

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Thalmann et M. Piguet, juge suppléant
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Nicole Wiebach, avocate
à Vevey,

et

B._____, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1, 24 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) Titulaire d'une licence en psychologie de l'Université de [...] et d'un diplôme en psychologie, option orientation scolaire et professionnelle, de l'Université de [...], T. _____ (ci-après: l'assurée), née en 19[...], a débuté le 1^{er} décembre 2009 un emploi en qualité d'éducatrice spécialisée pour le compte de l'association [...] dans le cadre d'une expérience pilote en matière d'encadrement de personnes autistes adultes.

Le 6 décembre 2009, aux environs de 19 heures, un résident autiste âgé d'une vingtaine d'années, mesurant environ 190 cm pour un poids de 100 kg, a été pris d'une crise violente accompagnée de comportements auto- et hétéro-agressifs. Lorsque l'assurée, qui mesure 165 cm pour 53 kg, a voulu lui venir en aide, le résident l'a frappée à la tête, puis l'a attrapée par les cheveux et l'a secouée, allant jusqu'à la soulever du sol. Après un certain temps, elle est parvenue à le calmer et à se dégager de son emprise. Malgré le choc et des douleurs au niveau du cuir chevelu, sur les côtés de la tête et dans le bras droit, l'assurée a achevé normalement sa journée du travail.

Sous l'effet du choc et se sentant incapable de faire face à nouveau à la violence du résident qui l'avait agressée, l'assurée a, le 23 décembre 2009, donné sa démission avec effet au 31 décembre 2009.

b) Par déclaration de sinistre du 2 février 2010, l'assurée a annoncé à B. _____ (ci-après: B. _____), auprès de laquelle elle était assurée pour les suites des accidents professionnels et non professionnels, avoir subi un accident le 6 décembre 2009 en essayant de retenir un patient pris d'une crise d'automutilation.

A la demande de son assureur, l'intéressée a séjourné du 8 au 10 mars 2010 à la Clinique Q. _____. Dans un rapport d'évaluation interdisciplinaire établi le 10 mars 2010, les Drs X. _____, spécialiste en

neurologie, et P._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, ont retenu le diagnostic de syndrome radiculaire C7 droit hyperalgique et déficitaire sur hernie discale C6-C7 droite et consigné les observations suivantes:

« T._____ est une femme de 37 ans qui présente un parcours personnel relativement chahuté. Au bénéfice d'une licence universitaire en psychologie, elle a acquis des compétences spécifiques dans le domaine de l'orientation scolaire et professionnelle où elle a exercé durant 7 ans, occupant successivement un poste à [...], à [...] puis à [...]. Il s'est, selon ses dires, agi d'une trajectoire tortueuse: elle est passée par des périodes de mobbing puis de burn out, l'engageant d'abord à diminuer son temps de travail, puis à changer d'orientation professionnelle. Elle s'est tournée vers une activité créatrice de décoratrice d'intérieur, gardant un temps partiel dans l'éducation. Durant les 8 mois où elle a travaillé pour des institutions s'occupant de handicapés au cours de l'année 2009, elle a subi deux passages à tabac (juin et décembre 2009), ce qui l'a poussée à donner sa démission.

Sa santé a déjà été atteinte à plusieurs reprises. A la fin des années 90, elle fait un blocage de la nuque et l'on diagnostique une hernie discale cervicale. On renonce à une intervention chirurgicale et la patiente est prise en charge par un ostéopathe de façon intensive (2 séances hebdomadaires pendant quelques mois), les soins devenant plus sporadiques ensuite (1 ou 2 séances par an). Sur le plan psychiatrique, elle a également eu recours à des soins d'inspiration diverse (analytique, cognitivo-comportementale...) au gré des difficultés professionnelles et existentielles qu'elle traversait.

Le 6 décembre 2009, elle est violemment prise à partie par un résident autiste de l'institution dans laquelle elle travaille, qui la frappe sur le crâne et lui tire les cheveux, la soulevant du sol. Aucun témoin oculaire n'assiste à la scène mais, attirée par ses cris, une collègue peut venir lui porter secours. Bien que choquée, Mlle T._____ peut terminer son temps de travail (3 heures en soirée). Elle développe rapidement un syndrome douloureux du membre supérieur droit, dominant qu'elle banalise dans un premier temps. Ainsi, elle peut poursuivre son activité professionnelle jusqu'à la fin de l'année 2009. Cependant, le 23 décembre, prenant conscience de la peur qu'elle éprouve en présence du résident qui l'a frappée, elle donne sa démission.

Ce n'est que le 6 janvier 2010, soit précisément un mois après le passage à tabac, qu'elle consulte pour la première fois un professionnel de santé, son ostéopathe. Après deux séances, celui-ci la dirige sur un centre d'urgence. Au cours des 2 mois qui suivent, l'évolution sera stationnaire malgré les soins appliqués, aussi bien les traitements médicamenteux que la physiothérapie. Mme T._____ consulte à 3 reprises le service des urgences [...], à deux reprises son médecin traitant, le Dr N._____, puis le service des urgences du Hôpital V._____ d'où elle est dirigée sur un neurochirurgien (Dr F._____). L'IRM cervicale révélant une hernie

discale C6-C7, on a évoqué le recours à un traitement invasif, d'abord par infiltration, puis, en cas d'insuccès, par discectomie. La patiente dit être en attente d'une convocation du Hôpital V._____.

Depuis le premier jour, ses symptômes n'ont guère varié et comportent des douleurs diffuses et migrantes du membre supérieur droit, intéressant alternativement le bras, le coude, l'avant-bras ou le poignet. La douleur est cotée à l'extrême de l'échelle visuelle analogique, la patiente ne trouvant de répit que la nuit. Accessoirement, elle signale des paresthésies des trois premiers doigts de la main, prédominant sur l'index. Le retentissement sur les activités de la vie quotidienne est majeur. Mlle T._____ vit seule dans une maison isolée et ne peut conduire sa voiture: aussi, elle a demandé une physiothérapie à domicile et requiert une aide ménagère. Elle est secondée pour les tâches courantes par son nouvel ami. Elle a demandé qu'on organise le transport pour la présente évaluation.

L'examen physique est difficile à mener. Le comportement peut par moments être très douloureux, la patiente manifestant sa gêne de différentes manières. D'une façon générale, elle collabore bien à l'anamnèse et aux tests à effectuer sur ordre. Ainsi, elle développe une excellente force de préhension et se plie aux tests interrogeant la coiffe des rotateurs avec vigueur. Il n'y a pas d'exclusion fonctionnelle du membre supérieur droit et l'épargne est inconstante. Objectivement, on ne retient aucune limitation de l'appareil locomoteur pour autant qu'on fasse abstraction d'un frein algique dans les mouvements cervicaux.

L'examen neurologique révèle une hypomyotrophie brachiale droite relative, une discrète parésie du triceps et des extenseurs du carpe, une inversion du réflexe tricipital droit et de discrets troubles sensitifs sur le dos de la main droite aux deuxième et troisième rayons. Sur le plan électrophysiologique, les neurographies sensitives et motrices sont dans les limites normales, écartant notamment une neuropathie d'enclavement du médian au tunnel carpien. L'EMG à l'aiguille concentrique met en évidence une activité spontanée de dénervation aiguë assez abondante dans le triceps droit, mais non dans un muscle tributaire du radial et de C6, tel que le brachio-radial.

Les documents d'imagerie ne révèlent pas de fracture vertébrale ni de signe d'instabilité. L'IRM montre clairement une hernie discale C6-C7 droite pouvant entrer en conflit avec la racine C7.

A ce stade, on retient un syndrome radiculaire C7 droit hyperalgique et déficitaire, en relation avec une volumineuse hernie discale C6-C7. Il existe une parfaite concordance radio-électro-clinique.

Dans ce contexte, les bilans complémentaires prévus avant le séjour (évaluation des capacités fonctionnelles, évaluation psychiatrique) perdent leur sens et nous y renonçons. Le score intermed élevé (31) traduit sans doute une certaine complexité psycho-sociale, mais la composante biologique (lésionnelle) est actuellement au premier plan.

Après échec des traitements médicamenteux (AINS, myorelaxants, antalgiques, anti-épileptiques), il faut maintenant se tourner vers des mesures plus invasives. Compte tenu de l'intensité de la douleur, nous organisons l'infiltration péridurale d'un corticostéroïde sous contrôle scannographique le 10 mars et laissons la patiente regagner son domicile. En cas de nouvel échec, l'indication opératoire sera posée. »

Dans une note de 15 mars 2010, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-conseil d'B._____, a indiqué qu'une hernie discale survenait avec des traumatismes à haute énergie comme un accident de la voie publique ou une chute à ski. Pour une aggravation déterminante d'une hernie discale préexistante, il aurait fallu s'attendre à des douleurs et à une impotence fonctionnelle immédiate, et non pas un mois plus tard. Au titre des facteurs externes, il existait des antécédents connus de hernie discale cervicale. Le traitement était en lien de causalité naturelle possible avec l'accident. L'aggravation de l'état de santé subie par l'assurée avait été passagère et le *statu quo sine* avait déjà été atteint.

Dans un rapport du 16 mars 2010, le Dr U._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'assurée souffrait depuis trois mois de cervico-brachialgies sur une hernie discale qui, à son avis, pouvait correspondre à une hernie traumatique, précisant qu'il s'agissait d'une notion juridique et ne se pencherait dès lors pas plus en avant sur ce diagnostic. L'assurée devait bénéficier d'une décompression chirurgicale dans les meilleurs délais.

Par décision du 29 mars 2010, B._____ a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 6 décembre 2009 au-delà du 28 février 2010, au motif de l'absence de lien de causalité naturelle avéré entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel.

T._____ a formé opposition par acte du 16 avril 2010.

Dans un rapport d'hospitalisation du 6 avril 2010 produit subséquemment, les Drs S._____ et L._____, médecins au département de médecine interne de l'Hôpital de [...] à [...], ont indiqué

que l'assurée avait séjourné dans leur service du 19 au 25 mars 2010 en raison de douleurs au niveau du bras droit impossibles à soulager et de nausées postprandiales importantes.

Dans un courrier du 29 avril 2010 adressé à B._____, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a déclaré être convaincu de la relation de causalité directe entre l'accident et l'atteinte à la santé. Le fait que l'assurée n'ait consulté un médecin qu'un mois après l'événement pouvait être expliqué par l'état de choc psychologique qu'elle a éprouvé à la suite de cette agression. Le syndrome radiculaire C7 avait depuis lors été largement documenté et traité.

B._____ a confié la réalisation d'une expertise neurologique au Dr Z._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 12 novembre 2010, ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome radiculaire C6-C7 droit, de contractures musculaires diffuses prédominant au niveau cervico-dorsal et de la ceinture scapulaire, d'état de stress important secondaire à son agression et de probable état anxio-dépressif secondaire motivant une prise en charge psychothérapeutique. Il a posé les observations suivantes:

« 7. Etiologie de l'affection en cours:

Elle présente un état de stress important lié aux suites de son agression du mois de décembre 2009. Dans ce contexte, il convient d'y rattacher, outre les manifestations psychologiques, les douleurs diffuses, les troubles du sommeil et surtout un tableau de contractures musculaires diffuses. Quant au syndrome radiculaire, il semble difficile de le dater avec précision.

En effet l'assurée allègue le fait qu'elle était « anesthésiée » dans le cadre de l'état de tension jusqu'au début 2010. Ce n'est qu'en début 2010 qu'elle identifie clairement l'apparition de son syndrome radiculaire. Ce délai rend donc hautement improbable l'existence d'une hernie discale post traumatique. En effet ce type de symptôme doit apparaître dans les quelques jours suivant le traumatisme et non pas plus d'un mois plus tard. De plus les IRM n'ont pas pu mettre en évidence de lésion clairement traumatique. De plus l'IRM de contrôle réalisée dans le cadre de cette expertise confirme la clinique en montrant une disparition de cette lésion.

8. Questions relatives à la relation de causalité

a) L'accident (ou la lésion corporelle assimilée) est-il l'unique cause ou une cause conjointe de l'atteinte à la santé constatée?

Le cas échéant, selon quel degré de vraisemblance?

L'accident incriminé a eu deux conséquences:

- Des répercussions psychologiques indéniables, importantes ayant engendré un état de stress. Ceci s'inscrivait dans le cadre d'un surmenage professionnel évident lié au développement d'une infrastructure de prise en charge d'autistes, originale, mais très éprouvante pour l'assurée.
- Dans ce contexte, elle développe un syndrome radiculaire C6-C7, sensitif, algique. L'examen neurologique confirme cet état. Ceci est conforté par des données neuroradiologiques mettant en évidence une protrusion radiculaire avec conflit radiculaire visualisé.

En l'état, je ne pense pas que nous puissions directement incriminer la protrusion au mécanisme de l'accident subi. En effet, il n'y a pas eu de traumatisme direct suffisamment intense au niveau cervical. Par contre, il a existé un état de stress important ayant engendré des tensions musculaires non négligeables. Cet état de stress secondaire à l'accident, reconnu est certainement le facteur déterminant à l'apparition d'un syndrome radiculaire.

Compte tenu de ces réflexions, la relation de causalité pour le syndrome radiculaire est au-dessous de 50%. L'état de stress et ses conséquences psychologiques et physiques sont indéniables et ont un rapport de causalité de plus de 50%.

b) Existe-t-il des facteurs étrangers à l'accident (états antérieurs tels que conséquences d'accidents antérieurs ou de maladies; maladies concomitantes, etc.) ?

Par ailleurs, il est probable qu'il existe d'autres influences quant à son état actuel. Parmi celles-ci, je relève qu'elle a quitté son ami, qu'il existe une indécision importante quant à son avenir professionnel et personnel. Elle vit aussi dans une situation précaire nécessitant une aide sociale. Elle envisage maintenant une reconversion professionnelle en tant que décoratrice.

L'ensemble de cette problématique a motivé une aide à l'assurance-invalidité, dont je n'ai aucun renseignement.

c) Au cas où les lésions constatées sont dues au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident:

- l'accident a-t-il conduit à une aggravation provisoire ou déterminante de cet état antérieur ?

- si ladite aggravation n'est que provisoire, quand le statu quo ante/sine est-il ou sera-t-il atteint ?

Selon les renseignements à ma disposition, la protrusion discale constatée auparavant n'est pas le facteur causal à son état actuel. En effet, la protrusion discale, encore visible ce jour à l'IRM n'est pas en rapport de causalité avec les déficits neurologiques constatés. La protrusion discale constatée antérieurement me semble donc pouvoir être banalisée en l'état.

Globalement, je pense que la situation va lentement s'améliorer compte tenu de la détermination de l'assurée à essayer de trouver une solution. Je ne suis pas sûr que l'amélioration soit rapide mais

elle se dessinera certainement, ceci est conforté par l'amélioration des données neuroradiologiques.

Du reste, elle a exprimé son désir de se prendre en mains en cherchant activement un nouvel emploi dans son cadre professionnel. Elle s'est alors rendue compte que le stress enduré par cette agression l'empêche d'imaginer une reprise d'activités professionnelles dans cette direction. Une reconversion professionnelle est donc fort probable rendant ainsi sa récupération plus longue.

En l'état, il est certainement très difficile de se déterminer quant à l'évolution de son état.

9. Questions relatives à la capacité de travail

a) Comment appréciez-vous la capacité de travail ?

Actuellement, je pense que pour des raisons psychologiques à savoir l'impossibilité de pouvoir subir une nouvelle agression dans un cadre psychiatrique où elle s'occupe de personnes atteintes de psychopathie sévère, une reprise de ses activités professionnelles me semble illusoire. Toutefois, si cela devait se faire, cela se ferait au prix d'une prise en charge psychothérapeutique intensive, prolongée. L'assurée a adopté une solution, qui me semble plus sage, à savoir une reconversion professionnelle dans des activités de décoratrice.

En conséquence, je pense qu'en tant que psychologue dans une institution, sa capacité de travail actuelle est de 0%. Dans une activité adaptée, où il n'existe pas trop de grosses contraintes cervicales, de port de charge importante en raison de son syndrome radiculaire, une activité professionnelle à 100% est envisageable à moyen terme. Il conviendra aussi d'atténuer le stress avec toutes les attitudes thérapeutiques possibles notamment d'ordre cognitivo-comportemental. Nous avons longuement discuté de cet aspect qu'elle a parfaitement bien compris et elle a abondé dans ce sens.

b) Dans quelles activités concrètes, dans quelle mesure et à quel taux existait-il et existe-t-il encore une restriction de l'état de santé, à compter de la date d'accident à aujourd'hui ?

Les activités concrètes qu'elle pourrait envisager seraient celles de décoratrice d'intérieur, de dessin, de créativité. Je ne pense pas que nous puissions envisager d'activités professionnelles où il existe des ports de charge lourde, compte tenu de l'existence de son syndrome radiculaire. Il existe aussi un état de vulnérabilité psychologique évident motivant une prise en charge spécialisée l'empêchant d'envisager une activité professionnelle trop stressante.

Dans ce contexte, je pense qu'il est illusoire d'envisager une reprise d'activité en tant qu'éducatrice spécialisée.

10. Traitement médical

a) L'état de santé est-il actuellement stabilisé ?

Non, son état est en lente amélioration, l'assurée étant, semble-t-il déterminé à s'en sortir. Il convient toutefois de la cadrer et qu'elle ait un but professionnel clair. De ce point de vue, elle est en pleine remise en question.

Il est fort probable que l'utilisation d'activité de réinsertion professionnelle par le biais de l'AI serait très utile en l'état.

b) Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé ?

Certainement, elle doit bénéficier d'une prise en charge de médecine interne, éventuellement neurochirurgicale et psychothérapeutique.

c) Quels traitements sont nécessaires pour conserver la capacité de travail restante ?

Il est important d'envisager une bonne prise en charge antalgique, une stabilisation de son état neurologique et psychologique. Ce n'est que sous ses conditions qu'une activité professionnelle suivie pourra être envisagée.

d) Quels traitement (et dans quelle envergure) sont nécessaires pour conserver l'état de santé actuel ou pour combattre les douleurs ?

Actuellement, la situation est relativement bien stabilisée par une prise en charge associant des attitudes comportementales, de la chiropraxie et l'utilisation ponctuelle de Dafalgan et de Novalgine. L'utilisation d'opiacés ou d'autres démarches médicamenteuses plus puissantes sont limitées en raison de l'apparition très rapide d'effets secondaires (nausées, troubles digestifs et urinaires notamment). Peut-être que l'utilisation du Targin associant un opiacé ainsi qu'un antagoniste de ceux-ci pourraient limiter les effets secondaires. Toutefois, je ne pense pas que l'assurée soit prête à reprendre des opiacés.

L'utilisation de tricycliques tels que le Surmontil ou du Tryptizol pourrait aussi être discutée.

11. En référence à l'art. 36 OLAA et l'annexe 3 OLAA, à quel taux estimez-vous l'atteinte à l'intégrité (en tenant compte d'une aggravation prévisible uniquement en relation de causalité avec l'accident) ?

Du point de vue somatique, pur, il n'existe pas d'atteinte à l'intégrité. En ce qui concerne les conséquences psychologiques du stress liées à l'agression en elle-même, je n'ai pas les compétences nécessaires pour me prononcer sur ce point. »

Se fondant sur les conclusions de cette expertise, B. _____ a, par décision du 7 janvier 2011, rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 29 mars 2010.

B. **a)** Par acte du 14 février 2011, T._____ a déféré la décision sur opposition rendue le 7 janvier 2011 par B._____ à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes:

« I. B._____ est tenue de prendre en charge et verser à T._____ toutes les prestations découlant de l'accident du 6 décembre 2009 au-delà du 28 février 2010, en particulier celles portant sur la prise en charge des divers traitements médicaux et de l'indemnité journalière.

II. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité dont le montant est à fixer à dire de justice est versée par B._____ à T._____. »

Elle estime que c'est à tort que l'expert et B._____ ont nié la relation de causalité naturelle entre l'accident et le diagnostic du syndrome radiculaire C6-C7 droit. Elle souligne s'être plainte à tous les médecins et avoir invoqué auprès de tous ses interlocuteurs des douleurs dès l'agression. Si ces douleurs n'ont fait l'objet d'un traitement médical qu'un mois après l'agression, c'est parce qu'elle avait subi un important choc post-traumatique, souffert de douleurs prédominantes au niveau du cuir chevelu et été contrainte de poursuivre son travail sous la pression de ses employeurs. L'expert avait par ailleurs clairement mis en évidence l'existence de conséquences physiques provoquées indirectement par l'état de stress généré par l'accident. L'accident n'avait pas entraîné que des troubles psychiques, comme le laissait supposer l'assureur-accidents. Et même s'il s'agissait de purs troubles psychiques, l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être admise. Dans la mesure où l'agression faisait manifestement partie des accidents de gravité moyenne (à la limite supérieure), revêtait un caractère particulièrement impressionnant et qu'elle souffrait encore de douleurs très intenses extrêmement difficile à traiter, les critères jurisprudentiels applicables dans le cadre d'accidents de gravité moyenne étaient donc largement remplis pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident et l'affection psychique.

A l'appui de son recours, la recourante a joint deux rapports médicaux:

- Dans un rapport du 7 décembre 2010, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'examen clinique montrait au membre supérieur droit un minime syndrome radiculaire irritatif, une inversion du reflexe tricipital, des troubles de la sensibilité de l'index et du majeur. Il existait de plus des signes de périarthrite scapulohumérale (PSH) droite. L'EMG effectué dans le muscle triceps brachial droit montrait une disparition des signes de dénervation aiguë constatés dans le triceps brachial droit en mars 2010 mais ils persistaient encore dans le muscle grand palmaire. Les douleurs actuelles avaient donc une double origine, radiculaire C7 droite et sur PS1. Le Dr K._____ proposait la reprise d'un traitement d'AINS sous pansement gastrique, une physiothérapie destinée à l'épaule droite et douce en ce qui concernait la colonne cervicale. Selon l'évolution, une IRM de l'épaule droite pourrait être indiquée avant d'envisager d'autres traitements comme une infiltration.

- Dans un rapport du 10 janvier 2011, la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait un diagnostic d'état dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques, lié en grande partie à un stress post-traumatique et aux séquelles physiques de l'agression qu'elle a subie en 2009 dans le cadre de son travail. L'assurée présentait depuis plusieurs mois une incapacité de travail de 100%, liée au début aux douleurs physiques, plus récemment surtout à l'état dépressif. Il n'était en aucun cas raisonnable d'exiger de l'assurée qu'elle retourne travailler au contact de personnes atteintes psychologiquement. On pouvait espérer une reprise à 50% dans un délai assez bref, puis une reprise progressive à 100%. L'assurée venait de redémarrer une activité de décoratrice, en association avec une connaissance. Pour atteindre un revenu complet, il lui faudrait impérativement suivre une formation, comme architecte d'intérieur par exemple.

b) Dans sa réponse du 13 avril 2011, B._____ a conclu au rejet du recours. Se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'intimée relève que les circonstances de l'événement accidentel - agression par un patient pris de démence - se distinguent nettement des

événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale. La relation de causalité naturelle entre l'accident et le diagnostic de syndrome radiculaire C6-C7 droit n'était au mieux que possible, ce qui était insuffisant pour reconnaître un droit aux prestations de l'assurance-accidents. Au demeurant, le délai d'un mois entre la manifestation des symptômes du syndrome radiculaire et l'accident distendait considérablement le lien de causalité naturelle. La survenance du statu quo sine était donc survenue avant les premières consultations, de sorte que les prestations LAA n'étaient pas dues pour les suites de l'événement du 6 décembre 2009. L'accident avait également eu pour conséquences des répercussions psychologiques indéniables et importantes ayant engendré un état de stress. Ceci s'inscrivait dans le cadre d'un surmenage professionnel évident lié au développement d'une infrastructure originale de prise en charge d'autistes. C'est dans ce contexte que la recourante avait développé un syndrome radiculaire C6-C7. La prise en charge de ces troubles n'incombait toutefois pas à B._____, le droit à des prestations LAA supposant également un rapport de causalité adéquate, non réalisé en l'espèce.

c) Dans sa réplique du 20 juin 2011, T._____ a maintenu les conclusions de son recours du 14 février 2011.

d) Dans sa duplique du 5 juillet 2011, B._____ a indiqué que les éléments invoqués par la recourante dans sa duplique n'était pas de nature à modifier son point de vue.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.201). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et

58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 7 janvier 2011, à supprimer le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 28 février 2010 et à nier le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua none* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b; TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013, consid. 5.1).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les

symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_638/2011 du 23 août 2012, consid. 3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011, consid. 3.2). 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 (TF 8C_135/2011 *op. cit.*).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; TF U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

c) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les

conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, consid. 1.3 et la référence citée).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TF U 172/06 du 10 mai 2007, consid. 6.3; TF U 282/06 du 4 juin 2007, consid. 3.3).

d) 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; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102, consid. 5b/bb). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel ou d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Dans le premier cas - lorsque l'assuré a vécu un événement traumatisant sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi -, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177, consid. 4.2). Dans le second cas - en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident qui a

également provoqué un trouble somatique –, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité (ATF 115 V 133 et 403; cf. également Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, 2^e éd., n° 89 ss p. 868). Ainsi, elle 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, en fonction de son déroulement.

Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; 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:

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 115 V 133, consid. 6c/aa; 403, consid. 5c/aa; TF U 18/07 du 7 février 2008, consid. 3.2).

4. En l'occurrence, il convient de déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'accident du 6 décembre 2009 et les troubles de santé présentés par T._____.

a) Il est constant que l'assurée a présenté un syndrome radiculaire C7 droit hyperalgique et déficitaire, en relation avec une hernie discale C6-C7, ainsi que l'ont retenu les Drs X._____ et P._____ (cf. rapport de la Clinique Q._____ du 10 mars 2010), après examen de l'IRM cervicale effectuée le 13 janvier 2010. S'agissant du déroulement de l'événement accidentel du 6 décembre 2009, il résulte du dossier que l'assurée, en intervenant auprès d'un résident autiste - mesurant environ 190 cm pour un poids de 100 kg - pris d'une crise violente accompagnée de comportement auto- et hétéro-agressifs, a été frappée à la tête par ce dernier, s'est faite attrapée par les cheveux et secouée, jusqu'à être soulevée du sol.

Au vu de la jurisprudence précitée (cf. consid. 3c *supra*), les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative et ne sont qu'exceptionnellement la cause proprement dite d'une telle atteinte. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, télescopage à grande vitesse (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 7.2 et la référence citée), l'événement traumatique a été relativement

modéré. De surcroît, la recourante a terminé son temps de travail et poursuivi son activité professionnelle jusqu'à la fin de l'année 2009.

Selon le Dr H._____, il était tout au plus possible que le mécanisme du déroulement de l'accident, tel qu'il était décrit, soit à l'origine du diagnostic posé, étant donné que la recourante présentait des antécédents d'une hernie discale cervicale - constatée à la fin des années 1990 - et qu'elle n'avait pas consulté de suite un médecin. A cet égard, il a précisé que pour une aggravation déterminante d'une hernie discale préexistante, il aurait fallu s'attendre à des douleurs et une impotence fonctionnelle immédiate et non pas un mois plus tard. En effet, la première consultation n'a eu lieu que le 6 janvier 2010, auprès d'un ostéopathe, et ce n'est que sur indication de ce dernier, après deux séances, que l'intéressée est allée consulter son médecin traitant et un centre d'urgence. Le Dr H._____ a ainsi retenu que l'aggravation de l'état de santé était passagère et la survenance du *statu quo sine*, qui avait déjà été atteint en mars 2010, devait être fixé avant la première consultation de janvier 2010 (cf. avis du 15 mars 2010). Cette appréciation est corroborée par le rapport d'expertise du Dr Z._____, aux termes duquel le délai d'un mois rendait hautement improbable l'existence d'une hernie discale post-traumatique. Le Dr Z._____ a précisé que ce type de symptôme devait apparaître dans les quelques jours suivant le traumatisme et non pas un mois plus tard. De plus, il n'y avait pas eu de traumatisme direct suffisamment intense au niveau cervical; les IRM n'avaient pas mis en évidence de lésion clairement traumatique (ni fracture vertébrale ni signe d'instabilité). Dès lors, selon l'expert, la protrusion discale n'était pas le facteur causal aux déficits constatés et pouvait être banalisée (cf. rapport d'expertise du 12 novembre 2010).

Aucun avis médical n'est de nature à mettre en doute l'appréciation des Drs H._____ et Z._____. En effet, les médecins de la Clinique Q._____ retiennent un syndrome radiculaire C7 droit hyperalgie et déficitaire en relation avec une volumineuse hernie discale C6-C7, sans qualifier de traumatique l'origine de la hernie discale. En mars 2010, le Dr U._____ note la présence, depuis trois mois, de cervico-brachialgies sur

une hernie discale, douleurs dont les Drs H._____ et Z._____ ont également fait état (« Importantes douleurs nuque et bras droit », cf. rapport du 15 mars 2010 du Dr H._____ ; « elle constate la persistance de phénomènes douloureux intéressant la région cervicale s'étendant jusqu'à la région inter-scapulaire », cf. rapport d'expertise du 12 novembre 2010, p. 15, du Dr Z._____). Par ailleurs, le Dr U._____ n'émet qu'une supposition s'agissant de l'origine traumatique de la hernie discale, eu égard à la jurisprudence y relative. En décembre 2010, le Dr K._____ fait état notamment d'un minime syndrome radiculaire irritatif et retient que les douleurs actuelles ont une double origine, radiculaire C7 droite et sur périarthrite scapulo-humérale. Il n'établit pas que l'origine de la hernie discale C6-C7 est attribuable à l'accident du 6 décembre 2009. Finalement, seul le Dr M._____, dans son rapport du 29 avril 2010, soutient l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la « nouvelle atteinte à [la] santé ». Pour étayer son affirmation, il mentionne, d'une part, le fait que le syndrome radiculaire C7 a été largement documenté et, d'autre part, que l'état de choc psychologique éprouvé par l'assurée pouvait justifier la première consultation un mois après l'événement. Or on ne saurait attribuer à ces faits - pris en considération par l'expert et le médecin-conseil - la portée que leur confère le Dr M._____.

Dès lors, après confrontation des avis médicaux à la jurisprudence précitée, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 6 décembre 2009 et les troubles somatiques présentés par l'assurée n'est au mieux que possible, ce qui est insuffisant pour reconnaître un droit aux prestations de l'assurance-accidents. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (cf. consid. 3d *supra*).

b) La recourante a entrepris un traitement psychiatrique auprès de la Dresse C._____ dès le mois de juillet 2010. Dans son rapport du 10 janvier 2011, la psychiatre a posé le diagnostic d'état dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques, lié en grande partie à un stress post-traumatique et aux séquelles physiques de l'agression subie par la recourante en décembre 2009 dans le cadre de son travail. Lors de

son expertise, le Dr Z._____ avait constaté un stress post-traumatique en lien direct avec l'accident. Il expliquait que l'événement du 6 décembre 2009 avait eu pour conséquences des répercussions psychologiques indéniables et importantes ayant engendré un état de stress; ceci s'inscrivait dans le cadre d'un surmenage professionnel évident lié au développement d'une infrastructure de prise en charge d'autistes, très éprouvante pour l'assurée et c'était dans ce contexte qu'elle avait développé un syndrome radiculaire C6-C7, sensitif, algique, confirmé par l'examen neurologique. Selon le Dr Z._____, l'état de stress secondaire à l'accident avait engendré des tensions musculaires non négligeables et avait certainement été le facteur déterminant à l'apparition d'un syndrome radiculaire.

Cela étant, l'intimée a procédé à l'examen de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident du 6 décembre 2009.

Sur le vu des critères objectifs posé par la jurisprudence (cf. consid. 3d *supra*), l'agression du 6 décembre 2009 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. En effet, alors qu'elle tentait de venir en aide à un résident autiste pris d'une violente crise, la recourante a été frappée à la tête par ce dernier, attrapée par les cheveux et secouée, jusqu'à être soulevée du sol. Elle n'a pas subi de lésions physiques graves - telle qu'une fracture - ayant nécessité une prise en charge médicale immédiate. Elle a été en mesure de terminer sa journée de travail après l'agression et de poursuivre ses activités au sein de l'institution qui l'employait jusqu'à la fin de l'année 2009. Dès lors qu'il y a lieu de faire abstraction de la manière dont l'assurée a ressenti et assumé le choc traumatique, force est de constater que le déroulement de l'événement en cause et l'intensité de l'atteinte qu'il a générée ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave.

S'agissant du résultat auquel est parvenue l'intimée en examinant la causalité adéquate sous l'angle des critères applicables aux

troubles psychiques consécutifs à un accident de gravité moyenne, il n'est pas critiquable.

En l'occurrence, l'accident n'a pas été marqué par des circonstances concomitantes dramatiques. Quant au caractère particulièrement impressionnant, on peut certes reconnaître le caractère subjectivement impressionnant de l'agression, eu égard à l'important déséquilibre des forces en présence compte tenu des différences de sexe, de taille et de poids entre les protagonistes. Cependant, ce critère doit être examiné objectivement et non sur la base du sentiment subjectif ou de la peur ressentie par l'assurée (TF U 56/07 du 25 janvier 2008, consid. 6.1; TF 8C_57/2008 du 16 mars 2008 consid. 9.1). D'ailleurs, chaque accident de gravité moyenne recouvre un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour remplir le critère du caractère particulièrement impressionnant (TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 et les références citées). Par ailleurs, on relèvera que la recourante, au bénéfice d'une formation en psychologie (licence et diplôme), travaillait comme éducatrice spécialisée dans le cadre d'une expérience pilote en matière d'encadrement de personnes autistes adultes; elle pouvait dès lors s'attendre à être confrontée, dans son activité professionnelle, à des comportements tels que celui adopté par le résident qui l'a agressée.

Cela étant, la recourante n'a pas subi de lésions corporelles graves; les IRM réalisées à la suite de l'agression n'ont pas mis en évidence de lésion clairement traumatique. Par ailleurs, quand bien même elle a présenté des douleurs diffuses et migrantes du membre supérieur droit, celles-ci ne l'ont pas empêché de terminer sa journée de travail et de poursuivre son activité jusqu'à la fin de l'année 2009. Elle n'a au demeurant consulté un médecin pour la première fois qu'en janvier 2010. Le traitement médical ne s'est en outre pas révélé anormalement long ni n'a été entaché d'erreurs ayant entraîné une aggravation des séquelles de l'accident. Des difficultés ou complications ne sont par ailleurs pas apparues en cours de guérison, étant relevé que l'IRM de contrôle réalisée dans le cadre de l'expertise a révélé une disparition de la lésion radiculaire (« par rapport à l'examen antérieur du 13.01.2010, on constate que la

hernie discale C6-C7, paramédiane droite, s'est résolue », cf. rapport d'IRM du 13 octobre 2010). La durée de l'incapacité de travail attribuable aux seules séquelles somatiques ne saurait être considérée comme particulièrement longue. En effet, comme constaté plus haut, les symptômes somatiques n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident dès le 1^{er} mars 2010 au plus tard. Par ailleurs, comme cela a été mis en évidence par les Drs C._____ et Z._____, les limitations de la recourante étaient en lien avec son travail au contact de personnes atteintes psychologiquement et pouvaient être levées par l'exercice d'une nouvelle activité, notamment celle de décoratrice. La Dresse C._____ a en outre indiqué que l'incapacité de travail était, au début, liée aux douleurs physiques et plus récemment, surtout à l'état dépressif. Ainsi, le degré et la durée de l'incapacité de travail ne sont pas dus aux lésions physiques en lien avec l'accident mais à des raisons psychologiques.

S'agissant des douleurs physiques persistantes, l'assurée ne présente plus de séquelles organiques depuis le 28 février 2010 à tout le moins, ses douleurs résultent donc d'une composante avant tout psychique, soit de son état de stress post-traumatique. Or, l'examen du caractère adéquat doit être examiné en excluant les aspects psychiques, de sorte que ce critère ne peut être pris en considération (en ce sens: TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 5 *in fine*; TF 8C_312/2007 du 5 juin 2008, consid. 3.2.2; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 5.2).

Sur le vu de ce qui précède, on retiendra que les critères posés par la jurisprudence ne sont dès lors pas remplis en l'espèce pour admettre la causalité adéquate.

Le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident du 6 décembre 2009 étant nié, la question du lien de causalité naturelle pour lesdits troubles peut rester indécise.

5. Se pose encore la question de savoir si la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2).

L'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202) précise qu'une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.

La jurisprudence ne reconnaît le caractère durable d'une atteinte à l'intégrité psychique qu'à des conditions restrictives. Se référant à la classification établie pour statuer sur le rapport de causalité adéquate entre un événement accidentel et une atteinte à la santé psychique, elle nie en principe le caractère durable d'une atteinte à l'intégrité psychique survenue à la suite d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, ou encore en cas d'accident de gravité moyenne. Elle n'estime alors pas nécessaire de mettre en oeuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Le Tribunal fédéral ne s'écarte de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'accident assuré est à la limite de la catégorie des accidents graves et pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber. On doit voir de tels indices dans les circonstances qui ont, de manière évidente, favorisé l'installation de troubles durables pour toute la vie. En cas d'accidents graves, enfin, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit toujours être examiné, au besoin par la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique, pour autant qu'il n'apparaisse pas déjà évident sur le vu des éléments ressortant du dossier (ATF 124 V 29,

consid. 5c/bb; 209, consid. 4b; TF 8C_254/2009 du 19 mars 2010, consid. 2.2).

b) En l'occurrence, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 4b *supra*), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles développés au plan psychiatrique par la recourante et l'agression qu'elle a subie le 6 décembre 2009 doit être niée. S'agissant au demeurant d'un accident de gravité moyenne, la jurisprudence nie en principe le caractère durable d'une atteinte à l'intégrité psychique. Au plan somatique, il est en outre établi (cf. consid. 4a *supra*) que la recourante ne présente plus de séquelles de l'accident du 6 décembre 2009. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimée a nié le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par B._____.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours déposé le 15 février 2011 par T._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 7 janvier 2011 par B._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Nicole Wiebach (pour T._____)
- B._____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :