



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4218/2019

ATAS/553/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2020

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET

recourante

contre

SWICA ASSURANCES SA, sise Römerstrasse 37,
WINTERTHUR, représentée par SWICA Organisation de Santé
Service juridique

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1988, a travaillé en tant qu'employée auxiliaire auprès de B_____ (ci-après : l'employeur) à partir du 2 décembre 2013. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par SWICA assurances SA (ci-après : l'assureur).
2. Le 22 juin 2016, l'employeur a annoncé à l'assureur un accident non professionnel survenu le 18 juin 2016 à 20h10. Alors qu'elle se promenait avec sa sœur, l'assurée avait été agressée par des propriétaires de chien qui avaient été contrariés parce qu'elle avait eu peur du chien et l'avait repoussé avec son pied. Les lésions consistaient en étirement ligamenteux au genou droit, ainsi que morsures à l'épaule gauche et au mollet gauche.
3. Le docteur C_____, médecin au centre médical Vermont/Grand-Pré, a examiné l'assurée le jour même. L'assurée lui a déclaré avoir été agressée par deux inconnus accompagnés d'un chien. Elle aurait reçu un coup de pied sur la face latérale dorsale, au genou droit et au ventre. Sur incitation des maîtres, le chien l'aurait mordue à l'épaule gauche. À l'examen clinique, le Dr C_____ a constaté des lésions cutanées à l'épaule gauche, au poignet droit (morsures et griffures), des lésions de griffures de chien sus-malléolaire externe à gauche, une tuméfaction du genou droit avec flexion très algique, des douleurs lombaires et à la nuque, ainsi qu'un état de choc. Les lésions étaient d'origine traumatique et pouvaient, selon toute vraisemblance, avoir été causées par les sévices prétendument subis.
4. Selon le rapport initial du 27 juin 2016, le Dr C_____ a constaté des morsures de chien à l'épaule gauche et au poignet droit, ainsi qu'une tuméfaction et une mobilité réduite au genou droit. Il a diagnostiqué des morsures de chien et une entorse au genou droit suite à une agression. L'incapacité de travail était entière du 19 au 27 juin 2016.
5. Le 13 juillet 2016, l'assureur a reconnu à l'assurée le droit aux prestations pour les suites de l'événement du 18 juin 2016.
6. Le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué, le 10 novembre 2016, une ligamentoplastie en raison d'une déchirure du ligament croisé antérieur au genou droit de l'assurée.
7. Par décision du 17 novembre 2016, confirmée sur opposition le 24 mars 2017, l'assureur a réduit les prestations en espèces de l'assurée de 50%, au motif que celle-ci s'était exposée à des dangers extraordinaires en participant à une bagarre par ses gestes et paroles. Il lui a réclamé le remboursement de CHF 1'427.15, correspondant aux prestations versées à tort du 21 juin au 31 octobre 2016. Il a considéré que son attitude pouvait être qualifiée de provocation puisqu'elle avait répondu par une insulte, ce qui avait causé l'escalade. Si une insulte avait été adressée à l'assurée, celle-ci aurait dû s'abstenir de répondre par une insulte. Par

conséquent, son comportement correspondait à la notion de participation à une rixe ou à une bagarre au sens du droit de l'assurance-accidents.

8. Le 11 mai 2017, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 24 mars 2017.

Ce recours a été enregistré sous le numéro de cause A/1904/2017.

9. Par courrier du 18 août 2018, l'assurée a informé l'assureur qu'elle avait consulté un psychologue, Monsieur E_____, qui lui avait été recommandé par la LAVI pour un suivi et un accompagnement psychologique et social. Elle demande quelles mesures pourraient être prises en charge à cet égard.

Monsieur E_____ a attesté le 20 janvier 2017 que l'assurée présentait des symptômes de stress aigu significatif, tel qu'un épuisement physique généralisé et émotionnel majeur, un sommeil très altéré, une perte de confiance en elle-même et des autres, et une perte de son sentiment de sécurité personnelle. Elle subit de manière directe des répercussions importantes et visibles suite à cette agression, tant sur le plan personnel, physique, professionnel et études, que social. Elle a néanmoins la volonté « d'aller de l'avant » afin de pouvoir recouvrir rapidement un mieux-être pour elle-même et pour sa propre situation.

