quadriceps droit et le poignet gauche au niveau de la face dorsale étaient douloureux. La mobilité de la cheville droite était diminuée dans tous les mouvements en raison des douleurs. Aucun épanchement n'était visualisé au niveau du genou droit et la mobilité était conservée, même si elle était douloureuse en fin de flexion. L'assuré présentait également de multiples hématomes au niveau du visage, bilatéralement au niveau frontal. Deux plaies pariétales du cuir chevelu ont nécessité six points de suture à gauche et trois points à droite. Des dermabrasions aux deux genoux, à l'avant-bras, au niveau costal gauche et au haut du dos ont également été mises en évidence. Une radiographie de la cheville effectuée le même jour n'a pas permis de mettre en évidence de lésion ostéo-articulaire post-traumatique aigüe visible. L'assuré a été mis en arrêt de travail jusqu'au 16 juin 2014.
3. En raison de céphalées post-traumatiques, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été effectuée le 20 juin 2014. Elle s'est avérée normale, hormis une hypertrophie muqueuse sinusienne maxillaire gauche.
4. Une radiographie du bassin de face, réalisée le 23 juin 2014, n'a pas montré de franche lésion traumatique.
5. À teneur du rapport du docteur D\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant du 10 juillet 2014, l'assuré a également souffert d'un traumatisme crânien. L'évolution était lentement favorable. Il en allait de même du pronostic.

6. L'IRM lombo-sacrée du 21 août 2014, réalisée en raison de la persistance de douleurs, n'a pas mis en évidence de lésion osseuse traumatique ou de listhésis. En revanche, des discopathies protrusives circonférentielles en L4-L5 et L5-S1, associées, en L4-L5, à une petite hernie discale médiane, sans signe de conflit, ont été décelées.
7. Selon un rapport non daté mais vraisemblablement établi aux alentours du 25 août 2014 par Madame E\_\_\_\_\_, infirmière, et par le docteur F\_\_\_\_\_, médecin-adjoint de l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG, l'assuré présentait alors encore les symptômes suivants : troubles du sommeil, ruminations, angoisses, troubles anxieux avec hypervigilance lorsqu'il était en société et à l'extérieur de chez lui, troubles de l'appétit, irritabilité, tensions musculaires et douleurs persistantes. Ces symptômes correspondaient à un état de stress aigu en lien avec l'agression. La thérapie consistait en des entretiens infirmiers d'évaluation et de soutien, un suivi médical, un traitement anxiolytique et myorelaxant. L'incapacité de travail était toujours entière.
8. Le 7 octobre 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a encore fait état d'une symptomatologie invalidante, post-traumatique, anxieuse et dépressive et conclu à un état de stress post-traumatique et à un trouble panique. Depuis un mois, l'état de l'assuré s'était péjoré, raison pour laquelle le médecin avait fini par l'orienter vers les soins intensifs psychiatriques.
9. Le 24 novembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI).
10. En raison d'une lombosciatalgie gauche fluctuante, l'assuré a été adressé au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, lequel a relevé, dans son rapport du 13 janvier 2015, que l'ENMG des membres inférieurs était sans anomalie, notamment sans signe de dénervation au niveau des myotomes du membre inférieur gauche. La poursuite du traitement conservateur, associant physiothérapie et anti-inflammatoires, était préconisée.
11. Le 4 février 2015, Madame E\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_ ont établi un rapport dont il ressort que depuis les faits, il se sentait très angoissé, avec un sentiment d'incompréhension face à cette violence. Il souffrait de troubles neurovégétatifs tels que vomissements, nausées, bouffées de chaleur, oppressions au niveau de la poitrine, difficulté à tenir en place. Il présentait également des troubles du sommeil de type insomnie, des flash-backs de l'agression, un sentiment d'insécurité chez lui, avec un comportement d'hyper vigilance. Il était très réactif au bruit, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Il se sentait plus irritable avec son entourage et éprouvait un sentiment de culpabilité face à son mal-être, ce qui entraînait des répercussions sur sa vie de couple et de famille ainsi que sur son rôle de père. Un traitement médicamenteux par Séroquel avait été tenté mais avait dû être arrêté le 30 juillet 2014, suite à l'apparition d'effets secondaires. Un second traitement, par Cipralex, avait été initié le 29 septembre 2014 mais avait également rapidement été

arrêté car mal toléré. Le 6 octobre 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ avait constaté une péjoration de la thymie, avec des idées noires intermittentes et un état de panique. Au vu de la durée d'évolution et de l'intensité des symptômes, l'assuré avait été adressé au centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégré (CAPPI) de la Jonction, qui avait mis en place un suivi intensif de crise.

