

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

N._____, à Lausanne, intimée.

Art. 44 LPGGA ; art. 6 al. 1 et 36 LAA

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], exerçait la profession d'agente de sécurité pour l'entreprise H._____, depuis 2006. Le 18 février 2012, alors qu'elle était en poste à la sortie d'un magasin D._____ à Lausanne, elle a remarqué un homme, âgé d'une vingtaine d'années, qui avait un comportement suspect et qui était entré dans une cabine d'essayage avec deux costumes. Elle a avisé son chef, qui a attendu avec elle l'individu en question. Une fois sortis du magasin, ils l'ont interpellé et lui ont demandé de les suivre à l'intérieur. L'homme a fait mine d'obtempérer ; l'assurée le tenait par la ceinture de son manteau à l'aide de sa main droite, pour qu'il ne s'enfuit pas. A un moment donné, l'homme s'est retourné d'un coup et l'a poussée. Comme elle n'était pas tombée, il l'a attrapée par la veste et l'a soulevée pour ensuite la projeter. Y._____ a chuté et a perdu connaissance quelques secondes. Une fois revenue à elle, elle a crié à son chef de courir après l'homme, qui avait pris la fuite. Elle s'est ensuite rendue aux urgences de V._____ où le Dr J._____, médecin généraliste, a établi un constat de coups et blessures. Selon ce document, l'assurée avait chuté en arrière avec choc sur l'occiput et avait perdu connaissance quelques secondes, avec par la suite des nausées et vertiges. Elle présentait également un traumatisme du coude gauche avec tuméfaction et hématome. Le J._____ a constaté une tuméfaction ainsi qu'un hématome au niveau occipital gauche. Les examens radiographiques n'avaient pas mis en évidence de fracture. Le J._____ a posé les diagnostics de traumatisme crânien et contusion du coude gauche. Il a prescrit un traitement anti-inflammatoire et attesté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 21 février 2012 (rapport du 20 février 2012).

Le 27 février 2012, H._____ a annoncé l'événement du 18 février 2012 à son assurance-accidents, N._____ (ci-après : N._____ ou l'intimée), qui a pris en charge le traitement et alloué des indemnités journalières.

La Dresse X._____, médecin généraliste et médecin traitant, a assuré le suivi thérapeutique. Vu la persistance de maux de tête et de dos, de troubles du sommeil, d'angoisses et d'une peur de l'assurée de sortir de chez elle, la praticienne a attesté une incapacité de travail totale, pour une durée indéterminée (rapport du 17 avril 2012). Elle a par ailleurs requis une tomodensitométrie (CT-Scan) cérébrale, qui a mis en évidence un hématome sous-cutané pariétal postérieur droit de 12mm de diamètre ainsi que des épaissements muqueux bilatéraux des sinus maxillaires, des cellules ethmoïdales antérieures et postérieures et des sinus sphénoïdaux, sans autre anomalie (rapport du 5 mars 2012 de la Dresse C._____, spécialiste en radiologie).

L'assurée a également entrepris un suivi psychothérapeutique auprès du Dr Z._____, psychiatre et psychothérapeute, et de la psychologue B._____. Dans un rapport du 20 avril 2012 à N._____, le Dr Z._____ a fait état des plaintes suivantes de l'assurée : comportement d'évitement (la patiente ne sort plus de chez elle, sauf accompagnée), troubles du sommeil (cauchemars et insomnies), perte d'appétit, céphalées, souvenirs envahissants sous forme de « flash back » (le bruit et la vision de la chute reviennent en boucle), états de terreur diurnes et nocturnes. Il a constaté un émoussement émotionnel, une anhédonie, un sentiment de persécution, des idées noires et une grande tristesse, et a posé le diagnostic d'état de stress post traumatique (F43.1).

L'assurée a consulté Me Olivier Carré, qui l'a adressée au Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans une lettre du 15 août 2012 à Me Carré, ce médecin a posé le diagnostic de lésion des ligaments alaires dans la partie supérieure du rachis cervical et de dégénérescence de l'articulation atlanto-axoïdienne et des disques C4/C5 et C5/C6, avec arthrose de C3 à C6. Il a estimé que la lésion des ligaments alaires était d'origine traumatique et qu'elle était responsable du « tableau douloureux chronique cervical » présenté par l'assurée.

Le 14 septembre 2012, le Dr R._____, médecin-conseil d'N._____, et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a suggéré une expertise par le Dr G._____, ou le Dr F._____, tous deux spécialistes en neurologie.

Le 8 octobre 2012, N._____ a informé Me Carré d'un mandat d'expertise confié au G._____ et au Dr P._____, psychiatre. Le 11 octobre 2012, Me Carré a exclu que sa mandante se rende chez le Dr P._____ et a proposé la désignation du Dr S._____, psychiatre, pour l'expertise psychiatrique. N._____ a finalement confié le mandat d'expertise psychiatrique au Dr S._____.