10. Mandaté par l'assureur, le Centre d'expertise médicale, soit pour lui, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise pluri-disciplinaire le 14 février 2019. L'expert orthopédiste a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur du genou droit et déchirure méniscale interne, lésions cartilagineuse. Selon lui, « bien que l'assurée pourrait reprendre son travail de caissière, il faut quand même fixer des limites à ses possibilités professionnelles dans l'avenir. Il est évident que les métiers avec des charges à porter dans les escaliers ou sur des échelles, ou les accroupissements, sont délétères à l'évolution de son genou droit. Le pronostic d'un genou qui a subi une plastie du ligament croisé antérieur, même stabilisant bien le genou, n'est pas le même que celui d'un genou sain. Une gonarthrose prématurée est à craindre à moyen ou long terme ».

L'expert psychiatre a expliqué avoir retrouvé, au premier plan de la symptomatologie psychique, une anxiété et une atteinte de l'humeur, toutes deux légères, de nature réactionnelle à une atteinte de sa santé physique. Il a observé que l'atteinte thymique se traduisait par des éléments dépressifs, une inhibition avec une asthénie / fatigabilité surtout, une perte de motivation, quelques difficultés adaptatives (mais elles fonctionnent plutôt bien dans un environnement actuel un peu « protégé »), une perte de la confiance en soi, des troubles de l'appétit et du sommeil, et des ruminations soucieuses. L'examen clinique a mis en évidence une polyopathie psychique avec une dépression d'intensité légère et un état de stress post traumatique séquellaire et également léger.

L'évolution du portrait psychopathologique est décrite comme suit :

« après un premier traitement auprès de Monsieur E_____ qui a amené semble-t-il une amélioration conséquente, l'expertisée décrit une péjoration secondaire à la suite de l'évolution négative sur le plan orthopédique. La problématique présente qui l'avait poussée à consulter M. E_____ était plutôt une anxiété mêlée de colère. Actuellement, c'est plus la dysphorie qui domine avec une démotivation / découragement liée à un sentiment d'être en panne et en échec dans son existence. La symptomatologie est encore d'intensité légère et un traitement spécialisé serait indiqué afin de l'aider à reconstruire son existence ».

Selon l'expert, il n'y a pas d'antécédent sur le plan psychique avant l'agression dont elle a été victime en juin 2016.

L'expert a retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, phobie spécifique, symptomatologie partielle compatible avec un état de stress post traumatique sur le plan psychique.

L'expert a ajouté que l'assurée présentait quelques symptômes de reviviscence déclenchés par des stimuli (douleurs ou le fait de se retrouver la nuit dans le voisinage du lieu où elle a été agressée). Ceux-ci sont moins présents et sur le décours. Elle décrit qu'elle a aussi tendance à être sur le qui-vive, qu'elle se sent facilement menacée, qu'elle est devenue plus irritable et se met plus facilement en colère.

À la question de savoir si l'on pouvait encore attendre une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée, l'expert a indiqué que le pronostic restait globalement favorable sur le plan psychique et que l'assurée avait des compétences et des capacités psychiques pour se remettre. Elle devait toutefois être assistée et guidée dans la reconstruction d'elle-même, soit sur le plan personnel ou professionnel, en étant mise au bénéfice d'un traitement spécialisé avec un psychiatre ou un psychothérapeute assez rapidement.

Il a enfin indiqué qu'« on ne peut évaluer sur le plan psychique une atteinte à l'intégrité que quand le cas est stabilisé et après un certain temps. Dans l'usage, il faut attendre au minimum 3 à 5 ans après un accident pour pouvoir se prononcer pour une éventuelle atteinte à l'intégrité qu'on puisse considérer comme étant définitive. Le cas n'est pas encore stabilisé. Il y a encore des possibilités d'évolution favorable, notamment si une thérapie est mise en place. Il est donc trop tôt pour répondre à cette question ».

Les experts ont conclu à une capacité de travail, actuellement de 100%, dans toute activité adaptée à son niveau de formation.

11. Par décision du 24 mai 2019, confirmant un courrier du 8 mars 2019, l'assureur a informé l'assurée qu'il lui refusait l'octroi de prestations s'agissant de ses troubles psychiques, considérant que la condition de la causalité adéquate n'était pas réalisée.