12. Le 16 avril 2015, le CAPPI de la Jonction a établi un rapport dont il ressort que l'assuré, suivi depuis le 9 octobre 2014, refusait de se soumettre aux traitements psychotropes proposés. L'assuré avait exprimé sa souffrance psychologique, marquée par une anxiété quasi-permanente, surtout à l'extérieur, une baisse de la thymie et des difficultés à l'endormissement. Une réduction nette des activités quotidiennes et une altération du fonctionnement social étaient également évoquées. L'assuré avait décrit des symptômes d'intrusion (souvenirs répétitifs, impression soudaine que l'événement traumatisant allait se reproduire, sentiment de détresse psychologique), d'évitement (effort pour éviter les pensées et les sentiments associés au traumatisme, effort pour éviter les activités, les lieux éveillant le souvenir du traumatisme) et neurovégétatifs (irritabilité, hyper-vigilance, réactions de sursaut). Les médecins n'avaient constaté que peu de progrès dans la rémission des symptômes, hormis une légère amélioration de l'intensité, non significative.
13. A teneur du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 12 mai 2015, les diagnostics étaient toujours ceux d'état de stress post-traumatique et d'état anxio-dépressif. Le traitement consistait en un suivi psychologique au CAPPI de la Jonction. L'évolution était très lentement favorable, des troubles de la thymie et des crises de panique étaient toutefois toujours présents. Le pronostic était réservé. Les limitations étaient surtout mentales et psychiques, avec des symptômes d'intrusion et d'évitement. La capacité de travail était toujours nulle, à tout le moins pour les douze semaines suivantes.
14. Le 15 juin 2015, sur mandat de l'assurance-accidents, la doctoresse H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont procédé à une expertise de l'assuré et ont retenu, dans leur rapport du 15 juin 2015, après un entretien téléphonique, en date du 11 juin 2015, avec le Dr J\_\_\_\_\_, du CAPPI de la Jonction, les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique (F43.1) au décours, épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique (F32.11), trouble douloureux chronique sans substrat organique, ni étiologie clairement définie (R52.2), spondylarthrose débutante sans myélopathie, ni radiculopathie (M47.8), status après traumatisme crânien avec plaies du cuir chevelu, traumatisme crânien mineur sans séquelle neurologique, diverses contusions et dermabrasions par agression (S06.9, T00.9), tabagisme (F17.2) et lésions cutanées multiples papuleuses du tronc, d'origine indéterminée (R23.8).

Sur le plan somatique, il existait une pleine capacité de travail médico-théorique. Le diagnostic posé aux HUG avait été confirmé par l'évolution et les examens complémentaires radiologiques, lesquels n'avaient montré ni lésion significative ni

élément en concordance avec les plaintes. Deux mois après l'accident, une pleine capacité de travail était théoriquement exigible. Dans ces circonstances, le statu quo sine était largement atteint à compter de l'examen. Par ailleurs, il n'existait aucune atteinte en lien avec l'agression, à l'exception des cicatrices des plaies suturées, lesquelles n'atteignaient au demeurant pas le seuil d'un dommage permanent. Cela étant, il y avait une atteinte dégénérative cervico-lombaire, sous la forme d'une sclérose des sourcils cotyloïdiens compatibles avec l'âge mais l'assuré ne paraissait pas symptomatique de lésions dégénératives et ne décrivait pas de douleurs mécaniques typiques. Quand bien même les lésions dégénératives pouvaient s'aggraver avec l'âge, l'accident assuré ne jouait plus de rôle et le statu quo sine avait été atteint deux mois après l'accident.

Sur le plan psychique, les troubles résiduels consécutifs à l'accident entraînaient une incapacité de travail de 50%. Une incapacité totale devait être admise depuis l'accident jusqu'à la date de l'expertise. Une amélioration était escomptée dans un délai de six mois. Toutefois, si le psychiatre traitant devait proposer, de manière argumentée, un délai supplémentaire avant une reprise complète, son avis devrait être pris en considération. L'état de stress post-traumatique et l'épisode dépressif léger à moyen avec syndrome somatique étaient en lien avec l'agression du 9 juin 2014.

15. Le rapport précité a été soumis à l'assuré et à ses médecins traitants.
16. Par courrier du 22 septembre 2015 notamment, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté les conclusions des experts, lesquels renaient une capacité de travail de 50% dès la date de l'expertise et à 100% à l'issue d'un délai de six mois. En effet, il ressortait de l'attestation établie par les médecins du CAPPI de la Jonction le 22 septembre 2015 qu'il présentait encore des symptômes d'évitement, des symptômes neurovégétatifs et dépressifs avec la persistance d'une anxiété en lien avec la peur de se faire agresser. L'évolution semblait plutôt défavorable et ne permettait pas d'envisager une reprise du travail.
17. L'attestation précitée des médecins du CAPPI de la Jonction a été soumise aux experts, lesquels ont considéré qu'elle n'amenait pas d'informations nouvelles et précises sur les données cliniques actuelles permettant d'envisager une réappréciation, étant précisé que leur évaluation avait intégré l'opinion du Dr J\_\_\_\_\_, exerçant auprès du CAPPI de la Jonction. Le Dr I\_\_\_\_\_ était toutefois prêt à procéder à un nouvel examen de l'assuré.
18. Se fondant sur l'expertise des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ du 15 juin 2015, l'assurance-accident a mis un terme, par décision du 11 décembre 2015, au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2015, une capacité de travail totale étant exigible à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015.
19. En date du 28 décembre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision en faisant notamment valoir que si les experts avaient certes émis l'hypothèse, dans leur rapport, qu'en principe, l'état clinique devrait être significativement amélioré dans

un délai de six mois, ce qui devrait permettre une récupération complète de la capacité de travail, ils avaient ce faisant utilisé le conditionnel et ne s'étaient donc pas montrés catégoriques s'agissant de la date à laquelle il pourrait recouvrer une pleine capacité de travail. Selon ses médecins traitants, son état psychologique ne s'était pas suffisamment amélioré pour permettre la reprise d'une activité lucrative. Par ailleurs, il n'était pas raisonnable de lui faire reprendre une activité lucrative à 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre, plutôt que d'envisager une reprise progressive.

20. Le 6 janvier 2016, l'assuré a transmis à son assurance-accidents la copie d'une attestation du CAPPI de la Jonction, datée du 30 décembre 2015, certifiant qu'une activité professionnelle à 50% pourrait être envisagée à compter du 1<sup>er</sup> février dans une activité adaptée, la situation devant toutefois être réévaluée fin janvier. Dans tous les cas, l'assuré restait totalement incapable de travailler dans son activité habituelle.
21. Par décision du 24 février 2016, l'assurance a écarté l'opposition du 28 décembre 2015 et confirmé les termes de sa décision du 11 décembre 2015, considérant que le lien de causalité adéquate n'était quoi qu'il en soit pas donné, aucun des critères prévus par la jurisprudence n'étant réalisé.
22. Le 14 avril 2016, toujours sous la plume de son conseil, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à la continuation du versement des indemnités journalières de 100% jusqu'au 29 février 2016, puis de 50% jusqu'au recouvrement complet de sa capacité de travail.

Le recourant reproche notamment à l'intimée de n'avoir pas prévu une reprise progressive du travail. Il répète que le délai de six mois avancé par les experts n'était qu'une estimation.

Il considère, au vu des avis des spécialistes, que le lien de causalité naturelle et adéquate est établi.

23. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 mai 2016, a conclu au rejet du recours.