Me Carré a par ailleurs communiqué à N._____ la lettre du 15 août 2012 du Dr M._____, ainsi que les réponses de ce médecin à un questionnaire qu'il lui avait adressé le 7 octobre 2012. Ces réponses confirmaient pour l'essentiel différentes affirmations du questionnaire, avec quelques explications complémentaires du Dr M._____. En particulier, celui-ci a indiqué que les ligaments alaires avaient pour fonction de limiter la rotation axiale du rachis cervical supérieur. La rotation excessive des vertèbres concernées était la cause des douleurs de l'assurée et la seule technique chirurgicale éprouvée était le blocage de ces vertèbres. Il importait de repousser cette chirurgie aussi longtemps que possible et de proposer d'abord à l'assurée une activité très légère, à temps partiel, sans exigence de rendement et respectant scrupuleusement une liste de restrictions. Sur l'origine accidentelle de la lésion des ligaments alaires, le Dr M._____ a précisé que l'assurée avait été projetée au sol avec force sur l'hémicorps gauche avec une rotation gauche de la tête. Les ligaments alaires gauches étaient donc initialement détendus et tendus à la lésion à droite, « puis controlatéralement consécutivement surtout dans sa composante d'inflexion-extension ». La lésion essentielle était ainsi du côté droit comme le montrait l'écart droit constaté radiologiquement. Les lésions des ligaments alaires étaient visibles à l'imagerie par résonance magnétique. Leur origine traumatique était donc établie. La localisation et le type de douleurs exprimées par

l'assurée ne correspondaient pas aux lésions dégénératives de C3 à C6 constatées.

Me Carré a également remis à l'assureur-accidents un rapport que lui avait adressé la Dresse Q._____, spécialiste en anesthésie et traitement de la douleur, le 7 octobre 2012. Elle y précise que « selon l'anamnèse et l'examen clinique, il s'agit bien d'un Whiplash Syndrome-Stage 2, WAD (Whiplash Associated Disorder) ».

Le Dr G._____ a examiné l'assurée le 16 novembre 2012. Le 14 décembre 2012, Me Carré a exposé à l'assureur-accidents que sa cliente lui avait fait « une curieuse relation de son entretien avec cet expert ». Sans donner plus de précisions sur le déroulement exact de l'expertise, Me Carré indiquait que ce n'était pas la première fois que des clients lui rapportaient, au sujet du Dr G._____, « des propos désobligeants, irrespectueux des confrères médecins, une haine des juristes, et des questions totalement déplacées ».

Le Dr G._____ a établi son rapport d'expertise le 17 décembre 2012. Il a notamment réfuté le diagnostic de lésion des ligaments alaires, posé par le Dr M._____, et n'a constaté aucune atteinte neurologique objectivable. Il a exposé que l'assurée présentait des contractures musculaires douloureuses intéressant l'ensemble du rachis cervical, la ceinture scapulaire et le scalp. Il y avait également des douleurs à la palpation du sous-épineux droit, ainsi qu'une très discrète souffrance sensitive du nerf cubital droit, cette dernière atteinte étant sans rapport avec l'accident. Posant le diagnostic de «status après TCC [traumatisme crânien cérébral] avec commotion cérébrale et amnésie circonstancielle», il a constaté que la situation médicale était « à 100 % en rapport avec l'accident du 18.02.2012 ». Il a ajouté que « les syndromes post-traumatiques subjectifs notamment après un TCC avec commotion cérébrale [pouvaient] engendrer un tableau tel que celui nous occupant, pouvant perdurer jusqu'à deux ans au maximum. Toutefois, dans le cadre d'une longue discussion [avec l'assurée], elle se [montrait] déterminée à reprendre une activité professionnelle le plus rapidement possible. [...]

Toutefois, une reconversion dans le cadre d'une activité professionnelle d'agente de sécurité responsable de l'interception de délinquants lui sembl[ait] impossible. Toutes autres activités de surveillance, d'enquêtrice [étaient] largement envisageables pour elle ». Le Dr G._____ estimait que la situation n'était pas encore consolidée et que l'état de santé était en train de s'améliorer, mais que d'importantes douleurs persistaient, avec une diminution de la résistance à l'effort et au stress, une asthénie et une recrudescence des phénomènes douloureux. L'attitude thérapeutique mise en place, avec la prise d'anti-inflammatoires de façon ponctuelle, un traitement de Déroxat et une psychothérapie, paraissait appropriée. Une atteinte durable à l'intégrité était peu probable.

Le 17 décembre 2012 également, le Dr S._____ a établi son propre rapport d'expertise. Réfutant le diagnostic d'état de stress post traumatique, il a posé celui de trouble anxieux non spécifié (F41.9). L'atteinte était suffisamment grave pour générer des limitations. L'assurée était angoissée en situation de foule et notamment à proximité ou dans des commerces similaires à ceux où elle avait été employée. Elle était anormalement anxieuse lorsqu'elle devait se déplacer seule et loin de son domicile. Un certain degré d'activation neuro-végétative subsistait à côté de conduites d'évitement et validait le fond anxieux résiduel. L'expert considérait que l'assurée n'était pas capable de reprendre son activité professionnelle antérieure d'agente de sécurité dans les commerces, en raison du trouble anxieux non spécifié. En revanche, dans une activité adaptée, par exemple au bureau de la société qui l'employait, sans être confrontée à des interventions potentiellement violentes sur le terrain, elle disposait d'une capacité de travail entière après une période d'adaptation de 10 à 15 jours. La reprise du travail dans une activité adaptée était raisonnablement exigible dans le courant du mois de janvier 2013, à 50 %, puis à 100 % d'ici le 28 février 2013. L'expert estimait par ailleurs que l'atteinte à la santé psychique avait été causée par l'accident, mais que désormais, les facteurs étrangers à l'événement traumatique avaient pris une valeur prépondérante. Pour ces motifs, il était donc d'avis que le *statu quo sine* avait été atteint six mois après l'événement traumatique. Une guérison partielle, voire totale, des troubles psychiques était envisageable

et devrait s'imposer dans le courant de l'année 2013, à moins d'événements nouveaux d'ici-là.

