RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3216/2021 **ATAS/964/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 novembre 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Fanny ROULET-TRIBOLET	recourante
contre	
ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, Scanning GIC ZURICH	intimée

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

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1956, travaillait auprès du B_____ SA, à raison de 22,5 heures hebdomadaires et était assurée contre le risque d'accidents – professionnels ou non – auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCE SA (ci-après : la Zurich).

b. Le 12 avril 2020, l'assurée a été agressée par sa nièce, qui l'a frappée plusieurs fois avec une serfouette et lui a assené de nombreux coups de poing à la tête et au visage.

c. Les premiers soins lui ont été prodigués le jour même à l'Hôpital de la Tour, où le diagnostic de contusion a été posé, après examen du scanner cérébral et cervical, lequel ne mettait en évidence aucune lésion traumatique, en particulier pas de saignement ou de fracture.

d. Suite à cet événement, l'assurée a notamment souffert de maux de tête intenses et répétés, de vertiges, de troubles de l'équilibre et d'une capacité de concentration réduite (cf. rapport du service d'ergothérapie ambulatoire du 15 avril 2021 ; note de suite des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 16 février 2021).

e. Depuis lors, l'assurée est incapable de travailler.

B. **a.** La Zurich a pris en charge le traitement et versé des indemnités journalières.

b. Par la suite, l'assurée a été suivie par le docteur C_____, médecin, et Madame D_____, psychologue, de l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG, lesquels ont posé les diagnostics de syndrome post-commotionnel (F72) et autres réactions à un facteur de stress sévère (F43.8). Parallèlement, l'assurée a bénéficié d'un suivi psychologique, ergothérapeutique, ainsi que d'un bilan neuropsychologique et d'oto-rhino-laryngologie (ORL; cf. rapports du 23 novembre 2020).

c. La Zurich a soumis le dossier à son médecin-conseil, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, en date du 22 mai 2021, a émis l'avis que la causalité naturelle entre l'événement du 12 avril 2020 et l'atteinte à la santé était absente, compte tenu de l'absence de trouble psychiatrique et d'aggravation de l'état neuropsychologique. Selon elle, dans tous les cas, le *statu quo sine* avait été atteint en octobre 2020, soit six mois après l'événement en question.

d. Par décision du 2 juin 2021, la Zurich a mis un terme à ses prestations avec effet au 1er novembre 2020, considérant que les troubles encore présents n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'événement du 12 avril 2020, étant donné que, d'une part, des troubles neuropsychologiques avaient déjà été notés par le

passé, suite à un accident de la voie publique de type « coup du lapin », et que, d'autre part, aucun suivi psychiatrique n'avait été entrepris depuis avril 2020.

e. Par décision sur opposition du 24 août 2021, l'assurance a confirmé les termes de sa décision du 2 juin 2021, au motif, d'une part, que le lien de causalité naturelle avait été rompu au plus tard le 1er novembre 2020 et, d'autre part, que le lien de causalité adéquate ne pouvait, quoi qu'il en soit, être admis.

C. **a.** Le 20 septembre 2021, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que la prise en charge par l'assurance-accidents soit prolongée au-delà du 1er novembre 2020. Elle soutient que le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'événement du 12 avril 2020 et les atteintes à sa santé perdure.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 12 novembre 2021, conclut au rejet du recours.

c. Dans sa réplique du 16 décembre 2021, la recourante a expliqué que, suite à un accident survenu en 2006, elle travaillait à 50%. Les séquelles de l'événement du 12 avril 2020 et les limitations fonctionnelles consécutives l'empêchent désormais de travailler même à ce taux. Elle argue que, même si l'on devait retenir une certaine fragilité préexistante, celle-ci n'aurait jamais connu d'aggravation en l'absence de l'agression dont elle a été victime, de sorte que le lien de causalité naturelle doit être admis, tout comme le lien de causalité adéquate.

d. Dans sa duplique du 14 janvier 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle relève qu'aucune lésion objectivable n'a été mise en évidence. Au demeurant, elle souligne n'avoir pas nié tout lien de causalité, mais en avoir limité les effets à sept mois après l'accident.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur 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).

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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations au-delà du 1er novembre 2020, singulièrement sur l'existence ou la persistance d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 12 avril 2020 et les troubles encore présentés au-delà de cette date.

5.

5.1. 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).

5.2. 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

5.3. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

5.3.1. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

5.3.2.1. Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références; ATF

142 V 58 consid. 5.1 et les références; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références; ATF 135 V 465 consid. 4).

5.3.2.2. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

5.3.2.3. 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). 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.4. En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que

le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). 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).

6.

6.1. 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).

6.2.

6.2.1. En présence d'une atteinte objectivable du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent et des problèmes de causalité adéquate ne se posent guère (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et ATF 134 V 109 consid. 2.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a ainsi pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1 et les références).

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).

C’est le lieu de rappeler qu’on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013, consid. 4 ; SVR 2012 UV n° 5 p. 17).

6.2.2. En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), applicable de manière générale en cas d’atteintes non objectivables, l’examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique

une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

Par ailleurs, il n'est pas admissible de reconnaître le caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident en cause soient élucidées (ATF 147 V 207 consid. 6.1 et les références).

6.3.

6.3.1. 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 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

6.3.2.

6.3.2.1. 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 minime, 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, étant précisé que l'examen des critères se fait en excluant les aspects psychiques (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.

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).

Par ailleurs, 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 402

consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

6.3.2.2. S'agissant de la classification des accidents en matière d'agressions, le Tribunal fédéral a retenu ou confirmé une gravité moyenne dans les cas suivants : assuré invectivé, puis saisi violemment par le cou par son voisin alors qu'il décharge du matériel (à la limite des cas peu graves, arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 255/02 du 10 novembre 2003) ; assuré interpellé, bousculé, puis frappé dans un bar par un inconnu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2017 du 16 avril 2018) ; assuré frappé au visage lors d'une altercation avec un ami (arrêt du Tribunal fédéral 8C_705/2020 du 28 avril 2021) ; rixe avec passage à tabac (arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2013 du 27 mars 2014) ; employée d'un hôpital frappée à la tête par un résident qu'elle installe dans son lit (à la limite des accidents de peu de gravité, arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2020 du 8 septembre 2020) ; assuré frappé avec un instrument de musique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2021 du 6 juillet 2021) ; femme frappée puis étranglée dans la rue par un inconnu que des passants ont maîtrisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1062/2009 du 31 août 2010 consid. 4.2.1 et la référence) ; assuré frappé au visage par un verre de bière qui s'est brisé (à la limite des accidents graves, arrêt du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018) ; assuré frappé à la tête au moyen d'un objet potentiellement dangereux - l'enquête de police n'ayant pas pu déterminer s'il s'agissait d'une bouteille, d'une boucle de ceinture ou d'une barre à mine - par trois individus après s'être disputé avec eux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016) ; assurée projetée à terre lors d'une agression, peut-être tirée sur plusieurs mètres sur le sol (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 138/04 du 16 février 2005) ; assuré travaillant dans une discothèque frappé derrière la tête avec une chaise au cours d'une bagarre (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 339/99 du 17 avril 2020). Les altercations avec échanges de coups (tätliche Auseinandersetzungen) sont généralement classées dans les accidents de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2010 du 3 novembre 2010 consid. 6.2 et les références).

7.

7.1. 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).

7.2. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.3. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7.4. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid.

6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

8. En l'espèce, le 12 avril 2020, la recourante a été frappée au visage et à la tête par sa nièce à coups de serfouette et de poings. Elle s'est rendue au service des urgences de l'Hôpital de la Tour, où une contusion a été diagnostiquée, étant précisé que ni fracture, ni saignement n'ont été constatés sur le scanner cervical et cérébral. Dans les suites de cet événement, la recourante a notamment souffert de maux de tête intenses et répétés, de vertiges, de troubles de l'équilibre et d'une capacité de concentration réduite (cf. rapport du service d'ergothérapie ambulatoire du 15 avril 2021 ; note de suite des HUG du 16 février 2021).

L'intimée a pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières jusqu'au 1er novembre 2020, date au-delà de laquelle elle a considéré que le lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 12 avril 2020 faisait défaut.

Concrètement, l'assurance a constaté qu'en 2006, la recourante avait été victime d'un accident de la voie publique de type « coup du lapin », dont les suites avaient notamment consisté en troubles modérés de l'attention et de la mémoire de travail, difficultés de l'attention et séquelles de symptomatologie dysexécutive et fatigabilité. Des prestations d'invalidité lui avaient été accordées en raison de ces troubles.

L'événement du 12 avril 2020 n'avait pas entraîné de perte de connaissance durable et le scanner n'avait mis en évidence aucune lésion traumatique. Le médecin qui avait examiné la recourante après l'accident avait d'ailleurs conclu à une simple contusion. Quant au Dr C_____, qui avait repris le suivi, il avait évoqué un syndrome post-commotionnel et d'autres réactions à un facteur de stress sévère. Aucun suivi psychiatrique n'avait toutefois été entrepris.