12. L'assurée a formé opposition le 26 juin 2019. Elle considère que l'agression dont elle a été victime se situe dans la limite supérieure des accidents de gravité moyenne, de sorte qu'un seul des critères jurisprudentiels suffirait pour admettre le lien de causalité adéquate. Or, dans son cas, au moins quatre critères justifiant du lien de causalité adéquate sont remplis, soit les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité des lésions relativement grave, de nature à entraîner des troubles psychiques (morsures par un chien) et la durée anormalement longue du traitement, dès lors qu'elle a subi trois interventions chirurgicales en raison de cette agression, les 11 novembre 2016, 26 juin 2017 et septembre 2017.
13. Par décision du 11 octobre 2019, l'assureur a rejeté l'opposition. L'événement dont a été victime l'assurée doit être qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu et aucun des critères jurisprudentiels n'est réalisé.
14. L'assurée, représentée par Me Jacques ROULET, a interjeté recours le 13 novembre 2019 contre ladite décision. Elle conclut à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle a droit aux prestations d'assurance en ce qui concerne les troubles psychiques dont elle souffre et qui sont liés à l'agression du 18 juin 2016, rétroactivement depuis cette date, et à ce que l'assureur soit condamné à lui octroyer les prestations d'assurance y relatives.
15. Dans sa réponse du 13 décembre 2019, l'assureur a conclu au rejet du recours.
16. L'assurée a fait part de ses observations le 22 janvier 2020. Elle rappelle que contrairement à ce qu'affirme l'assureur, les troubles psychiques liés à l'agression ont été constatés en janvier 2017 déjà par le Dr E_____, qui diagnostiquait alors un symptôme de stress aigu significatif, et non pas en août 2018. Elle ajoute que sur le plan physique, l'atteinte à son intégrité a été fixée à 30%, de sorte que les lésions dont elle a souffert sont graves et, partant, propres à entraîner des troubles psychiques. Elle constate par ailleurs que l'assureur ne retient dans ses écritures que les faits décrits par ses agresseurs. Or, l'instruction pénale a permis d'établir l'agression dont elle a été victime.

Elle persiste dès lors dans ses conclusions.

17. Dans sa duplique du 14 février 2020, l'assureur a relevé qu'il n'y avait eu que quelques consultations en 2016 grâce aux bons que l'assurée avait reçus de la LAVI et qu'il n'y en avait plus eu après celle du 20 janvier 2017 chez le Dr E_____. Il résulte des déclarations de l'assurée faites aux experts du CEMed que son état de santé psychique s'était péjoré à la suite de l'évolution négative sur le plan orthopédique en août 2018, de sorte qu'il n'y a pas eu continuité d'un traitement sur le plan psychique depuis l'accident.

Il souligne que selon la jurisprudence, la déchirure du ménisque ne constitue pas une lésion grave (arrêts du Tribunal fédéral 8C 197/2019, 8C 8/2010 – morsure par une personne HIV).

S'agissant des circonstances dans lesquelles s'est déroulé l'accident, l'assureur rappelle que les faits se sont déroulés la journée et que les ambulanciers appelés sur place n'ont pas jugé nécessaire que l'assurée soit amenée aux urgences. Celle-ci a admis qu'elle avait adressé une injure aux propriétaires du chien et le Ministère public l'a déclarée coupable de rixe au sens de l'art. 133 al. 1 CP.

L'assureur maintient ses conclusions.

18. L'assurée s'est déterminée le 28 février 2020. Elle ne comprend pas la déclaration de l'assureur selon laquelle « une atteinte à l'intégrité a seulement été pronostiquée », dès lors que celui-ci a rendu un projet de décision le 27 janvier 2020 lui reconnaissant une atteinte à l'intégrité physique de 30%. L'assureur a motivé ce taux en précisant s'être fondé sur le rapport d'expertise du Dr G_____ du 14 février 2019 et sur son complément du 18 décembre 2019, selon lequel l'état de santé de l'assurée était stationnaire, qu'il ne justifiait pas de physiothérapie régulière, mais que 9 à 18 séances supplémentaires pour apprendre des exercices d'auto-physiothérapie permettraient de maintenir l'état acquis, et selon lequel la capacité de travail comme caissière auxiliaire ou comme assistante administrative était de 100%. Constatant qu'une gonarthrose post-traumatique susceptible de s'aggraver existait déjà de façon modérée, il a retenu une atteinte à l'intégrité physique de 30%, précisant qu'il tenait ainsi compte d'une aggravation conduisant à une arthrose sévère justifiable d'une prothèse du genou à plus ou moins long terme.

