

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2017

Composition : M. NEU, président
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

G._____, à **S.**_____, recourant, représenté par Me Frank Tièche, avocat
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Né en 1957, G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaillait depuis le 5 juillet 2014 en qualité de vendeur en station-service pour le compte de la société X._____ GmbH. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). L'assuré a été licencié avec effet au 30 avril 2015.

Le 2 novembre 2014, G._____ s'est fait agresser sur son lieu de travail par un client auquel il n'avait pas été en mesure de vendre l'article recherché faute de le détenir en magasin. L'employeur a annoncé le cas à la CNA en date du 16 janvier 2015.

Hospitalisé du 2 au 4 novembre 2014 au service de chirurgie générale de l'Hôpital B._____, l'assuré a décrit une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle, se plaignant de céphalées et de douleurs à la base du crâne ainsi qu'au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire droite et du fémur droit. Dans leur rapport du 12 novembre 2014, les Drs D._____, F._____ et A._____, respectivement médecin-chef, chef de clinique et médecin assistant, ont indiqué que le bilan radiologique ne montrait pas de fracture et que les examens d'imagerie ne révélaient ni hématome intracrânien ni lésion du massif facial. Quant aux contrôles neurologiques, ils étaient normaux. Ils ont posé le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral mineur. A la sortie, ils ont préconisé un rendez-vous en ophtalmologie au vu des difficultés signalées par l'assuré pour lire le journal ainsi qu'une éventuelle consultation au service de psychiatrie de liaison de l'Hôpital L._____ si l'anxiété présentée ensuite de l'agression subie devait persister.

Une incapacité totale de travail a été attestée à compter du 2 novembre 2014.

Une consultation d'ophtalmologie générale pratiquée le 12 novembre 2014 a conclu à l'absence de pathologie oculaire.

Le 7 novembre 2014, l'assuré a débuté un suivi auprès du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, en raison de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur, plus particulièrement au niveau des cuisses, et surtout de céphalées occipitales. En raison de l'échec des traitements entrepris, le Dr J._____ a adressé son patient au Dr Q._____, spécialiste en neurologie, lequel, dans son rapport du 12 juin 2015, a relevé que l'examen des nerfs crâniens était sans particularité. En revanche, la palpation du crâne et de la colonne cervicale était diffusément douloureuse. Il a posé le diagnostic de céphalée post-traumatique persistante, motivé par la relation chronologique entre l'apparition de cette dernière et le traumatisme crânien subi lors de l'agression de novembre 2014. Il a proposé l'administration d'un anti-dépresseur.

Dans leur rapport du 9 septembre 2015, les Drs C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, tous deux médecins au Centre E._____, ont indiqué suivre l'assuré depuis le 14 novembre 2014 dans le cadre d'un facteur de stress. Leur évaluation n'a pas objectivé de symptômes psychiques majeurs ou de séquelles de syndrome de stress post-traumatique. Leurs constatations révélaient une symptomatologie anxieuse, réactionnelle à un licenciement considéré comme abusif. Ils concluaient à une relative stabilité psychique de l'assuré.

Par décision du 29 février 2016, la CNA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 24 février 2016, motif pris que les troubles dont l'assuré se plaignait à ce jour n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique. En outre, un lien de causalité adéquate n'a pas pu être établi entre les troubles psychiques présentés et l'accident du 2 novembre 2014.

Par acte du 14 mars 2016, complété le 26 avril suivant, l'assuré s'est opposé à cette décision, faisant valoir, d'une part, que l'agression subie constituait un accident de gravité moyenne et, d'autre part, qu'il présentait depuis lors des céphalées persistantes nécessitant l'administration d'antalgiques. Il a en conséquence conclu à l'annulation de dite décision et à la poursuite de la prise en charge du traitement médical.