Pour le surplus, son médecin-conseil, la Dresse E_____, avait considéré, dans une appréciation du 22 mai 2021, que, vu l'absence de trouble psychiatrique et d'aggravation de l'état neuropsychologique en lien avec l'accident, il n'y avait pas de rapport de causalité naturelle entre les symptômes allégués et l'événement assuré et qu'en tout état de cause, le *statu quo sine* avait été atteint en octobre 2020, soit six mois après l'accident en question.

Pour sa part, la recourante allègue qu'en novembre 2020, elle souffrait toujours de séquelles physiques, principalement sous la forme de vertiges, pertes d'équilibre, maux de tête, douleurs et problèmes de mobilité du bras gauche, sommeil anarchique, etc. (cf. opposition du 28 juin 2021), consécutives à l'événement du 12 avril 2020 et dépassant largement le cadre de sa pathologie antérieure, qui lui avait permis jusqu'alors de travailler à 50%. Elle argue que, même en admettant que son état antérieur était déjà fragilisé, l'aggravation est consécutive à l'agression dont elle a été victime. S'agissant du lien de causalité adéquate, elle fait valoir

qu'une agression physique de l'ampleur de celle dont elle a été victime est susceptible d'entraîner des souffrances, tant physiques que psychiques, et que, même si ses troubles sont uniquement réactionnels, les critères jurisprudentiels sont remplis.

9.

9.1. En premier lieu, il convient d'examiner si les pièces du dossier en mains de l'intimée lui permettaient de nier tout lien de causalité naturelle au-delà du 1er novembre 2020.

Dans la mesure où, dans la décision litigieuse, l'assurance intimée s'est essentiellement fondée sur l'appréciation de la Dresse E_____ pour justifier sa position, il convient d'examiner la valeur probante de ce document.

Or, force est de constater que cette appréciation, faite sur dossier uniquement, sans examen de la recourante, ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Tout d'abord, la Dresse E_____ se réfère à une atteinte préexistante concernant laquelle le dossier soumis à la Cour de céans ne comporte aucune pièce médicale. Ensuite, le médecin-conseil n'a pas listé les pièces examinées pour procéder à son appréciation de la situation. On ne sait donc pas sur quelles pièces celle-ci se fonde. L'appréciation ne comprend pas non plus de description des plaintes, de sorte qu'on ne sait pas non plus lesquelles ont été prises en considération pour l'appréciation du lien de causalité naturelle. S'y ajoute le fait que la Dresse E_____ semble retenir, sans le justifier de manière convaincante, que le lien de causalité naturelle faisait défaut *ab initio*, au vu de l'absence de trouble psychiatrique et d'aggravation des symptômes neuropsychologiques. Cependant, en l'absence d'un résumé des pièces et d'une anamnèse, il est impossible pour le lecteur du rapport en question, et donc également pour la Cour de céans, de comprendre la position de la Dresse E_____ quant à l'inexistence d'une aggravation de l'état de santé préexistant. Or, l'assurée étant alors suivie par le Dr C_____ et Madame D_____, psychologue, de l'UIMPV, on ne saurait nier, sans autres explications, l'existence d'un suivi spécifique consécutif à cette agression et, notamment, d'un suivi psychologique.

Compte tenu de ces éléments, l'appréciation de la Dresse E_____ ne peut se voir reconnaître valeur probante et justifier que tout lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les atteintes encore existantes soit nié.

Les autres rapports au dossier, soit essentiellement ceux établis par les médecins traitants de la recourante, ne répondent pas non plus aux réquisits jurisprudentiels. Outre le fait qu'ils ne respectent pas bon nombre des critères en matière de valeur probante (pas d'anamnèse, pas de liste des pièces, pas de détail des plaintes, etc.), ils ne se prononcent tout simplement pas sur la question du lien de causalité.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans considère ne pas disposer de suffisamment d'éléments probants pour se prononcer sur la validité de la décision querellée.

Pour ce motif déjà, le recours doit être admis.

9.2. Quant à l'existence d'un lien de causalité adéquate, elle ne saurait d'emblée être niée au vu du dossier – lacunaire – soumis à la Cour.