Ce projet de décision a été confirmé par décision du 25 février 2020.

19. Le 13 mars 2020, l'assureur a expliqué que lorsque la duplique avait été rédigée, le service juridique n'avait pas eu connaissance des derniers développements du dossier et ignorait qu'une atteinte à l'intégrité avait été fixée à 30%. Ce taux prenait toutefois en considération une aggravation qui pourrait nécessiter une prothèse du genou à plus ou moins long terme.
20. Ce courrier a été transmis à l'assurée, puis la cause 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la

forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations LAA en raison de ses troubles psychiques, plus particulièrement sur la question de savoir s'il y a causalité adéquate entre l'évènement accidentel du 18 juin 2016 et les troubles psychiques persistants en août 2018.
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b). 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et

ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral U.351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Au regard de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assureur-accidents répond également de toutes les lésions provoquées par des soins (traitement médical) consécutifs à des accidents assurés, sans qu'il soit nécessaire que l'acte dommageable entre dans la notion d'accident ou soit dû à une erreur médicale ou à une lésion corporelle pénalement punissable (ATF 118 V 286 consid. 3c).

b. 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).

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). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n. 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n. 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

c. Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5.a), 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.

d. 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 oeuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

e. 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.

6. Dans le cas, par exemple, d'une assurée qui avait développé un état psychique défavorable consécutivement à une agression commise par le fils de son compagnon 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 U 9/00 du 28 août 2001), le Tribunal fédéral a retenu que cette agression faisait partie des accidents de gravité moyenne à la limite supérieure.

De même, l'agression d'une personne ayant reçu plusieurs coups de couteau au ventre avec une lame de 23 cm de long et 4,5 cm de large a-t-elle été rangée dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents graves (arrêt 8C_519/2008 du 28 janvier 2009).

Les agressions à mains nues sont généralement qualifiées par le Tribunal fédéral d'accidents de gravité moyenne stricto sensu (8C_434/2013 du 7 mai 2014, 8C_445/2013 du 27 mars 2014 et 8C_476/2010 du 7 septembre 2010). Il a cependant également classé dans cette catégorie (8C 595/2015), le cas d'un assuré agressé par trois individus qui l'avaient frappé à la tête au moyen d'un objet potentiellement dangereux, ce qui avait eu pour conséquence un traumatisme cranio-cérébral, une plaie au front, une fracture des os du nez ainsi qu'une atteinte oculaire suivie d'une perte fonctionnelle de l'œil droit. Après avoir observé qu'il

n'était pas déterminant à cet égard que la victime connaissait ses agresseurs avec lesquels il avait passé sa soirée à s'enivrer, le Tribunal fédéral a constaté que l'ensemble des circonstances établies ne permettaient pas de conclure que la violence de l'agression était telle qu'il faille ranger l'événement à la limite des accidents graves. En particulier, la victime s'était relevée quelques minutes après le départ de ses agresseurs et avait été en mesure d'appeler son collègue de travail qui l'avait rejoint sur place et aidé à marcher jusqu'à son domicile, ne jugeant pas nécessaire de l'emmener immédiatement à l'hôpital.

L'agression d'une assurée, victime de coups et blessures à son lieu de travail au cours d'une altercation, par une autre employée, à la suite de laquelle elle avait présenté de multiples contusions et hématomes à l'épaule gauche, aux deux bras et à la main gauche, de douleurs à la cuisse droite et d'un hématome à la cheville gauche, puis souffert d'un état dépressif réactionnel (U 221/03), ainsi que l'accident dont a été victime un assuré qui s'était endormi au volant et dont le véhicule avait fait plusieurs tonneaux, subissant ainsi une plaie de 5 cm à la tête, sans autre signe de lésion crânienne, et une blessure sur le dos de la main droite avec une excoriation de 1 x 1 cm, mais dont la passagère n'avait pas été blessée (8C 560/15), ont été considérés comme des accidents de gravité moyenne stricto sensu.

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

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

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

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

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

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme

les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

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 oeuvre 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 I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

9. En l'espèce, M. E_____ a indiqué le 20 janvier 2017 que l'assurée présentait des symptômes de stress aigu significatif suite à l'agression. Le Dr F_____, dans le cadre de l'expertise réalisée en janvier 2019, dont le rapport paraît satisfaire aux exigences en matière de force probante des rapports d'expertise, - ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'assurée -, a confirmé que celle-ci souffrait d'un état de stress post traumatique séquellaire et léger.

La relation de causalité naturelle n'est quoi qu'il en soit pas contestée par l'assureur.

10. Il y a d'abord lieu de classer l'accident en cause en fonction de sa gravité, en s'attachant non pas tant à la manière dont l'assurée a ressenti et assumé le choc

traumatique, mais en se fondant, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

En l'espèce, au regard de son déroulement et de l'intensité des atteintes qu'il a générées, il n'est pas contesté que l'événement du 18 juin 2016 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves, mais doit être classé parmi les accidents de gravité moyenne.

11. a. Cela étant, l'examen de la causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques nécessite encore de déterminer s'il doit être qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu, comme l'affirme l'assureur, ou s'il doit se situer à la limite supérieure de cette catégorie comme le soutient l'assurée.

L'assureur relève que l'assurée a reçu des coups et a été mordue à l'épaule gauche et au poignet droit et que seule la tuméfaction du genou droit a donné lieu à la poursuite d'un traitement. Il fait valoir que le Tribunal fédéral est arrivé à la même conclusion que lui dans un cas semblable (8C 595/2015).

L'assurée décrit au contraire qu'elle a été agressé par deux inconnus, alors qu'elle se promenait dans la rue, qu'elle a été projetée à terre, qu'on lui a tiré les cheveux, asséné des coups, notamment un coup violent dans le genou droit et un coup dans le ventre ayant induit une « perte d'urine » et qu'elle a par ailleurs été mordue à plusieurs reprises par le chien de ses agresseurs. Elle rappelle qu'elle a souffert de lésions cutanées à l'épaule gauche de 5 cm de long et du poignet droit, avec deux points de morsures et griffures sur le flanc droit, des lésions de griffures de chien, sous malléolaires externes à gauche de 6 x 1 cm, et d'une déchirure du ligament croisé antérieure du genou droit - et non d'une « seule tuméfaction ».

- b. Dans l'arrêt cité par l'assureur (8C 595/2015) et exposé ci-dessus, le Tribunal fédéral a en effet jugé que la violence de l'agression n'était pas telle qu'il faille la classer dans la catégorie supérieure des accidents de gravité moyenne. Le recourant avait certes été frappé au moyen d'objets susceptibles de causer des lésions importantes, il avait toutefois été en mesure de se relever rapidement et d'appeler son collègue de travail, lequel n'avait pas immédiatement jugé nécessaire de l'emmener à l'hôpital. Il avait principalement été atteint à l'œil et les autres lésions subies n'avaient pas nécessité d'intervention chirurgicale ou un traitement médical particulier.

La chambre de céans relève que le Tribunal fédéral a également qualifié l'événement survenu d'accident de gravité moyenne stricto sensu (8C 459/17) dans le cas d'un assuré qui avait été insulté, bousculé et frappé sans raison apparente par un inconnu alors qu'il se trouvait dans un bar. Ne comprenant pas les motifs de cette agression, il avait proposé à l'inconnu de sortir du bar pour que celui-ci lui explique pourquoi il l'avait insulté et frappé. Après qu'ils furent sortis du bar, l'individu lui avait directement asséné trois coups de boule, ce qui l'avait fait tomber, et avait continué à le rouer de coups avec ses poings et ses pieds. L'assuré

avait finalement réussi à se relever et à s'enfuir. Il avait appelé la police, puis s'était rendu à l'hôpital. Selon le rapport de constat de coups établi par le médecin, il présentait des fractures des côtes 5-6-7 à droite et 6 à gauche, une fracture non déplacée des os propres du nez, une plaie au nez, des contusions lombaires et cervicales, de multiples ecchymoses et contusions des membres, une entorse stade 1 de la cheville droite ainsi qu'une douleur aux dents 21-22-23.

c. La chambre de céans est d'avis, au vu de la casuistique et des circonstances du cas d'espèce, qu'il n'y a pas lieu de considérer que l'événement du 18 juin 2016 doive être admis dans la catégorie supérieure des accidents de gravité moyenne, étant rappelé que la nature et la gravité de la lésion constitue un critère en soi (8C 595/2015).

12. Reste à examiner le lien de causalité adéquate entre cet événement et les troubles psychiques dès août 2018.

13. a. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut 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.

b. 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). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour

l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n. 25 p. 100; 8C_46/2011 du 18 avril 2011 consid. 5.1).

14. a. Il s'agit de déterminer si les circonstances de l'événement du 18 juin 2016 revêtaient un caractère particulièrement impressionnant.

b. 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. 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.

En outre, l'existence de lésions graves n'est pas déterminante pour l'examen du caractère particulièrement dramatique ou impressionnant d'un accident, la nature et la gravité de la lésion étant un critère en soi (cf. arrêt 8C 935/2012 du 25 juin 2013 consid. 4.3.1 ; arrêt U 233/06 du 2 février 2007 consid. 5.3 ; 8C 595/2015).

Le Tribunal fédéral a considéré que le critère du caractère impressionnant de l'agression commise par le fils du compagnon de l'assurée, qui avait ensuite développé un état psychique défavorable, avait revêtu une intensité particulière, compte tenu de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque, ainsi que de la disproportion des forces en présence (U 9/00). De même, dans le cas où un assuré avait été passé à tabac par trois inconnus en pleine nuit, après avoir fait l'objet de menaces, de chantage et de tentative d'extorsion. Le lien entre ces menaces et l'agression n'avait en effet pas pu lui échapper sur le moment. Même si sa vie n'avait jamais vraiment été mise en danger, il connaissait assurément la détermination de ses agresseurs et pouvait sérieusement craindre pour sa vie ou du moins pour une perte importante et permanente de son intégrité corporelle (ATF 115 V 133 consid. 6 c/aa).

Le Tribunal fédéral a en revanche nié le caractère particulièrement impressionnant de l'accident dans le cas d'un assuré qui s'était endormi au volant de sa voiture, laquelle avait heurté la barrière du côté droit de la chaussée, avant de faire plusieurs tonneaux et de sortir de la route, rappelant que ce critère doit être examiné d'une manière objective, et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré (8C 560/2015).

Dans un arrêt rendu en 2017 (8C 96/2017), le Tribunal fédéral a jugé qu'il se justifiait de retenir que l'acte de violence gratuite dont l'assuré avait été victime avait revêtu un caractère impressionnant d'une intensité particulière, même si celui-

ci n'avait pas aperçu son agresseur lui porter le coup, compte tenu des éléments suivants : alors qu'il se trouvait dans un lieu public, il avait été frappé, par surprise et à courte distance, avec un objet en verre directement au visage, qui est une région du corps particulièrement sensible. Il avait immédiatement pu se rendre compte que son visage avait été entaillé sur une surface importante et que de telles lésions pouvaient potentiellement le laisser défiguré de manière irrémédiable (on rappellera que la plaie buccale mesurait environ 11 cm et que celle au niveau de la joue et de la parotide dépassait les 25 cm). Il s'était par ailleurs vu perdre une quantité importante de sang (au moins 1 litre et demi) dont l'écoulement, du fait de la nature de la blessure infligée, ne pouvait pas être jugulé par des soins sur place, mais seulement par un geste chirurgical.

c. L'assurée soutient que ce critère est réalisé, dès lors qu'elle s'est retrouvée face à un couple en soi impressionnant, l'homme étant d'une certaine corpulence, la femme ayant de l'expérience en art martiaux et que leur chien l'a mordue à plusieurs reprises.

Les éléments invoqués par l'assurée ne suffisent pas pour admettre que les circonstances concomitantes étaient particulièrement dramatiques. Il y a en effet lieu de rappeler qu'en l'espèce, les faits se sont produits dans le cadre d'une rixe - le Ministère public a du reste déclaré l'assurée coupable de rixe au sens de l'art. 133 al. 1 CP. Tout a commencé par un échange d'injures. Il n'y a ainsi pas eu d'atteinte causée par surprise. Ils se sont au surplus déroulés alors qu'il faisait encore jour. Les ambulanciers appelés sur place n'ont pas jugé nécessaire d'emmener l'assurée aux urgences. Celle-ci n'a consulté un médecin que quelques heures plus tard. On ajoutera que l'expérience de la femme en arts martiaux n'était alors pas connue de l'assurée.

Certes le chien du couple est-il intervenu. L'assurée a toutefois déclaré que ce chien avait commencé à lui mordiller le pied gauche, puis qu'il l'avait mordue et griffée lorsqu'elle était à terre (PV audition du 23 juin 2016). On ne saurait ainsi parler d'une attaque ou d'une agression du chien, qui aurait pu contribuer à entraîner des troubles psychiques. Le chien est au surplus de petite taille (rapport du 18 juin 2016 du Centre Vermont-Grand-Pré).

Aussi le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'agression ne peut-il être reconnu.

15. a. L'assurée invoque la durée anormalement longue du traitement médical, eu égard aux trois opérations chirurgicales qu'elle a subies les 11 novembre 2016, 26 juin 2017 et 6 juin 2018.

b. Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel; 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_361/2007 du 6 décembre 2007

consid. 5.3, U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et 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 (arrêts 8C_361/2007 consid. 5.3, U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

Le Tribunal fédéral n'a pas reconnu ce critère dans le cas d'un traitement d'environ deux ans et demi, consistant principalement en deux opérations, espacées dans le temps et suivies chacune d'un séjour dans un centre de réadaptation (arrêt 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3). Il en a jugé de même lorsque les interventions ont été pratiquées en ambulatoire et n'ont pas entraîné une longue convalescence (8C 595/2015).

Un traitement médical invasif et assez pénible ayant entraîné une longue convalescence sur une période de 21 mois répond en revanche au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (8C 818/2015).

c. En l'espèce, il y a eu trois interventions en deux ans. Elles n'ont pas entraîné une longue convalescence. Celles des 10 novembre 2016 (ligamentoplastie selon Kenneth JONES avec allogreffe du genou droit) et 26 juin 2017 (arthroscopie avec ablation d'une souris articulaire) ont été effectuées en ambulatoire, la dernière (arthroscopie avec résection d'un corps libre et suture du ménisque interne) n'a nécessité qu'une nuit d'hospitalisation.

L'expert a constaté au moment de son rapport qu'il n'y avait pas de traitement en cours, et que la physiothérapie n'était plus vraiment nécessaire, l'assurée pouvant « parfaitement s'adonner à des activités physiques de renforcement et surtout de maintien musculaire puisqu'il n'y a, à l'examen orthopédique au jour de l'expertise, pas de fonte musculaire de la cuisse ».

On ne saurait dès lors retenir ici une durée anormalement longue du traitement médical.

16. a. S'agissant du critère de la gravité des lésions, le Tribunal fédéral a admis le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques dans le cas d'une assurée ayant subi une plaie avec une importante perte de substance au membre inférieur gauche, laquelle avait nécessité deux interventions chirurgicales et laissé d'importantes séquelles esthétiques (8C 929/15 consid. 6). Il a constaté que les lésions subies ne se limitaient pas à l'état cicatriciel, d'ailleurs important, mais qu'il subsistait des séquelles neurologiques avec troubles de la sensibilité affectant plusieurs nerfs, à savoir le nerf sural, le musculo-cutané et le nerf saphène interne gauche qui avaient pour effet de diminuer la résistance de la jambe gauche à l'effort et d'entraîner de multiples limitations. Il a ainsi relevé un nombre relativement important de limitations fonctionnelles.

b. L'assurée considère que ce critère est réalisé, dès lors qu'elle n'a pas souffert d'une seule « tuméfaction » ou « entorse » du genou et d'une morsure, mais d'une

déchirure du ligament croisé antérieur de son genou droit et de lésions cutanées à l'épaule gauche de 5 cm de long et du poignet droit, avec deux points de morsures et griffures sur le flanc droit, des lésions de griffures de chien, sous malléolaires externes à gauche de 6 x 1 cm.

Certes une déchirure du ménisque ne constitue-t-elle pas une lésion grave, ainsi que le rappelle l'assureur, force est toutefois de constater que la déchirure du ligament croisé antérieur du genou ne peut être comparée à celle du ménisque.

Au surplus, selon les médecins, l'assurée présente déjà une gonarthrose, laquelle est très clairement susceptible de s'aggraver. Elle aura, à moyen et long terme, comme conséquence physique, une arthrose sévère prématurée du genou droit post-traumatique.

c. L'assurée fait par ailleurs valoir que l'assureur a fixé à 30% son atteinte à l'intégrité physique.

Selon le rapport d'expertise du 14 février 2019, un taux de 30% a en effet été retenu, au motif que :

« Une gonarthrose post-traumatique est à prévoir, elle existe déjà de façon modérée, est très clairement susceptible de s'aggraver. La rapidité de cette aggravation dans le temps est difficile, mais si on veut fixer l'atteinte à l'intégrité de façon définitive, on doit retenir une aggravation conduisant à une arthrose sévère justifiable d'une prothèse du genou, soit 30%.

Sur le plan psychique, on ne peut évaluer une atteinte à l'intégrité que quand le cas est stabilisé et après un certain temps. Dans l'usage, il faut attendre au minimum 3 à 5 ans après un accident, pour pouvoir se prononcer pour une éventuelle atteinte à l'intégrité qu'on puisse considérer comme étant définitive. Le cas n'est pas encore stabilisé, il y a encore des possibilités d'évolution favorables notamment si une thérapie est mise en place. Il est donc trop tôt pour répondre à cette question. (...)

Bien que l'assurée pourrait reprendre son travail de caissière, il faut quand même fixer des limites à ses possibilités professionnelles dans l'avenir. Il est évident que les métiers avec des charges à porter dans les escaliers ou sur des échelles, ou les accroupissements, sont délétères à l'évolution de son genou droit. Le pronostic d'un genou qui a subi une plastie du ligament croisé antérieur, même stabilisant bien le genou, n'est pas le même que celui d'un genou sain. Une gonarthrose prématurée est à craindre à moyen ou long terme ».

L'assurée cite expressément un arrêt rendu par le Tribunal fédéral (8C 929/2015), dans lequel celui-ci aurait admis le critère de gravité des lésions, pour une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% seulement. Il y a toutefois lieu de constater que dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a en réalité reproché aux premiers juges d'avoir pris en considération la partie du taux correspondant à l'état antérieur (trouble de la personnalité émotionnellement labile) pour fixer le taux global de

l'atteinte à l'intégrité. Cet arrêt n'est dès lors pas déterminant pour résoudre le cas d'espèce.

Il importe en revanche de constater que le taux de 30% a été fixé par l'expert orthopédiste pour tenir compte d'un pronostic clairement défavorable.

Force est en définitive de constater que si les lésions ne peuvent qu'être qualifiées de graves en l'occurrence, c'est en raison d'un risque d'aggravation, et non pas tant de la situation actuelle.

La question peut quoi qu'il en soit rester indécise au vu de ce qui suit.

17. Quant au critère des douleurs persistantes, on précisera qu'il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (8C_459/2017 consid. 5.1 et 5.2 ; ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128).

Dans son rapport d'expertise du 14 février 2019, le Dr G_____ a indiqué que l'assurée se plaignait de la « persistance de douleurs de l'interligne interne à la palpation », n'osant en particulier plus se lancer dans de longues promenades de peur des douleurs.

L'expert a considéré qu'« il y a des douleurs internes liées à la suture méniscale interne récente, probablement un début d'arthrose post-traumatique, il semble assez raisonnable de penser que l'assurée peut présenter des douleurs à l'effort » ; il a toutefois ajouté qu'elle était surtout assez craintive et qu'il lui semblait que « les douleurs étaient un peu sur-interprétées ».

On doit ainsi relativiser l'importance de ces douleurs, ce d'autant plus que les affections somatiques de l'assurée restent compatibles avec l'exercice de son activité lucrative (8C 755/2012). Le critère des douleurs résistantes n'est en conséquence pas réalisé.

18. L'assurée fait enfin valoir que des complications dans le processus de guérison sont survenues.

Il résulte du dossier médical et plus particulièrement du rapport d'expertise du 14 février 2019 qu'à la suite de la première intervention subie par l'assurée, une chondromatose synoviale articulaire est suspectée et la présence d'un corps libre est constatée. L'évolution a été défavorable sur le plan des douleurs avec persistance d'une symptomatologie de type pseudo-blocages. Puis après que l'assurée se soit encoublée lors d'une séance de physiothérapie, une ulcération du cartilage et une souris articulaire sont apparues, ce qui a entraîné une seconde opération le 26 juin 2017. Une troisième intervention est pratiquée le 6 juin 2018 pour suspicion d'une lésion de la corne supérieure du ménisque interne.

On peut dès lors admettre que des difficultés sont apparues au cours de la guérison. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, et celui d'erreurs commises dans le traitement médical, ne sont quant à eux pas remplis.

19. Il résulte de ce qui précède qu'un seul critère est réalisé, voire deux. Aussi ne peut-on que nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement du 18 juin 2016, qualifié de gravité moyenne stricto sensu - pour lequel il faut un cumul de trois critères -, et les troubles psychiques persistants en août 2018.

Le recours est en conséquence rejeté.

**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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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