Le 22 janvier 2013, le Dr G._____ a complété son rapport d'expertise en confirmant l'inexistence d'un déficit neurologique. Se référant à l'expertise du Dr G._____, il a exposé que les atteintes à la santé étaient avant tout psychologiques, quand bien même il lui paraissait impossible de dissocier les conséquences psychologiques et physiques inhérentes à l'agression.

Le 9 janvier 2013, Me Carré a contesté l'expertise du Dr G._____ en réitérant ses critiques relatives à l'attitude ou aux propos inadéquats qu'aurait tenus cet expert. Le 18 février 2013, Me Carré a encore produit une détermination du 7 février 2013 du Dr M._____, relative à l'expertise du Dr G._____, ainsi qu'un rapport du 28 janvier 2013 du Dr K._____, psychiatre, et de la psychologue T._____. Les Drs G._____ et S._____ ont été invités à se déterminer sur ces nouveaux documents et ont maintenu leurs constatations (rapport du 1^{er} mars 2013 du Dr S._____ et rapport du 4 mars 2013 du Dr G._____). Le Dr G._____ a par ailleurs exposé que l'entretien avec l'assurée s'était très bien déroulé, qu'il l'avait encouragée dans sa prise en charge et n'avait soulevé aucune critique quant à sa démarche. Elle avait formulé, à plusieurs reprises, sa satisfaction sur le déroulement de l'entretien.

Me Carré a par la suite déposé de nouvelles déterminations du Dr M._____, des 11 avril, 26 avril, 19 septembre 2013 et 1^{er} juin 2014, ainsi que du Dr K._____ et de la psychologue T._____, des 29 avril 2013 et 20 mai 2014. Il a également produit un rapport du 21 avril 2013 de la Dresse Q._____, faisant état de résultats de laboratoire démontrant « un état inflammatoire avec une sécrétion des PG2 », ce qui confirmait selon elle le diagnostic de « Whiplash Syndrome-Stade 2 WAD ».

L'assureur-accidents a demandé un nouveau rapport médical à la Dresse X._____. Le 6 juin 2013, celle-ci a fait état de douleurs

persistantes nuque-épaules qui s'étaient aggravées après un stage en informatique demandé par l'assurance-invalidité. La nuque était « bloquée » avec des contractures douloureuses musculaires paracervicales et dans les trapèzes, des deux côtés. La Dresse X._____ a adressé sa patiente au Dr W._____, radiologue, pour une arthro-IRM de l'épaule gauche. Dans un rapport du 6 août 2013, ce médecin a constaté une déchirure partielle non transfixiante de la portion postérieure et distale du tendon sus-épineux. L'assurée a alors consulté le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. Dans un rapport du 26 août 2013 à la Dresse X._____, ce médecin a observé que l'assurée présentait des douleurs persistantes de la région cervico-brachiale gauche, avec peu d'argument pour une capsulite rétractile. Il se déclarait surtout frappé par la kinésiophobie et estimait que le tableau clinique posait la question d'un éventuel état de stress post-traumatique. Il a pratiqué une infiltration intra-articulaire de corticoïdes.

Entre-temps, par décision du 13 août 2013, N._____ a mis fin à ses prestations, avec effet au 31 juillet 2013, au motif que l'assurée ne présentait plus, à cette date, d'atteinte à sa santé d'origine accidentelle. Me Carré, pour l'assurée, a fait opposition à cette décision en produisant notamment un rapport du 22 août 2013 de la Dresse X._____, le rapport du 6 août 2013 du Dr W._____ et celui du 26 août 2013 du Dr L._____.

Le 23 septembre 2013, le Dr R._____ a pris position sur ces documents et a considéré qu'en l'absence de problèmes directs de l'épaule gauche et de limitations fonctionnelles de cette épaule jusqu'en août 2013, le lien de causalité avec l'accident n'était que possible.

L'assurance-accidents a par la suite confié une nouvelle expertise au Dr F._____, neurologue. Le 13 février 2014, Me Carré s'est opposé à la désignation de cet expert et a proposé de s'adresser à d'autres neurologues. L'assureur-accidents a toutefois maintenu le choix du Dr F._____. Le 25 février 2014, Me Carré a écrit à N._____ que sa cliente accepterait ce « diktat » et qu'elle se rendrait à la convocation de l'expert, en dépit de ses réserves.

Le Dr F._____ a établi son rapport d'expertise le 13 mars 2014. Il a posé le diagnostic de cervicalgies chroniques sans substrat somatique sur le plan neurologique, en constatant que les atteintes à la santé étaient d'origine malade. Il estimait que le lien causalité avec l'événement assuré pouvait être établi sur une durée de six mois sur un plan neurologique, en tenant compte d'un traumatisme crânio-cérébral mineur. En revanche, ce lien de causalité devait être nié pour les atteintes persistant après six mois. Il a estimé que le diagnostic de traumatisme cervical indirect de type Whiplash paraissait douteux et a réfuté le diagnostic de lésion accidentelle du ligament alaire. Le socle somatique à la base des cervicalgies semblait peu probable et l'on constatait, sans surprise, des doléances incohérentes sur le plan physiopathologique, en particulier des cervicalgies exacerbées à la marche et des céphalées cotées à l'extrême de l'échelle visuelle analogique. La souffrance de l'assurée était certainement authentique, mais de nature malade, liée vraisemblablement à une problématique psychologique de nature peu claire, favorisée par le maintien du conflit asséurologique.

Le 5 juin 2014, Me Carré a contesté l'expertise du Dr F._____ et a produit, notamment, deux rapports des 9 et 14 mai 2014 du Dr F.G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier y exposait que les déchirures partielles des tendons de la coiffe des rotateurs constatées par arthro-IRM étaient très probablement en relation avec l'accident du 18 février 2012 ; le seul traitement pouvant améliorer la situation était un traitement chirurgical avec réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs et ténodèse du long chef du biceps.

Par décision sur opposition du 31 juillet 2014, N._____ a maintenu son refus de prester pour la période postérieure au 31 juillet 2013 ainsi que son refus d'allouer une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Le 15 septembre 2014, Me Carré, pour Y._____, a déposé un recours de droit administratif contre cette décision. En substance, il conclut, sous suite de frais et dépens, à la poursuite de la prise en charge

des frais médicaux et du versement des indemnités journalières, postérieurement au 31 juillet 2013. A titre subsidiaire, il demande le versement d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A titre plus subsidiaire encore, il conclut au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A titre de mesure d'instruction devant le tribunal, il propose l'audition de la recourante et la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

L'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens, le 20 octobre 2014.

Les parties se sont encore déterminées les 15 décembre 2014, 15 avril 2015 et 1^{er} février 2016, pour la recourante, et les 12 janvier, 9 avril et 5 mai 2015, pour l'intimée. Elles ont toutes deux maintenu leurs conclusions. La recourante a notamment produit un rapport du 21 janvier 2014 de la Dresse J.K._____, anesthésiste au Centre de la douleur de D.E._____, et un extrait d'une expertise réalisée par le Dr F.G._____, traitant des lésions de la coiffe des rotateurs. L'intimée a pour sa part produit, notamment, une détermination du 27 avril 2015 du Dr R._____, confirmant que, de son point de vue, l'origine accidentelle de la lésion de la coiffe des rotateurs n'était que possible, mais pas établie de manière vraisemblablement prépondérante.

On reviendra ci-après sur l'argumentation des parties, dans la mesure nécessaire.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art.

61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge du traitement médical et à des indemnités journalières des suites de l'accident du 18 février 2012, subsidiairement à une rente, pour la période postérieure au 31 juillet 2013. Il porte également sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) aa) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sous réserve d'exceptions prévues par la loi, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b p. 289 s. et les références). 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 ; cf. TF 8C_925/2014 du 18 décembre 2015 consid. 3).

Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références ; cf. TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

bb) 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. Par ailleurs, selon l'art. 36

al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

cc) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75 ; TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2, 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2, 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux déterminants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient

bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 126 V 353 consid.5b, 125 V 352 consid. 3 ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.11).

4. L'intimée a constaté l'absence d'atteinte à la santé en relation de causalité avec l'accident postérieurement au 31 juillet 2013. Elle se fonde sur les expertises des Drs G._____, F._____ et S._____, ainsi que sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr R._____. La recourante conteste la valeur probante des rapports établis par ces médecins et allègue la persistance d'atteintes à la santé d'origine accidentelle en se référant aux rapports établis par les Drs M._____, Q._____, K._____, F.G._____ et J.K._____.

5. a) La recourante conteste d'abord l'expertise du Dr G._____ au motif que l'expert se serait « comporté de façon inqualifiable », qu'il aurait fait preuve de « désinvolture » et abordé « des questions [...] visiblement hors sujet, limite graveleuses ». Elle propose d'être entendue à ce sujet par la Cour, « qui pourra se forger une opinion sur sa sincérité et sur le détail des griefs qu'elle formule contre ce médecin ». En l'absence de toute autre précision dans l'acte de recours et les déterminations de la recourante en procédure devant la Cour des assurances sociales, on ne saurait ordonner une mesure d'instruction complémentaire pour établir ces allégations vagues, ni dénier la valeur probante du rapport d'expertise contesté sans autre analyse de son contenu. Pour ce motif déjà, le grief soulevé doit être rejeté sans autre mesure d'instruction.

Indépendamment de ce qui précède, même si l'on prend en considération les allégations de la recourante pendant la procédure administrative – bien qu'elle aurait dû les présenter dans son acte de recours si elle souhaitait sérieusement en faire le fondement de son argumentation –, force est de constater qu'elles ne sont guère plus précises. Dans une lettre du 14 décembre 2012 à l'intimée, Me Carré a exposé ce qui suit : « Mme Y._____ [...] m'a fait une curieuse relation de son entretien avec cet expert. Ce n'est pas la première fois que des clients me rapportent à son sujet des propos désobligeants, irrespectueux des confrères médecins, une haine des juristes, et des questions totalement

déplacées. » On ne trouve dans ces deux phrases aucune allégation sur des faits ou des propos précis qui se seraient déroulés ou auraient été tenus lors de l'expertise. On ignore même, parmi les qualificatifs attribués par Me Carré aux propos du Dr G._____, lesquels se rapportent à ceux tenus lors de l'entretien avec la recourante. Ce n'est finalement qu'à réception du rapport d'expertise défavorable à sa mandante, soit tardivement, que Me Carré a relaté les propos concrètement reprochés à l'expert. Celui-ci aurait expliqué à la recourante qu'elle devait se détendre, pour soigner ses problèmes de nuque, «comme lorsqu'elle fait l'amour». De telles considérations, à supposer qu'elles puissent être établies et qu'elles aient été correctement rapportées dans leur contexte, seraient évidemment déplacées. Elles n'entraîneraient toutefois pas la négation pure et simple de toute valeur probante à l'expertise du Dr G._____. Pour ce motif également, le grief soulevé est mal fondé.