A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport médical du Dr Q. _____ du 11 avril 2016, dans lequel celui-ci posait une nouvelle fois le diagnostic de céphalées post-traumatiques persistantes attribuées au traumatisme crânien subi par l'intéressé. Leur évolution n'était pas bonne et un pronostic était difficile à déterminer. Il a indiqué qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail en tant que vendeur ou dans une autre profession. L'assuré a en outre transmis un rapport médical du 25 avril 2016 de la Dresse N. _____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, laquelle retenait également le diagnostic de céphalées post-traumatiques persistantes. Aucune amélioration n'avait été observée en dépit des différents traitements prescrits. Selon elle, le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 2 novembre 2014 était probable. Elle n'avait pas évalué la capacité de travail.

Dans une prise de position du 13 juin 2016 faisant suite à l'analyse du dossier de l'assuré, le Dr U. _____, spécialiste en neurologie et médecin au Centre de compétence de la CNA, a conclu qu'une nouvelle imagerie cérébrale était indispensable pour exclure une cause malade aux céphalées. C'est pourquoi, il a demandé l'organisation d'une IRM cérébrale « pour dépistage de lésions post-traumatiques chez un assuré souffrant de céphalées chroniques. »

Une IRM cérébrale a été pratiquée le 8 juillet 2016. Dans son compte-rendu daté du même jour, le Dr Z. _____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, n'a constaté aucune lésion post-

traumatique et notamment aucun artefact susceptible de signaler des micro-saignements ou des lésions axonales par cisaillement.

En vue de déterminer si les céphalées pouvaient s'expliquer d'un point de vue organique au-delà du 26 février 2016 et, dans l'affirmative, si ces troubles étaient encore en relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident, le Dr U._____ a été chargé de procéder à l'appréciation neurologique de la situation de l'assuré.

En date du 22 août 2016, le Dr U._____ a déposé son rapport, dont une traduction en langue française a été versée au dossier. Il a conclu son analyse en ces termes :

« D'un point de vue neurologique, l'accident du 2 novembre 2014 peut à la rigueur être qualifié de légère lésion cérébrale d'origine traumatique d'après les critères de la Fédération européenne des sociétés de neurologie (EFNS). L'assuré a reçu des coups sur la tête et au visage. Lors de l'examen clinique du 2 novembre 2014, les céphalées, les douleurs dans l'articulation temporo-mandibulaire droite et dans le fémur droit étaient prépondérantes. Ont été observées deux bosses sur la tête et un hématome occipital sous-jacent, ainsi que de nombreuses écorchures sur le corps. Toute lésion osseuse a pu être exclue. L'examen tomодensitométrique en temps réel du cerveau n'a mis en évidence aucune séquelle traumatique. Cette observation a été confirmée par l'examen IRM du 8 juillet 2016 : l'accident n'a pas non plus provoqué de microlésion au cerveau.

Aucun corrélat n'a été trouvé dans le cadre d'une consultation ophtalmologique pour les diplopies monoculaires signalées par l'assuré le 3 novembre 2014. Le trouble olfactif mis en évidence ultérieurement par le Dr Q._____, neurologue, n'est pas dû à l'accident et en l'absence de preuve d'une lésion cérébrale fronto-basale, il n'est pas non plus plausible au degré de la vraisemblance prépondérante. Le Dr J._____ avait déjà observé d'autres incohérences à l'occasion de son premier examen de l'assuré le 7 novembre 2014 (pseudo-ataxie dans le cadre de l'épreuve doigt-nez). Le Dr J._____ décrit également une évolution thérapeutique atypique et très lente. Les céphalées ont en outre changé au fil du temps. Elles étaient tout d'abord localisées au niveau occipital, puis se sont propagées dans toute la tête. Ce constat ne correspond pas à une évolution thérapeutique normale, car généralement les troubles post-traumatiques vont décroître. Il y a une très forte probabilité que des facteurs psycho-sociaux non organiques entretiennent le tableau clinique de l'assuré, comme l'ont signalé le médecin traitant et les psychiatres consultés.

Réponses au questionnaire

Les céphalées peuvent-elles s'expliquer d'un point de vue organique au-delà du 26 février 2016 ? Dans l'affirmative seulement, ces troubles sont-ils encore en relation avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante ?

Non, il n'existe aucune corrélation structurelle objectivable avec les céphalées. »

Dans sa décision sur opposition du 23 août 2016, la CNA a, en premier lieu, rappelé que le diagnostic de céphalées post-traumatiques posé par le Dr Q. _____ les 12 juin 2015 et 11 avril 2016 compte tenu de l'apparition des troubles après l'accident du mois de novembre 2014 ne saurait être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. En effet, en tant qu'il se fondait sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc », il ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus, le certificat de la Dresse N. _____ produit à l'appui de l'opposition n'était pas propre à remettre en cause les conclusions du Dr U. _____. Outre que l'IRM cérébrale pratiquée à sa demande n'avait pas mis en évidence de séquelle post-traumatique, son analyse excluait toute corrélation structurelle objectivable entre les céphalées alléguées et le traumatisme subi. A ses yeux, il était probable que le tableau clinique était entretenu par des facteurs psycho-sociaux, rejoignant en cela l'avis exprimé par le Dr J. _____ dans son courrier du 3 août 2015. Enfin, dans l'hypothèse où l'agression subie par l'assuré devait être qualifiée d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents bénins, l'examen des critères jurisprudentiels ne permettait pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. La CNA a en conséquence rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 29 février 2016.

B. Par acte du 23 septembre 2016, G. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision dont il a demandé, sous suite de frais et dépens, la réforme « en ce sens que les prestations de l'assurance-accident sont accordées (...) et que SUVA est tenue de prendre en charge les suites de l'agression du 2 novembre 2014. » Subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi du dossier à la CNA pour nouvelle décision. En

premier lieu, le recourant reproche à la caisse un défaut de motivation de la décision attaquée constitutif d'une violation de son droit d'être entendu, en tant que l'intimée n'a pas consigné dans dite décision l'analyse des critères développés par la jurisprudence pour l'examen de la causalité adéquate. A cet égard, ayant été victime d'une agression gratuite survenue de manière imprévisible et pour un motif futile, il soutient que l'accident s'est déroulé dans des circonstances particulièrement dramatiques. Se prévalant en outre d'un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 6 mai 2008 (U 382/06), il estime que les lésions physiques subies lors de l'agression étaient de nature à entraîner les troubles psychiques présentés. Il relève par ailleurs que les céphalées sont présentes depuis l'agression, de sorte que l'assertion selon laquelle elles auraient une origine psychique relève d'une hypothèse non démontrée. Le recourant en conclut que trois critères à tout le moins sont remplis, si bien que la décision entreprise revêt un caractère arbitraire en tant qu'elle nie l'existence d'un lien de causalité adéquate. Il fait enfin valoir que la CNA n'a pas convenablement investigué l'origine organique de ses troubles, alors même que les éléments médicaux mis en évidence plaident pour une telle cause, le rôle des facteurs psycho-sociaux n'étant à cet égard pas suffisamment établi. Partant, il demande la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique. Il a déposé un bordereau de pièces dans lequel figure notamment l'ordonnance pénale rendue le 2 octobre 2015, par laquelle son agresseur avait été condamné à une peine pécuniaire de 70 jours-amende à 40 fr. avec sursis pendant deux ans et à une amende de 560 fr. pour lésions corporelles simples.

Le 10 novembre 2016, le recourant a transmis à l'autorité de céans un certificat médical du 8 novembre 2016, dans lequel la Dresse N. _____ attestait une capacité de travail de 60% à compter du 3 octobre précédent ainsi qu'un contrat de travail pour employé auxiliaire conclu ce même jour avec la société T. _____.

Dans sa réponse du 28 novembre 2016, la caisse intimée conclut au rejet du recours. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, elle estime avoir suffisamment étayé la décision sur opposition litigieuse,

si bien que son droit d'être entendu n'a pas été violé. Même à supposer qu'il l'aurait été - ce qu'elle conteste -, il y a lieu d'admettre qu'une telle violation est réparée dans le cadre de la procédure judiciaire. Par ailleurs, elle considère avoir procédé aux investigations idoines en vue de déterminer une potentielle origine organique aux troubles présentés par le recourant. Elle souligne qu'il n'existe pas dans le dossier d'élément permettant de faire douter de l'avis du Dr U._____, auquel il convient d'accorder une pleine valeur probante. De plus, ses constatations sont superposables à celles des Drs J._____, C._____ et H._____. En effet, les psychiatres traitants attribuent la symptomatologie anxieuse réactionnelle présentée par le recourant à son licenciement abusif, sans faire mention de l'altercation du 2 novembre 2014, tandis que le Dr J._____ indique qu'il n'est pas possible d'aider l'intéressé sous l'angle de la médecine interne, son cas dépassant le cadre médical. En conséquence, il ne se justifie pas de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. S'agissant enfin de l'existence d'un éventuel lien de causalité adéquate, l'intimée estime qu'aucun des critères jurisprudentiels n'est réalisé en l'occurrence.

En réplique du 23 mars 2017, le recourant réitère pour l'essentiel les arguments avancés dans son mémoire de recours. Sur le plan formel, il déplore qu'une autorité judiciaire doive être saisie d'un recours afin que le droit d'être entendu soit respecté. Sous l'angle matériel, il soutient que l'IRM demandée par le Dr U._____ ne permet pas d'exclure l'existence d'une éventuelle lésion post-traumatique. Seule une expertise neurologique pourrait confirmer ou infirmer les conclusions de l'IRM cérébrale du 8 juillet 2016. Il reproche ensuite au Dr U._____ de ne pas avoir évoqué l'ordonnance pénale condamnant son agresseur et le fait qu'il a retrouvé du travail. Sur le plan médical, il lui fait grief de ne pas s'être prononcé sur divers éléments résultant du dossier médical constitué, de sorte que son appréciation se fonde sur une anamnèse lacunaire et que ses conclusions, à défaut d'être suffisamment motivées, ne sauraient être suivies. S'agissant du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », le recourant déclare qu'il ne saurait être invoqué par un assureur pour pallier ses défaillances, lesquelles sont en l'occurrence

avérées. Il réaffirme par ailleurs le caractère particulièrement impressionnant et dramatique de l'agression subie auquel s'ajoutent des céphalées persistantes en dépit des traitements médicamenteux prescrits et accompagnées de douleurs à l'appareil locomoteur ne s'étant améliorées que très lentement. Il fait également mention de la durée de l'incapacité de travail ainsi que la difficulté d'établir un pronostic et déduit de la réalisation de l'ensemble de ces critères l'existence d'un lien de causalité adéquate. Tout en confirmant ses conclusions, il a persisté dans les mesures d'instruction requises et déposé une liasse de pièces, parmi lesquelles figurait la requête en conciliation du 14 octobre 2015, l'opposant à son ancien employeur.

Dupliquant en date du 29 mai 2017, l'intimée fait observer que le fait qu'un médecin, tel le Dr U._____, soit rattaché à un assureur social ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité ou à de la prévention. En outre, le Dr U._____ n'avait pas à se référer aux procédures pénale et civile engagées par le recourant pour fonder son analyse, son appréciation devant se limiter au domaine médical. Outre que les arguments soulevés par le recourant ne sont pas de nature à faire douter de la valeur probante du rapport du Dr U._____, l'intimée relève qu'il ne s'appuie sur aucun avis médical pour le remettre en cause, se contentant d'opposer sa propre lecture des pièces médicales. Après avoir rappelé que la douleur est une notion subjective et que la prise d'antalgiques relève de l'obligation de limiter le préjudice subi, l'intimée souligne que son appréciation procède d'une instruction complète du dossier. Quant aux critères fondant l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 2 novembre 2014 et les troubles présentés postérieurement au 24 février 2016, elle est d'avis qu'ils ne sont pas réalisés. Considérant que les éléments administratifs et médicaux sont suffisants pour trancher les points litigieux, elle estime qu'un complément d'instruction n'est pas nécessaire. Elle maintient sa conclusion tendant au rejet du recours.

S'exprimant une ultime fois par pli du 20 juin 2017, le recourant expose qu'en ignorant les faits retenus dans l'ordonnance

pénale, la caisse intimée est tombée dans l'arbitraire. Par ailleurs, cette dernière ne saurait conclure au caractère probant du rapport du Dr U._____ sans prendre position sur les critiques émises et en s'abstenant de discuter les éléments médicaux développés. A défaut d'investigations suffisantes, il y a lieu d'ordonner un complément d'expertise. Le recourant persiste pour le surplus dans ses conclusions.

Cette écriture a été communiquée pour information à la partie intimée, qui n'a pas procédé plus avant.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 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).

b) 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment) ; il est donc recevable.

2. Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé

puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

b) Quoi qu'en dise le recourant, il convient de constater que la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'intimée pour mettre fin aux prestations avec effet au 24 février 2016 et pourquoi ils l'ont été. Si on peut admettre qu'elle ne contient pas une motivation très étayée en ce qui concerne la question du lien de causalité adéquate dès lors qu'elle se contente d'affirmer qu'aucun des critères jurisprudentiels permettant de retenir l'existence d'un tel lien en présence de troubles psychiques consécutifs à un accident de gravité moyenne au sens strict ou d'un accident de gravité moyenne à la limite d'un cas bénin n'est rempli, elle renvoie cependant à la jurisprudence en la matière, de sorte que le recourant ne pouvait méconnaître la portée de la décision querellée, qu'il a d'ailleurs été en mesure d'attaquer en connaissance de cause dans son acte de recours et ses déterminations ultérieures. Partant, le manquement invoqué se trouve finalement corrigé en instance cantonale, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2).

Le grief du recourant quant au défaut de motivation se confond en réalité avec les critiques émises contre le fond de la décision et doit être examiné sous cet angle. Il doit en conséquence être écarté.

3. a) Sur le fond, le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières et frais de traitement) pour la période postérieure au 24 février 2016, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 2 novembre 2014.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

4. 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. Est réputée 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 (art. 4 LPGa).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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 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 le droit des assurances sociales. 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).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré 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 l'accident (statu quo sine ; cf. TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2 et la référence) ; 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_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). 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_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). 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 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ;

TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 et les références citées ; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

6. a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie.

Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références).

b) En l'espèce, sur le plan somatique, les médecins de l'Hôpital B. _____ ont posé le diagnostic principal de traumatisme cranio-

cérébral mineur, accompagné de contusions multiples, en particulier à la tête et au niveau de la main gauche. Alors même que l'assuré décrivait une perte de connaissance avec amnésie circonstancielle, se plaignant de céphalées et de douleurs à la base du crâne, au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire droite et au niveau du fémur droit, les contrôles pratiqués sur le plan neurologique se sont révélés normaux. Les examens radiologiques à disposition ne mettaient pas en évidence de fracture osseuse ni de séquelle traumatique. Quant à l'IRM cérébrale du 8 juillet 2016, elle n'a pas non plus confirmé l'existence de séquelle post-traumatique.

S'agissant des céphalées, le Dr U. _____ relève qu'à l'époque de la consultation auprès du Dr J. _____, elles étaient localisées au niveau occipital avant de se propager dans toute la tête. Cette évolution conduit le Dr U. _____ à s'interroger sur le caractère post-traumatique de ces céphalées dans la mesure où des lésions de ce type ont plutôt tendance à s'atténuer avec le temps, de sorte que le diagnostic de céphalées post-traumatiques persistantes posé par les Drs Q. _____ et N. _____ ne s'explique, selon le Dr U. _____, que par la coïncidence temporelle entre ces dernières et l'agression subie. En l'absence de lésion anatomique imputable à l'événement accidentel du 2 novembre 2014, le Dr U. _____ envisage la probabilité que des facteurs psycho-sociaux entretiennent le tableau clinique, hypothèse que le Dr J. _____ avait du reste également avancée dans son rapport du 3 août 2015.

Le recourant s'est plaint de troubles oculaires ensuite de l'accident du 2 novembre 2014. L'examen pratiqué le 12 novembre 2014 a toutefois conclu à l'absence de pathologie sur le plan ophtalmologique. Quant à la perte d'odorat dont il a fait état auprès du Dr Q. _____, celui-ci n'a pas procédé à des investigations complémentaires alors même que, selon le Dr U. _____, des troubles olfactifs pourraient suggérer une lésion cérébrale fronto-basale survenue dans le cadre d'un mécanisme de contre-coup. Le Dr Q. _____ n'a pas non plus demandé d'autres examens d'imagerie afin d'exclure une telle lésion. Le Dr U. _____ en conclut qu'en l'absence de preuve d'une lésion cérébrale fronto-basale, le trouble

olfactif mis en évidence par le Dr Q._____ ne saurait être attribué à l'agression subie en novembre 2014.

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr U._____, dont le rapport d'évaluation neurologique du 22 août 2016 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante (cf. considérant 5b supra). Rendu en connaissance de tous les avis médicaux versés au dossier, y compris les documents d'imagerie, il contient une appréciation claire de la situation médicale et aboutit à des conclusions soigneusement motivées. Par ailleurs, les rapports des Drs Q._____, J._____ et N._____, au demeurant brefs et peu étayés, ne mettent en évidence aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr U._____. De son côté, le recourant ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de cette appréciation et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr U._____, puisqu'il se limite pour l'essentiel à faire part de son désaccord avec le contenu du rapport, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. C'est par ailleurs en vain que le recourant reproche au Dr U._____ de ne pas l'avoir examiné ; celui-ci disposait des rapports des médecins traitants comme des comptes rendus d'imagerie, de telle sorte qu'il pouvait se prononcer sans examen clinique (cf. dans ce sens TF 8C_139/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4.3).

d) Sur le vu de ce qui précède, il appert que la présence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 2 novembre 2014 et les troubles à la santé physique allégués doit être niée, faute pour le recourant de présenter sur le plan somatique, après le 24 février 2016, des séquelles organiques s'expliquant objectivement.

7. Au plan psychiatrique, le recourant a consulté le Centre E._____ en raison d'un facteur de stress important accompagné d'anxiété, incitant l'intimée à procéder à l'examen de l'existence d'un lien

de causalité adéquate entre l'agression du 2 novembre 2014 et les troubles psychiques présentés depuis lors.

a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402, consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

aa) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109; 117 V 359 ; TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 5.2 et les arrêts cités).

En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime (cf. TF U 18/07 du 7 février 2008 consid. 3.2 ; TF 8C_737/2008 du 29 mai 2009, avec des références à des arrêts publiés, en particulier ATF 115 V 133). 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 (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir

également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd XIV, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss). 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 (cf. TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.2 et les références citées).

bb) Il convient en l'espèce de relever que le recourant ne conteste pas expressément le fait que l'intimée a considéré que l'agression du 2 novembre 2014 constituait un accident de gravité moyenne. Il estime en revanche qu'au moins trois des critères définis par la jurisprudence pour fonder l'existence d'un lien de causalité adéquate seraient remplis.

b) Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5 ; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 3.1), 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.

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_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 3.2 et les références citées).

On rappellera qu'un traumatisme psychique constitue un accident lorsqu'il est le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de l'assuré et que l'événement dramatique est propre à faire naître une terreur subite même chez une personne moins capable de supporter certains chocs nerveux. Mais seuls des événements extraordinaires propres à susciter l'effroi et entraînant des chocs psychiques eux-mêmes extraordinaires remplissent la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte et, partant, sont constitutifs d'un accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références). Selon la jurisprudence, en effet, un traumatisme psychique devrait normalement, selon l'expérience générale de la vie, être surmonté au bout de quelques semaines ou mois (ATF 129 V 177 consid. 4.3 et les références). A été ainsi qualifié d'accident le traumatisme subi par une assurée qui se trouvait sur une petite île en Thaïlande lors du tsunami du 26 décembre 2004 (arrêt U 548/06 du 20 septembre 2007, in SVR 2008 UV n° 7 p. 22) ou encore celui du conducteur de locomotive qui s'est rendu compte d'avoir écrasé une personne qui s'était jetée sous sa machine (arrêt U 93/88 du 20 avril 1990, in RAMA 1990 n° U 109 p. 300).

c) Il convient, en premier lieu, d'examiner le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident.

Il faut tout d'abord observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre l'existence du critère en question. En l'occurrence, d'un point de vue objectif, les circonstances dans lesquelles s'est produit l'événement accidentel sont dépourvues de caractère particulièrement

dramatique ou impressionnant, même si l'on peut comprendre que le recourant ait ressenti l'agression comme étant violente. Toutefois, cette dernière est intervenue vers 20 h 20 dans un lieu public et n'a été le fait que d'une seule personne. En outre, le recourant n'a pas été surpris par l'attaque, dès lors qu'il connaissait les motifs du différend qui l'opposait à l'agresseur. L'agression n'a ainsi pas revêtu un caractère brutal et imprévisible. Elle n'a au demeurant pas été commise au moyen d'un objet.

S'agissant ensuite des lésions physiques subies, le recourant se prévaut d'un arrêt du Tribunal fédéral du 6 mai 2008 (cause n° U 382/06), dans lequel il s'agissait du cas d'un homme qui, à 2 h 45 du matin, avait été attaqué par deux inconnus masqués à son domicile, qui l'avaient frappé à la tête avec un objet dur (« *mit einem unbekanntem, harten, länglichen Gegenstand auf den Kopf* ») ce qui avait entraîné diverses blessures et lésions au niveau de la tête, des bras et des mains.

Il convient de constater que les lésions physiques subies, par le recourant ne sont pas propres, selon l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques. La description des plaies révèle qu'aucun organe vital n'a été atteint et qu'aucune des blessures infligées n'a engagé le pronostic vital du recourant. Celui-ci a du reste pu quitter l'hôpital le 4 novembre 2014. Elles ont au demeurant été qualifiées de lésions corporelles simples dans l'ordonnance pénale du 2 octobre 2015.

Le recourant ne soutient pas avoir dû suivre un traitement médical prolongé et pénible, étant précisé qu'il doit être tenu compte uniquement du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). Les investigations médicales auxquelles l'assuré s'est soumis n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient plutôt destinées à rechercher l'existence d'une atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures d'instruction médicale ne font cependant pas partie du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Les mesures thérapeutiques proprement dites ont pour l'essentiel consisté en un traitement médicamenteux (notamment

antalgique). Or, à elle seule, la prise de médicaments antalgiques - même pendant une certaine durée - ne suffit pas à la réalisation du critère de la pénibilité du traitement (TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références citées).

Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison, ce que le recourant ne relève au demeurant pas.

Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, le recourant se plaint de la persistance de céphalées. Or, aucun rapport au dossier ne fait état de limitations fonctionnelles induites par les douleurs alléguées. Partant, l'existence de douleurs intenses n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Quant au critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il convient de rappeler que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). Ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (cf. TF 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2 et la référence citée).

En l'espèce, le recourant n'a pas démontré avoir fait des efforts en vue de retrouver un poste de travail bien que le Dr J. _____ ait considéré qu'il ne présentait aucune incapacité de travail (voir ses

réponses au questionnaire de l'intimée du 3 septembre 2015). Les quelques pièces extraites du dossier de l'assurance-invalidité et versées au dossier de la CNA n'y changent rien. L'objet de l'assurance-invalidité n'est en effet pas le même que celui de l'assurance-accidents dès lors qu'il vise à la réadaptation professionnelle de l'assuré compte tenu de son état de santé global alors que le but de l'assurance-accidents est de servir ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) en relation avec des atteintes à la santé causées par un accident. Quoi qu'il en soit, ce point peut rester indécis car même si l'on admet que ce critère est réalisé, il n'est pas à lui seul décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident en cause (cf. ATF 117 V 359 consid. 6b, 369 consid. 4c).

d) En conclusion, c'est à juste titre que l'intimée a nié le caractère adéquat du lien de causalité entre l'événement accidentel du 2 novembre 2014 et les troubles psychiques présentés, de sorte que le recourant ne saurait prétendre à de plus amples prestations à la charge de la CNA du fait de l'agression subie.

8. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, neurologique et psychiatrique.

a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 141 I 60 consid. 3.3; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y

a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr U. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

9. a) En définitive, la CNA n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme à ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) au 24 février 2016, au double motif, d'une part, que les atteintes somatiques qui subsistaient ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique et, d'autre part, que les critères jurisprudentiels permettant d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 2 novembre 2014 et un trouble psychique n'étaient pas réalisés.

b) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

10. a) Par décision du 26 septembre 2016, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2016 en l'exonérant du paiement d'avances et de frais judiciaires de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Frank Tièche lui a été désigné (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement

de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

b) Le 20 juin 2017, Me Tièche a produit le relevé des opérations effectuées pour la période comprise entre le 12 septembre 2016 et le 20 juin 2017. Il a fait état d'un total de 29 heures et 35 minutes consacré à la présente procédure, soit 5'325 fr. auxquels s'ajoutaient 53 fr. de frais d'envoi, soit un total en sa faveur de 5'804 fr., TVA au taux de 8% par 426 fr. comprise.

Après examen de la liste d'opérations, il appert que les sept heures (soit 420 minutes) consacrées par l'avocat à la confection de son mémoire de réplique dépassent ce qui est nécessaire à la conduite de la présente procédure. En effet, la problématique médicale est relativement banale - ce qu'atteste l'ampleur du dossier constitué -, si bien qu'elle ne nécessite pas des recherches particulièrement fouillées. Il convient donc de réduire le temps consacré à la réplique à cinq heures (soit 300 minutes), ce qui apparaît approprié au regard des particularités de la cause. Il en va de même en ce qui concerne les conférences avec le client qu'il convient de réduire d'une heure et demie (90 minutes), passant de 210 minutes (trois heures et demie) à 120 minutes (deux heures). S'agissant enfin des « opérations futures » mentionnées à la date du 20 juin 2017, on ne voit pas en quoi elles consistent, de sorte qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de la durée annoncée en regard de ce poste (60 minutes).

Sur le vu de ce qui précède, il convient de réduire la durée globale dont Me Tièche fait état dans sa liste d'opérations du 20 juin 2017 de 270 minutes, si bien que celle-ci s'élève désormais à 25 heures et 5 minutes.

Ainsi, Me Tièche a droit à une indemnité d'honoraires de 4'515 fr., à laquelle il convient d'ajouter 53 fr. de débours. L'indemnité globale doit ainsi être fixée à 4'933 fr. 45, TVA au taux de 8% par 365 fr. 45 comprise.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

c) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPG), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPG).

**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 23 août 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** L'indemnité d'office de Me Frank Tièche, conseil du recourant, est arrêtée à 4'933 fr. 45 (quatre mille neuf cent trente-trois francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Frank Tièche, avocat (pour G. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- 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).

Le greffier :