Elle se réfère au rapport d'expertise des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, dont elle considère qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante et conclut qu'en conséquence, il faut considérer qu'à compter du 15 décembre 2015, une capacité de travail totale était exigible.

Elle ajoute que, quoi qu'il en soit, son devoir de prêter suppose l'existence d'un lien de causalité adéquate, condition dont elle considère qu'elle n'est pas remplie en l'espèce. En effet, l'agression du 9 juin 2014 doit être qualifiée d'accident de gravité moyenne *stricto sensu* et seul un critère - celui du caractère impressionnant de l'accident - est vraisemblablement rempli, sans pour autant revêtir une importance particulière.

24. Par écriture du 16 juin 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Selon lui, les symptômes qui ont perduré au-delà du 30 novembre 2015 étaient toujours en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'agression. Quand bien même le Dr I\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport du CAPPI de la Jonction du 22 septembre 2015 n'amenait pas d'élément susceptible de modifier son appréciation de l'état clinique et de la capacité de travail, il n'en demeure pas moins que les spécialistes qui le suivent ont estimé que sa capacité de travail n'était pas encore de 100%.

Le recourant allègue que c'est vraisemblablement parce que l'attestation de ses médecins n'était pas suffisamment étayée que le Dr I\_\_\_\_\_ s'est déclaré prêt à le réexaminer afin d'évaluer son état de santé. Cet examen était d'autant plus justifié que les médecins du CAPPI de la Jonction avaient établi un nouveau certificat, en date du 30 décembre 2015, selon lequel une reprise du travail à 50% était attendue à compter du 1<sup>er</sup> février 2016, ce qui montrait l'absence de toute attitude de complaisance envers lui.

Enfin, quand bien même une reprise de l'activité professionnelle à 100% était initialement prévue pour le 1<sup>er</sup> mai, il se trouvait toujours en incapacité de travail à 50%.

25. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est déroulée le 22 septembre 2016.

Entendu à cette occasion, le recourant a expliqué s'être vu octroyer des indemnités de chômage limitées à 90 jours en raison de sa longue incapacité de travail. Il en a donc bénéficié en mars, avril et mai 2016. Toujours inscrit au chômage, il recherchait une activité dans tous les domaines : nettoyage, livraisons, bâtiment, etc.

Sur le plan pénal, la procédure avait été classée suite à un accord conclu sur l'indemnisation pour tort moral.

26. Egalement entendu le 22 septembre 2016, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis juillet 2010, a expliqué l'avoir reçu à son cabinet dans la semaine qui avait suivi l'agression en raison de maux de tête et de douleurs au niveau des lombaires et des cervicales. Les bilans, effectués sur le plan physique jusqu'à janvier 2015, se sont révélés négatifs.

Le témoin a expliqué qu'il lui était difficile de dire jusqu'à quand l'incapacité de travail a été justifiée sur un plan strictement physique, parce qu'en cas de syndrome de stress post-traumatique, comme en l'occurrence, les patients ont tendance à somatiser. Juste après l'agression, la capacité de travail du recourant était nulle pour des raisons physiques, puis pour des raisons psychologiques. Le médecin a délivré les certificats d'arrêt de travail jusqu'à fin février 2016, d'entente avec les psychiatres. Une reprise du travail à 50 % a été préconisée à partir de mars 2016, ce qui était à son sens un peu prématuré. À partir de ce moment-là, les psychiatres ont pris le relais. Il leur a laissé le soin de prescrire des médicaments psychotropes, se

contentant, pour sa part, de prescrire des antalgiques et des séances de physiothérapie. Le problème était donc plus psychique qu'organique.

La reprise de l'activité habituelle était toujours inadéquate, car elle suffisait à provoquer une réviviscence de l'évènement. L'exercice d'une activité adaptée était en revanche possible, à condition que le recourant soit accompagné et qu'il bénéficie d'une formation.

Le médecin a encore indiqué avoir reçu le recourant à raison d'une à deux fois par mois jusqu'à ce que la situation soit stabilisée sur le plan organique, c'est-à-dire jusqu'en février 2015, puis la fréquence a diminué à une fois par mois, les psychiatres ayant pris le relais.

27. Le docteur K\_\_\_\_\_, interne en psychiatrie auprès du CAPPI de la Jonction, a également été entendu.

Il a notamment indiqué avoir repris le suivi du recourant depuis novembre 2015, en raison d'un trouble dépressif d'intensité moyenne et d'un stress post-traumatique consécutif à une agression sur son lieu de travail. L'intensité sévère n'avait pas été retenue en raison de l'absence d'idées suicidaires. Au moment où il avait repris le suivi du recourant, il avait conclu à un trouble dépressif de gravité moyenne, l'assuré en montrant tous les signes : signes de tristesse et de baisse d'élan vital, signes d'anxiété qui se manifestaient physiquement par des tremblements, des sueurs, une hyper vigilance. L'assuré montrait également des signes de stress post-traumatique tels que flash-back, cauchemars, insomnies, retrait social, diminution des activités sociales, diminution des sorties en général et aucune sortie en soirée. Selon le recourant, ces troubles étaient la conséquence directe de l'agression dont il avait été victime et qui l'obnubilait toujours. Le recourant avait été traité, d'une part, par une psychothérapie de type cognitivo-comportementale (TCC) à raison d'un entretien toutes les trois semaines environ, puis une fois par mois dès le premier trimestre 2016, et d'autre part, par une médication : du Cymbalta (antidépresseur également actif contre l'anxiété) jusqu'en juin 2016, des benzodiazépines en réserve jusqu'à fin 2015 (qu'il avait rarement pris), et des médicaments pour favoriser le sommeil en réserve jusqu'à l'été 2016. En plus de la psychothérapie, le Dr K\_\_\_\_\_ avait vu le recourant en entretien une fois toutes les deux à trois semaines et, au départ, il y avait eu un suivi intensif à raison d'une fois par semaine avec un entretien infirmier en plus, et ce durant quelques mois. Dans un premier temps, c'était le médecin traitant qui avait délivré les certificats d'arrêt de travail. Le taux de capacité avait relativement rapidement pu être augmenté à 50% à compter du 1er février 2016 en raison de l'évolution lentement favorable, d'une part, et de la motivation du recourant à aller de l'avant, d'autre part. L'évolution avait continué à progresser de telle manière que la capacité de travail à 100% avait été recouvrée le 3 août 2016. Le recourant n'avait pas encore retrouvé d'emploi. Afin d'augmenter ses chances, il multipliait les démarches et était prêt à accepter n'importe quel emploi. Le suivi était d'une fois par mois et sa durée dépendait de la vitesse à laquelle le recourant allait retrouver du travail. En effet,

dans ce genre de cas, le suivi devait être continué pour quelques séances après la reprise du travail. L'incertitude face à l'avenir avait notamment conduit à une petite péjoration au mois de juin 2016 avec réapparition d'insomnies.

28. Par courrier du 7 novembre 2016, le recourant a précisé que la caisse de chômage aurait dû l'indemniser à raison de 100% malgré la procédure en cours et qu'elle avait dès lors établi des décomptes complémentaires pour les mois d'avril à juillet 2016.

S'agissant du dédommagement reçu dans le cadre de la procédure pénale, d'un montant de CHF 10'000.-, il tenait notamment compte du fait que les montants versés par l'intimée étaient inférieurs à son salaire net.

29. Par décision du 17 novembre 2016, l'OAI a mis le recourant au bénéfice d'une demi-rente limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre 2015.

L'assuré a interjeté recours contre cette décision (A/4385/2016).

30. Pour sa part, l'intimée s'est déterminée en date du 21 novembre 2016 et a persisté dans ses conclusions.

Elle considère que l'audition des Drs D\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ n'a apporté aucune information nouvelle et précise sur les données cliniques concernant le recourant, les diagnostics étant au demeurant semblables à ceux retenus par les experts.

Le rythme des consultations (une fois par mois au premier semestre 2016) montre selon elle qu'en date du 30 novembre 2015, le recourant avait bel et bien recouvré une pleine capacité de travail. Au demeurant, les deux médecins entendus ne sont pas d'accord sur la date à partir de laquelle une capacité de travail de 50% a été exigible (1<sup>er</sup> mars selon le Dr D\_\_\_\_\_, 1<sup>er</sup> février 2016 selon le Dr K\_\_\_\_\_).

Par ailleurs, l'intimée fait remarquer que l'OAI a également suivi les conclusions de l'expertise.

En outre, de mars à juillet 2016, la caisse de chômage a versé à l'assuré des indemnités journalières à 100%, lui reconnaissant ainsi une capacité de travail totale.

Enfin, le fait que le recourant ait conclu un accord pour solde de tout compte, portant notamment sur la perte de revenu résultant de l'agression du 9 juin 2014, démontre qu'il s'estime totalement capable de travailler.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA 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 sur le droit de l'intimée à mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2015, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate.
5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul 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. 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 (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

À noter que selon la jurisprudence, la question du lien de causalité naturelle entre une affection de nature psychique et un accident peut rester indéfinie dans la mesure où le lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 ; 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5).

c/aa. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteinte objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). 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). À noter qu'en cas de traumatisme cranio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C\_270/2011 du 26 juillet 2001 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_310/2011 consid. 3).

c/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas,

l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en

---

considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

c/cc. D'après la casuistique, les agressions suivantes ont été considérées comme des accidents moyens *stricto sensu* :

- L'altercation à la sortie d'une discothèque, ayant eu pour conséquences une commotion cérébrale, une plaie importante à l'arrière de la tête, une distorsion cervicale, une plaie pré-tibiale à droite, ainsi que des contusions au flanc droit et à l'avant-bras droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_445/2013 du 27 mars 2014 consid. 4.3.2).
- L'altercation avec le portier d'un club, lequel a décoché un violent coup de poing au visage de l'assuré, ce qui a eu pour effet de lui faire perdre connaissance. À son réveil, l'assuré se trouvait assis contre le mur extérieur de l'établissement. Avec l'aide d'un chauffeur de taxi, il s'était rendu à l'hôpital pour y recevoir des soins (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_254/2009 du 19 mars 2010 consid. 3.3).
- L'agression commise, à la sortie de la banque, par un inconnu muni d'une cagoule, lequel a essayé de prendre le sac porté en bandoulière de l'assurée, qui a été projetée au sol. Elle a résisté, tenant la courroie de manière forte et a été tirée sur le sol à plat ventre « comme un sac de patates » par son agresseur. Celui-ci est parvenu à s'emparer du sac convoité, a quitté les lieux en courant, avant d'être intercepté un peu plus loin par des témoins qui avaient assisté aux faits. Cette agression avait entraîné les atteintes suivantes : une contusion occipitale gauche, douleur à la palpation, mais pas de plaie ni d'hématome, des dermabrasions multiples de 0,5 cm de la base de l'annulaire gauche et interdigital (doigts 3 et 4), une dermabrasion du coude droit de 0.7 cm de long et une dermabrasion rouge du genou droit, de 2.5 cm de diamètre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U\_138/04 du 16 février 2005).
- L'agression, en plein jour et dans un lieu public, par un jeune homme non armé, qui a frappé l'assuré de ses poings au visage et au dos à plusieurs reprises, avec traumatisme cranio-cérébral, fracture discrète du nez et contusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_434/2013 du 7 mai 2014).

En revanche, le Tribunal fédéral a classé les agressions suivantes dans les accidents moyens à la limite des accidents graves :

- À la suite d'une tentative d'extorsion d'argent, de chantage et de menaces, agression chez soi, à 4 heures du matin, par trois inconnus habillés de noir qui avaient roué l'assuré de coups tandis qu'il était à terre. Les lésions subies (fracture de la mâchoire ayant nécessité une opération, contusions et hématomes de 7 cm de diamètre) montraient la violence de l'attaque qui avait fait craindre l'assuré pour sa vie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007).
  - L'agression commise par le fils du compagnon de l'assurée lequel, après l'avoir jetée à terre, avait tenté de l'étrangler, lui avait frappé à plusieurs reprises la tête contre le sol et donné des coups de genoux dans le dos et les reins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 9/00 du 28 août 2001).
  - L'agression au moyen d'une scie électrique, ayant entraîné plusieurs coupures, lesquelles ont nécessité une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_480/2013 du 15 avril 2014).
6. 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).
7. a. En l'espèce, l'intimée s'est notamment fondée sur le rapport d'expertise des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ du 15 juin 2015 pour mettre un terme aux prestations avec effet au 30 novembre 2015, considérant qu'une capacité de travail entière était exigible à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2015. La question du lien de causalité naturelle et, partant, de la valeur probante de ce rapport, peut toutefois rester ouverte, le lien de causalité adéquate entre l'agression du 9 juin 2014 et les troubles psychiques encore existants n'étant quoi qu'il en soit pas donné comme cela ressort des considérations qui suivent.
- b. À titre liminaire, force est de constater que le cas du recourant doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, l'intensité du traumatisme crânien, très brièvement évoqué par les experts, dans leur rapport du 15 juin 2015, n'a à l'évidence pas atteint le seuil de la contusion cérébrale, de sorte que les critères de l'ATF 117 V 359 ne trouvent pas application. De plus, les troubles psychiques ont très vite pris le pas sur les atteintes physiques.
- Cela étant précisé, il y a désormais lieu de qualifier l'accident en question.

Au vu de la jurisprudence en la matière, l'accident dont a été victime le recourant doit être qualifié de gravité moyenne stricto sensu (voir consid. 5c/cc supra), ce qui n'est, au demeurant, pas contesté par le recourant.

c. L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne stricto sensu, au moins trois des critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

c/aa. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3 et les références citées).

En l'espèce, pour autant que les faits se soient déroulés comme le décrit le recourant, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, on doit considérer que l'événement du 9 juin 2014 revêt un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Ce critère n'est toutefois pas suffisant pour fonder, à lui seul, la causalité adéquate (voir les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_445/2013 du 27 mars 2014, 8C\_168/2011 du 11 juillet 2011, 8C\_254/2009 du 18 mars 2010 et U.138/04 du 16 février 2005 dans le même sens).

c/bb. Les lésions physiques occasionnées par l'accident assuré consistent en deux plaies suturées, dermabrasions et contusions, lesquelles ne peuvent être qualifiées de lésions graves, propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels.

c/cc. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C\_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549

p. 239). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd.

c/dd. Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C\_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

c/ee. Quant aux douleurs physiques persistantes, elles n'ont justifié une incapacité que pendant deux mois comme cela ressort de l'expertise du 15 juin 2015. Pour sa part, le Dr D\_\_\_\_\_ s'est déclaré incapable de dire jusqu'à quand l'incapacité de travail était justifiée sur le plan strictement physique, étant donné qu'en cas d'état de stress post-traumatique, les patients avaient tendance à somatiser. En d'autres termes, une composante psychique permettait d'expliquer les douleurs alléguées par le recourant, pour lesquelles aucune atteinte somatique n'a au demeurant été mise en évidence au cours des différentes investigations supplémentaires effectuées. Les critères des douleurs persistantes et de la durée de l'incapacité de travail ne sont ainsi pas non plus réalisés.

d. Force est donc de constater que, pour autant que les faits se soient déroulés comme le prétend le recourant – ce qui est contesté par le mis en cause –, seul un des critères énoncés par la jurisprudence, à savoir celui du caractère impressionnant de l'accident, pourrait être rempli en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Cela est insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 14 juin 2014 et les éventuels troubles psychiques encore présents chez le recourant. Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire d'examiner la problématique de la causalité naturelle et, partant, de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr I\_\_\_\_\_. En effet, les deux liens de causalité doivent être retenus cumulativement et dès lors que le lien de causalité adéquate, qui est une question de droit, fait défaut, la question du lien de causalité naturelle, qui est une question de fait, peut rester ouverte (voir dans ce sens les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4 et 8C\_746/2008 du 17 août 2009 consid. 5).

8. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'intimée était autorisée à mettre un terme au versement des indemnités journalières.

Le recours sera donc rejeté.

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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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