b) aa) La recourante conteste l'expertise établie par le Dr F._____ au motif que ce médecin lui aurait été imposé unilatéralement par l'intimée et qu'elle s'était opposée à sa désignation parce qu'il était trop souvent mandaté par les assureurs privés ; il n'avait donc pas l'indépendance suffisante pour réaliser des expertises « véritablement désintéressées ». La recourante avait également souhaité éviter que l'expertise soit confiée au Dr M.N._____. Me Carré allègue qu'il existe une polémique entre lui-même et les Drs F._____ et M.N._____, qu'il n'avait jamais ménagés dans les argumentations qu'il avait développées dans diverses procédures, ce qui nuisait à la sérénité du débat médical s'ils étaient désignés. L'avocat avait proposé plusieurs autres experts contre lesquels il n'aurait pas eu d'objection.

bb) Aux termes de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Le Tribunal fédéral a précisé la portée de cette disposition dans un arrêt du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210). Pour les expertises monodisciplinaires et bidisciplinaires, il a exposé qu'il appartenait aux assureurs sociaux de

rechercher d'abord à désigner l'expert de manière consensuelle, en donnant aux assurés la possibilité de s'exprimer sur le choix de l'expert et de proposer des questions à lui adresser. En cas de contestation, et si un accord ne peut être trouvé, l'assureur social doit rendre une décision pouvant faire l'objet d'un recours. La personne assurée peut alors faire valoir des griefs d'ordre formel ou matériel à l'encontre de l'expert désigné, en d'autres termes faire valoir des motifs de récusation ou «tous autres motifs pertinents» de renoncer à sa désignation. Le Tribunal fédéral précise toutefois que le fait qu'un expert soit fréquemment désigné par les assureurs sociaux ne constitue pas un tel motif de récusation ni un autre motif pertinent (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7).

cc) En l'espèce, Me Carré a émis des objections à la désignation du Dr G._____, neurologue, proposé par l'intimée, avant d'admettre sa désignation. Il a en revanche totalement exclu que sa mandante se rende pour une expertise chez le psychiatre proposé par l'intimée. L'assureur-accidents a finalement renoncé à désigner ce psychiatre pour mandater le Dr S._____, suggéré par Me Carré. Lorsque par la suite, l'intimée a informé la recourante de son intention de désigner le Dr F._____, Me Carré s'est déclaré contrarié par ce choix au motif que ce neurologue était à sa connaissance systématiquement favorable aux assureurs, qui le mandataient d'ailleurs très régulièrement. L'avocat avait également des réserves s'agissant du Dr M.N._____, qui «sagement [...] se désiste dans les dossiers où [il] intervien[t] pour éviter ce genre de polémique.» Dans ce contexte, on peut comprendre que l'intimée ait renoncé à une désignation consensuelle du second expert neurologue. Ni l'assuré ni son mandataire ne disposent en effet d'un droit de veto qu'ils pourraient opposer à la désignation d'un expert. Admettre qu'un mandataire puisse obtenir, en soulevant dans diverses procédures des arguments dont il admet lui-même le caractère polémique, qu'un ou plusieurs médecins ne soient plus désignés dans les causes où il intervient, reviendrait à lui octroyer un tel veto. Comme déjà exposé, le fait qu'un expert soit fréquemment désigné par les assureurs sociaux ne constitue pas un motif pertinent de renoncer à le désigner, de sorte que le grief est mal fondé.

Au demeurant, la recourante expose dans sa détermination du 15 décembre 2014 qu'elle a finalement consenti à l'expertise parce qu'elle savait qu'un recours séparé sur la question du choix de l'expert était voué à l'échec. On s'interroge donc sur sa démarche dans la présente procédure. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où la recourante admet expressément avoir consenti au choix de l'expert, elle ne peut en principe plus le contester après avoir pris connaissance des constatations défavorables de l'expert.

6. a) Le Dr G._____ a posé le diagnostic de status après traumatisme cranio-cérébral et amnésie circonstancielle. Il n'a pas constaté de déficit neurologique séquellaire à l'agression subie, mais a néanmoins constaté des contractures musculaires douloureuses sur l'ensemble du rachis cervical, la ceinture scapulaire et le scalp. La palpation de ces zones permettait la reproduction des plaintes relevées à l'anamnèse. Il existait également des douleurs à la palpation du sous-épineux droit, ainsi qu'une très discrète souffrance sensitive du nerf cubital droit, survenue de façon secondaire, sans rapport avec l'accident. Selon le Dr G._____, ces constatations relevaient d'un syndrome post-traumatique subjectif pouvant engendrer un tableau perdurant jusqu'à deux ans au maximum. Le neurologue admettait ainsi, à l'époque de son expertise (décembre 2012), un rapport de causalité avec l'accident. Une reprise du travail dans l'activité d'agente de sécurité responsable de l'interception d'individus ne paraissait pas adaptée, au vu du traumatisme subi par l'assurée. En revanche, une activité de bureau, d'enquêtrice, d'organisation, voire de surveillance, était largement possible, à plein temps. Globalement, la situation n'était pas encore consolidée, mais à terme, il n'y aurait vraisemblablement pas d'atteinte à l'intégrité en l'absence de déficit neurologique. Invité à préciser ses constatations, le Dr G._____ a confirmé l'inexistence d'un déficit neurologique objectivable chez l'assurée. Se référant à l'expertise du Dr S._____, il a indiqué que les atteintes à la santé étaient essentiellement psychiques, mais qu'il était, en l'état, impossible de dissocier les conséquences psychologiques et physiques « inhérentes » à l'agression subie.

En ce qui concerne le diagnostic de lésion du ligament alaire d'origine accidentelle, posé par le Dr M._____, le Dr G._____ l'a réfuté en exposant notamment, de manière convaincante, que les données radiologiques auxquelles se référait le Dr M._____ ne permettaient pas d'établir le caractère accidentel d'une telle lésion, ce type d'image se retrouvant aussi dans la population en général, sans contexte pathologique (sur l'absence de consensus scientifique sur le fait qu'une lésion du ligament alaire d'origine accidentelle puisse être établie par examens radiographiques, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.2 ; TF 8C_16/2014 du 3 novembre 2014 consid. 4.2).

Le Dr F._____ a par la suite posé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral mineur, en précisant que plus de deux ans après l'accident assuré, il n'y avait plus d'atteinte à la santé physique d'origine accidentelle (« le tableau actuel ne peut pas être mis en relation de causalité naturelle [...] avec l'accident »). D'un strict point de vue neurologique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle et aucune atteinte objective ne pouvait expliquer une limitation au plan professionnel. La souffrance exprimée par l'assurée était certainement authentique, mais de nature malade, vraisemblablement liée à une problématique psychologique de nature peu claire. Le Dr F._____ a en outre considéré qu'une atteinte de type « coup du lapin » paraissait « douteuse » et a nié qu'une lésion accidentelle du ligament alaire, telle que diagnostiquée par le Dr M._____, puisse être établie. Comme le Dr G._____, il a exposé que les anomalies de la charnière cervico-occipitale, en particulier des ligaments alaires, étaient extrêmement fréquentes et sans incidence clinique. L'asymétrie des surfaces articulaires C0-C1-C2 correspondait plutôt à la règle.

Les rapports établis par les Drs G._____ et F._____ répondent aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une valeur probante, quand bien même on peut regretter que le Dr G._____ n'ait pas présenté le résultat de ses constatations cliniques de manière plus détaillée. On peut également déplorer l'absence de véritable expertise pluridisciplinaire, neurologique et psychiatrique,

comprenant un rapport de synthèse commun. On peut néanmoins raisonnablement constater, sur la base des expertises des Drs G. _____ et F. _____, l'absence d'atteinte à la santé physique d'origine accidentelle lorsque l'intimée a mis fin à ses prestations, le 31 juillet 2013.

b) Hormis ses critiques relatives à la personne des experts et à leur mode de désignation, la recourante conteste la valeur probante de leurs constatations au motif qu'elles seraient contredites par celles des Drs M. _____, Q. _____, F.G. _____ et J.K. _____. Les rapports établis par ces médecins ne sont toutefois pas suffisamment probants. La Dresse Q. _____ pose le diagnostic de « Whiplash Syndrom » dans un rapport du 7 octobre 2012 au mandataire de la recourante. Le rapport tient en quelques lignes, ne contient aucune anamnèse, aucune description des constatations cliniques, aucune discussion et se limite à poser l'affirmation que « selon l'anamnèse et l'examen clinique, il s'agit bien d'un Whiplash Syndrome-Stade 2 ». C'est évidemment insuffisant pour remettre en cause les expertises des Drs G. _____ et F. _____. Le rapport du 21 avril 2013 de la Dresse Q. _____, qui fait état de « résultats de laboratoire » démontrant « un état inflammatoire avec une sécrétion des PG2 » confirmant selon elle le diagnostic de Whiplash Syndrom, ne convainc pas davantage. Pour sa part, le Dr M. _____ a d'abord établi un rapport de dix lignes le 15 août 2012, à l'intention du mandataire de la recourante. Il y expose qu'il retient le diagnostic principal de lésion des ligaments alaires dans la partie supérieure du rachis cervical. Cette lésion serait responsable du tableau douloureux chronique cervical présenté par la recourante. Le Dr M. _____ déclare ensuite se tenir à disposition pour l'évaluation de la capacité de travail, de l'atteinte à l'intégrité ainsi que pour la rédaction d'un dossier pour l'assurance-invalidité. Le rapport ne contient ni anamnèse, ni description des examens cliniques, ni discussion, se limitant pour l'essentiel à l'affirmation mentionnée ci-avant. Il ne permet d'ailleurs pas de déterminer si la recourante avait, à la date du rapport, fait l'objet d'un examen clinique par le Dr M. _____. Cette manière d'établir une forme de préavis, dans lequel le médecin prend d'ores et déjà position sur des points essentiels, avant de se déclarer prêt à rédiger un dossier pour l'assurance-invalidité, ne permet pas de lui

reconnaître une position d'expert, mais le place bien plutôt dans une situation comparable, par certains aspects, à celui du médecin traitant, par d'autres à celui du représentant de la personne assurée dans la procédure menée devant les assureurs sociaux. Indépendamment du caractère particulièrement succinct de son rapport du 15 août 2012, cette position spécifique jette un doute sérieux sur l'objectivité de son auteur. Par ailleurs, le rapport complémentaire établi le 7 octobre 2012 par le Dr M. _____ n'est pas davantage probant que le précédent au regard de son contenu, bien qu'un peu plus développé. Ce rapport ne contient en effet, lui non plus, pas d'anamnèse, de description des constatations cliniques ni de véritable discussion, mais se présente sous la forme de réponses relativement péremptoires à des questions très orientées que lui avait adressées le mandataire de la recourante. Quant aux documents établis ultérieurement par le Dr M. _____, ils ne contiennent aucune information de nature à étayer davantage ses rapports précédents, mais se limitent pour l'essentiel à des charges contre l'expertise du Dr G. _____ ; le Dr M. _____ y pointe certes quelques imprécisions du Dr G. _____, mais ne complète pas pour autant son propre rapport.