9.2.1. À titre liminaire, il convient de constater que les atteintes dont souffre encore la recourante doivent être qualifiées de non objectivables du point de vue organique, en l'absence de fracture et de saignement sur le scanner cérébral et cervical du 12 avril 2020 (cf. compte-rendu du scanner du 12 avril 2020), d'atteinte vestibulaire décelable (cf. notes de suite des HUG du 16 février 2021), de diagnostics psychiques tels que ceux de réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0) et de syndrome post-commotionnel (F072; [cf. rapports des 23 novembre 2020]).

Partant, le lien de causalité adéquate s'examine conformément à ce qui prévaut en matière de troubles psychiques. Or, dans ce cas, il convient d'abord de procéder à une classification de l'accident avant d'examiner les critères jurisprudentiels évoqués supra.

Compte tenu du déroulement de l'événement en cause (agression de la recourante par sa nièce, à coups de serfouette et de poings) et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 12 avril 2020 doit à l'évidence être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu*, sans être à la limite des accidents graves.

9.2.2. Comme indiqué précédemment, dans le cas d'un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, trois critères doivent en principe être réunis pour faire admettre l'existence d'une causalité adéquate. Un seul peut cependant suffire lorsqu'il s'est manifesté de manière particulièrement importante.

C'est le lieu de rappeler encore que seules les atteintes physiques – à l'exclusion des troubles psychiques – doivent être prises en considération lors de l'appréciation des différents critères.

En l'occurrence, les critères déterminants que sont, selon la jurisprudence citée ci-dessus, la gravité des lésions subies, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs physiques persistantes, ainsi que la durée et le degré de l'incapacité de travail dus aux seules atteintes à la santé physique, font en l'occurrence défaut.

En effet, les blessures physiques constatées immédiatement après les faits, à savoir une simple contusion, sans fracture, ni saignement interne (cf. rapport du 8 septembre 2020), ne sauraient être qualifiées de sérieuses.

Par ailleurs, l'incapacité de travail de la recourante n'est pas consécutive à la contusion, mais à des limitations surtout psychiques et non objectivables (vertiges, céphalées, douleurs, etc.).

Le traitement médical de l'atteinte physique n'a pas été particulièrement long. Il est certes fait mention de douleurs, mais il n'y a aucune précision à ce propos. Enfin, il

n'y a eu ni complications importantes, ni erreur médicale dans le processus de guérison.

Il reste donc le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'agression.

9.2.3. La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce dernier critère 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. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances d'espèce et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (arrêt 8C_584/2010 du 11 mars 2011 consid. 4.3.2, in SVR 2011 UV n° 10 p. 35; voir également les arrêts 8C_434/2012 du 21 novembre 2012 consid. 7.2.3 et 8C_624/2010 du 3 décembre 2010 consid. 4.2.1).

Le Tribunal fédéral a considéré ce critère comme rempli et revêtant une intensité particulière dans les cas suivants : assuré qui, dans un bar, est frappé au visage au moyen d'un verre à bière qui s'est brisé au moment du choc, qui perd beaucoup de sang et est entaillé au visage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018) ; assuré projeté à terre et roué de coups de bâton en pleine nuit par deux attaquants, qui avait auparavant été menacé et qui pouvait faire un lien entre ces menaces et l'agression (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007) ; assurée agressée dans son appartement par son beau-fils, qui l'empoigne, la jette à terre, tente de l'étrangler et lui frappe la tête contre le sol (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 9/00 du 28 août 2001) ; assuré agressé et frappé à son domicile par des cambrioleurs masqués qui utilisent un objet allongé pour le frapper (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 382/06 du 6 mai 2008) : assuré attaqué dans l'entreprise où il travaille par deux hommes masqués armés d'une tronçonneuse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_480/2013 du 15 avril 2014).

Notre Haute Cour a également admis la réalisation de ce critère, toutefois sans intensité particulière, dans les cas suivants : altercation assez brutale après une rixe à la sortie d'une discothèque (arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2013 du 27 mars 2014) ; aide-soignante frappée par derrière et par surprise par un pensionnaire souffrant d'un handicap mental (arrêt du Tribunal fédéral 8C_168/2011 du 11 juillet 201) ; violent coup de poing décoché à un assuré par un portier dans l'entrée d'une discothèque (arrêt du Tribunal fédéral 8C_254/2009 du 19 mars 2010) ; assurée projetée à terre et peut-être tirée sur quelques mètres (arrêt précité U 138/04 du 16 février 2005) ; assuré interpellé, bousculé et frappé sans raison apparente par un individu dans un bar (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2017 du 16 avril 2018), assuré insulté puis frappé de plusieurs coups de poing par un

inconnu, alors qu'il mange à midi sur un banc dans un parc en compagnie de son épouse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_146/2015 du 22 juillet 2015).

En revanche, notre Haute Cour a nié la réalisation de ce critère dans les cas suivants : assuré qui, alors qu'il effectue une ronde de surveillance avec un autre agent, est mordu à la main par une femme ivre alors qu'il la conduit dans les locaux de la police, et dont il apprend ensuite qu'elle est atteinte du VIH et d'une hépatite C (arrêt du Tribunal fédéral 8C_8/2010 du 4 novembre 2010) ; jeune assuré attablé dans un restaurant en journée, qui s'est vu asséner des coups de poing au visage et à la tête par un inconnu, l'agression ayant eu lieu en plein jour et en public, de sorte qu'il savait que la police serait appelée – ce qui a été fait (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2013 du 7 mai 2014).

9.2.4. En l'occurrence, s'agissant du déroulement des faits, la Cour de céans constate tout d'abord que, selon la déclaration d'accident, deux policiers se sont déplacés sur le lieu de l'agression et que la recourante a expliqué avoir tenté de porter plainte le 29 août 2020. Cependant, en l'état, le rapport de police établi suite à la venue de ces deux policiers n'a pas été versé au dossier et on ignore également les raisons pour lesquelles la plainte aurait été refusée le 29 août 2020 et si la recourante a déposé une nouvelle plainte (case « oui » cochée à propos de la plainte, mais mention manuscrite d'une plainte refusée). La déclaration d'accident évoque également la venue des pompiers de Ferney-Voltaire. Mais, là encore, aucune pièce résumant leur intervention ne figure au dossier.

Le déroulement de l'agression n'a donc pas été établi à satisfaction de droit.

Dans ces circonstances et au vu des pièces au dossier, on ne peut exclure, à ce stade, que l'événement du 12 avril 2020 ait eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant pour la recourante. En effet, selon ses explications - qui ne semblent pas remises en question par l'intimée -, alors qu'elle se trouvait avec son père et sa nièce, cette dernière l'a frappée au visage et à la tête, à coups de serfouette et de poing. Policiers et pompiers semblent être intervenus. Le fait que seule une contusion ait été diagnostiquée n'enlève rien au caractère particulièrement dramatique ou impressionnant que pourrait revêtir l'événement précité, ce d'autant moins que l'agression a impliqué l'utilisation d'une arme pour le moins insolite (une serfouette) et qu'elle a été perpétrée par un membre de sa famille.

Au vu de la description des faits, on peut se demander si le cas de la recourante ne se rapprocherait pas de celui qui a conduit à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 9/00 du 28 août 2001 concernant une assurée agressée dans son appartement par son beau-fils, l'ayant empoignée, jetée à terre, à moitié étranglée et lui ayant frappé la tête contre le sol. En effet, dans ce cas également, les blessures de l'assurée (des ecchymoses superficielles sur le cou et la face latérale pouvant correspondre à des traces de doigts l'ayant enserrée, un hématome au niveau de

l'articulation temporo-mandibulaire droite et des ecchymoses sur les poignets et dans la région lombaire), n'avaient pas été qualifiées de graves.

Au vu de cette jurisprudence, en l'état du dossier, on ne peut exclure que le critère du caractère impressionnant de l'événement assuré soit réalisé avec une intensité particulière suffisante pour admettre le lien de causalité adéquate.

10. Il ressort de ce qui précède que l'intimée a pris sa décision sur la base d'un dossier manifestement insuffisamment instruit, non seulement s'agissant du déroulement des faits, mais également de l'aspect médical. Dans la mesure où seul le médecin-conseil de l'intimée s'est prononcé sur l'aspect médical, un renvoi pour instruction complémentaire s'impose afin de respecter le principe du double degré de juridiction. Il appartiendra à l'intimée de se procurer les rapports des pompiers et de la police, voire la plainte pénale de la recourante. Une fois ces documents réunis, l'intimée pourra se prononcer sur la causalité adéquate et vérifier si le cas de la recourante peut être assimilé à celui ayant conduit à l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 9/00 du 28 août 2001. Si tel n'est pas le cas, l'intimée pourra sans autre nier le lien de causalité adéquate au-delà du 1er novembre 2020. En revanche, si tel devait être le cas, il lui appartiendra d'instruire la question de la causalité naturelle en mandatant un médecin expert pour ce faire.

11. Au vu de ce qui précède, le recours du 20 septembre 2021 est partiellement admis et la décision sur opposition du 24 août 2021 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision sur opposition du 24 août 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine 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