Dans son rapport du 21 janvier 2014, la Dresse J.K. _____ expose que la recourante a rempli des questionnaires qui ont permis de démontrer une composante mixte, à la fois mécanique et neuropathique, de ses douleurs. L'assurée semble y voir la confirmation que ses douleurs ont bien une origine neurologique, au moins partielle. Après deux expertises neurologiques probantes constatant l'absence de déficit neurologique, le simple constat posé par la Dresse J.K. _____, sans réelle motivation ni démonstration, est insuffisant pour justifier le complément d'instruction requis par la recourante et s'écarter des constatations des Drs G. _____ et F. _____.

Enfin, dans des rapports des 9 et 14 mai 2014, le Dr F.G. _____ pose le diagnostic de déchirure partielle de la face profonde du tendon sous-scapulaire à sa partie haute, avec amincissement du tendon du LCB [long chef du biceps] sans subluxation. Il se fonde sur une arthro-IRM de l'épaule gauche du 5 août 2013, réalisée par le

Dr W._____. Sur la base de son examen, dont il estimait toutefois la qualité sous-optimale en raison d'artéfacts liés aux mouvements de la patiente, ce radiologue avait constaté une atrophie de stade I du muscle sus-épineux sans infiltration adipeuse, ainsi qu'une déchirure partielle non transfixiante de la portion postérieure et distale du tendon sus-épineux. Le Dr F.G._____ considère que les déchirures partielles des tendons de la coiffe des rotateurs étaient très probablement en relation avec l'accident. De son point de vue, elles étaient déjà présentes auparavant, mais n'avaient pas été vues sur l'IRM préalable. Le Dr F.G._____ ne justifie pas plus précisément son point de vue relatif au caractère accidentel des atteintes constatées. Le Dr R._____ a objecté à juste titre que le diagnostic en question n'avait été posé qu'à partir d'août 2013 et qu'auparavant, aucun médecin n'avait constaté de problème direct de l'épaule gauche ni de limitation fonctionnelle. Seules des atteintes cervicales, pouvant irradier vers l'épaule gauche, voire droite, avaient été constatées. Sur ce point, le Dr R._____ emporte la conviction : ni les Drs J._____ et X._____, ni le Dr G._____ ne font état de plaintes de l'assurée relatives à son épaule gauche ni de constat d'une atteinte à cette épaule avant le mois d'août 2013 ; le Dr G._____ constate en revanche des douleurs à la palpation du sous-épineux droit. Plus tard, le Dr F._____, qui a effectué son expertise en 2014, fait état de plaintes de la recourante relatives à l'épaule gauche (p. 8 et 10). En d'autres termes, ce n'est pas seulement au plan radiologique que les atteintes à l'épaule gauche étaient passées inaperçues jusqu'en août 2013, mais également lors des examens cliniques et dans la description des plaintes de la recourante. C'est dire qu'en l'espèce, une lésion traumatique de la coiffe des rotateurs ne peut être considérée que comme une hypothèse possible, mais non la plus probable, comme l'indique le Dr R._____. L'extrait non daté d'une expertise du Dr F.G._____ qui ne concerne pas la recourante - produit par Me Carré en procédure de recours -, ne revêt aucune valeur probante dans ce contexte ; qu'une lésion de la coiffe de rotateur puisse rester asymptomatique, qu'elle puisse avoir été causée par un traumatisme de basse énergie ou que l'origine traumatique des déchirures de la coiffe constitue selon le Dr F.G._____ le cas le plus fréquent, ne permet pas de s'écarter du constat que l'origine accidentelle d'une lésion

de la coiffe n'ayant fait l'objet de plaintes et de constatations cliniques ou radiologiques qu'une année et demie après un accident n'est qu'une hypothèse possible parmi d'autres, qui n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. détermination du Dr R._____ du 27 avril 2015, produite le 5 mai 2015 par l'intimée). Le Dr M._____ a au demeurant exprimé le même avis le 19 septembre 2013 (« à un an et demi de l'agression, avec un traumatisme très peu ou non adéquat pour ce type de lésion et chez un ancien agent de sécurité, ce type de lésion, de bas grade, est des plus banale pour une personne née en 1956 »).

c) aa) Le Dr S._____ a posé le diagnostic de trouble anxieux non spécifique et a réfuté celui de trouble état de stress post traumatique. Il a motivé ses constatations de manière convaincante au terme d'une expertise répondant aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a détaillé les raisons pour lesquelles il estimait que le diagnostic d'état de stress post traumatique ne pouvait être posé en l'espèce ; sans faire état de constats fondamentalement différents de ceux du Dr S._____ quant aux symptômes de l'assurée, le Dr K._____ et la psychothérapeute T._____ présentent une argumentation notablement plus sommaire pour justifier leur diagnostic d'état de stress post-traumatique, sans se référer aux critères diagnostics des ouvrages de référence, contrairement au Dr S._____. Leur avis ne suffit donc pas à remettre en cause les constatations de fait de l'expert psychiatre mandaté par l'intimée. Quoi qu'il en soit, la question du diagnostic psychiatrique n'est en l'espèce pas déterminante, pour les raisons exposées ci-après.

bb) Si les constatations de fait du Dr S._____ sont probantes, ses conclusions relatives à l'absence de rapport de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes à la santé psychiques persistant plus de six mois après cet événement reposent sur une mauvaise compréhension de la notion même de causalité naturelle en assurance-accidents obligatoire. En effet, le Dr S._____ nie le rapport de causalité en question au motif que « les facteurs étrangers à l'événement traumatique ont pris une valeur prépondérante (> 50 %) » et que l'assurée aurait dû évoluer vers une rémission complète de ses troubles

psychiatriques « si l'événement traumatique du 18.02.2012 avait été seul en cause ». Or, la causalité naturelle doit être admise lorsque l'événement traumatique est l'une des causes d'une atteinte à la santé, même si elle n'est pas la seule ; il suffit que cet événement soit une condition *sine qua non* des atteintes à la santé, autrement dit que sans l'accident, l'atteinte à la santé ne serait pas survenue. Que l'influence des facteurs étrangers à l'accident soit, avec le temps, devenue prépondérante ne suffit pas à écarter le lien de causalité naturelle tant que cette influence n'est pas exclusive. De même, le fait qu'il soit possible que la recourante aurait évolué vers des troubles psychiques incapacitants dans sa profession d'agente de sécurité sur le terrain, même sans l'agression en cause, comme l'observe le Dr S. _____ dans sa détermination complémentaire du 1^{er} mars 2013, ne permet pas de considérer cette hypothèse comme la plus probable.

Il convient donc de constater, en se référant à l'expertise du Dr S. _____, que la recourante présentait encore au moment de son expertise un trouble anxieux non spécifique entraînant une incapacité de travail de 100 % dans l'activité d'agent de sécurité dans les commerces, et de l'ordre de 50 % dans une activité adaptée lui permettant d'éviter la confrontation avec des interventions potentiellement violentes sur le terrain. Le point de savoir si ce lien de causalité et ces incapacités de travail ont perduré jusqu'au 31 juillet 2013 et postérieurement à cette date peut être laissé ouvert, compte tenu de ce qui suit. Un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire n'est pas davantage nécessaire.

7. a) Comme on l'a vu (consid. 3a/aa), le maintien de prestations de l'assurance-accidents implique que les atteintes à la santé constatées soient également en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré.

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité

moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133_cons. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa). En l'espèce, l'accident subi était de gravité moyenne, comme l'a retenu à juste titre l'intimée. La recourante ne le conteste pas.

b) aa) En présence d'un accident de gravité moyenne, pour admettre le rapport de causalité adéquate entre l'accident et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 et 403 précités, ibidem) :

- 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.

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 (TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5, in SVR 2010 UV n° 25 p. 100 ss, 8C_510/2015 du 20 octobre 2015 consid. 6.2, 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3).

bb) En l'espèce, aucun des critères mentionnés par la jurisprudence n'est rempli. La recourante, âgée à l'époque de 5 [...] ans, a intercepté un voleur d'une vingtaine d'années qui s'est dégagé pour se libérer, puis l'a soulevée par la veste et l'a projetée. Elle a subi un choc sur le coude gauche et à la tête, entraînant une brève perte de connaissance. Un tel événement n'était certainement pas banal et était de nature à effrayer la recourante. Il n'en reste pas moins que le voleur n'a pas insisté et qu'il s'est aussitôt enfui. Dans ces circonstances, on ne peut pas qualifier le déroulement de l'accident de particulièrement dramatique ou impressionnant. Par la suite, le traitement des atteintes à la santé physique subies par la recourante n'a pas été particulièrement long ni compliqué ; il a été uniquement conservateur. La recourante présente encore des douleurs et des contractures importantes, mais celles-ci ne peuvent pas être rapportées à une atteinte à la santé physique. Il en va de même des difficultés apparues au cours de la guérison et de l'incapacité de travail persistante. Le lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé psychiques persistantes de la recourante et l'accident assuré doit donc être nié.

cc) Il convient d'ajouter, pour être complet, que même si les Drs G._____ et F._____ avaient admis qu'une partie des symptômes encore présentés par la recourante postérieurement au 31 juillet 2013 pouvaient être attribués à un traumatisme crânio-cérébral ou à un syndrome de type « coup du lapin », la causalité adéquate avec l'accident devrait être niée. En effet, la recourante a rapidement présenté une atteinte à la santé psychique prédominante. Le 20 avril 2012 déjà, le Dr Z._____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le Dr S._____ a réfuté ce diagnostic pour privilégier celui de trouble anxieux non spécifique. Mais malgré cette divergence relative au diagnostic - et non aux symptômes - il n'en reste pas moins qu'une importante atteinte à la santé psychique a été constatée rapidement après l'accident. Un suivi psychothérapeutique a été mis en place, d'abord au cabinet du Dr Z._____, puis au cabinet du Dr K._____ ; il se poursuivait encore au moment de l'expertise réalisée par le Dr S._____. Le 22 janvier 2013, le Dr G._____ a exposé que les atteintes à la santé étaient avant tout

psychologiques, même s'il lui paraissait impossible de dissocier les conséquences psychologiques et physiques inhérentes à l'agression. Or, la jurisprudence considère qu'en présence de séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral ou de type «coup du lapin», l'analyse de la causalité adéquate repose sur les mêmes critères qu'en cas de troubles psychiques, lorsque, comme en l'espèce, ces derniers revêtent un caractère distinct du tableau clinique typique après un traumatisme crânio-cérébral ou de type « coup du lapin » (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 s.; 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

8. En l'absence d'atteinte à la santé en rapport de causalité à la fois naturelle et adéquate avec l'accident assuré, persistant postérieurement au 31 juillet 2013, l'intimée était en droit de mettre fin dès cette date à ses prestations, sans allouer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée. La recourante voit ses conclusions intégralement rejetées et ne peut donc pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 juillet 2014 par N. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour la recourante),
- N. _____,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :