

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 avril 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Pasche, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par le Centre social protestant, à Lausanne,

et

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** J.\_\_\_\_\_, née en 1953, travaillait à plein temps en qualité d'assistante de police de rue au sein du F.\_\_\_\_\_.

Le 26 février 2011, J.\_\_\_\_\_ a été blessée de plusieurs balles tirées de dos dans ses jambes et au niveau de son bassin, alors qu'elle effectuait son service. Elle a notamment subi une fracture sous-tranchotérienne ouverte du fémur droit. Les suites de cet accident ont été prises en charge par M.\_\_\_\_\_ (ci-après : la M.\_\_\_\_\_).

Le 1<sup>er</sup> mars 2012, J.\_\_\_\_\_ a repris une activité à 50 % au sein du secrétariat des unités de circulation du F.\_\_\_\_\_.

**b)** Afin de faire le point quant à l'évolution de son état de santé, la M.\_\_\_\_\_ a confié la réalisation de deux expertises au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 3 septembre 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de :

- status après fracture en aile de papillon multifragmentaire sous trochantérienne droite et plaie transfixiante antérieure de la cuisse droite sur accident par balles survenu le 26 février 2011 ;
- status après parage des plaies, extraction d'une des deux balles présente dans le fémur proximal droit, puis réduction et ostéosynthèse de la fracture par clou Gamma long et cerclage en date du 26 février 2011 ;

- status après débridement chirurgical profond et fermeture secondaire des plaies par balles de la cuisse droite le 14 mars 2011 ;
- insuffisance du moyen fessier et hypoesthésie plantaire droite secondaire à de petites lésions neurologiques perdurantes, associées à des cicatrices intramusculaires proximales ;
- probable état de stress post-traumatique persistant avec léger état dépressif réactionnel suite à l'évènement du 26 février 2011 ;
- status après agoraphobie préexistante à l'évènement accidentel, actuellement bien stabilisée ;
- migraines préexistantes à l'évènement accidentel, survenant par intermittence.

Dans le cadre de la discussion du cas, l'expert a retenu les éléments suivants :

En date du 26.02.2011, cette patiente a été victime de plaies par balle dans la région de la hanche et du fémur proximal droit. Si la première balle est entrée postéro-latéralement et est ressortie antéro-interne sans toucher l'os, par contre la deuxième, entrée dans la fesse, s'est arrêtée dans le fémur proximal et a induit une fracture en aile de papillon multifragmentaire sous-trochantérienne.

Grâce à une prise en charge immédiate correcte par lavage et parage des plaies, retrait de la balle, puis réduction et ostéosynthèse de la fracture fixée par un clou Gamma long et deux cercles, l'évolution a été favorable, sans infection secondaire. Ceci d'autant plus que la patiente a été reprise le 14.03.2011 pour nouveau lavage, parage et fermeture secondaire des plaies.

Avec le temps, on voit que cette fracture s'est très bien consolidée et a bien remodelé, sans trouble d'axe significatif, si ce n'est 1-2° de varisation et de défaut de torsion. En conséquence, le matériel est toujours en place, mais ne dérangeant pas la patiente, n'a en conséquence pas besoin d'être ôté.

Compte tenu que la fracture initiale était sous-trochantérienne, soit extra-articulaire, cette dernière jusqu'à maintenant n'a pas entraîné de répercussion au niveau de l'articulation coxo-fémorale, qui reste tout à fait correcte et symétrique à l'autre côté. Cependant, au long cour, on ne peut exclure que cette hanche s'use plus vite et qu'une coxarthrose secondaire ne se développe, même si elle n'en a aucun signe actuellement. Cette complication tardive a aussi un risque de

survenir compte tenu de la mauvaise démarche liée aux atteintes nerveuses et des parties molles associées à la fracture.

En effet, probablement sur la seconde balle qui est entrée dans la région fessière droite, le muscle moyen fessier a été touché et garde encore actuellement une fonction non satisfaisante, puisqu'il n'arrive pas à stabiliser le bassin, entraînant une boiterie de Trendelenburg et de Duchenne. Cette insuffisance du fessier qui perdure à 2 ½ ans va probablement être définitive. Elle est due vraisemblablement à quelques petits nerfs moteurs locaux qui ont été touchés et aux cicatrices intramusculaires liées au passage de la balle.

L'autre raison de la mauvaise démarche de la patiente est un manque d'équilibre et un léger trouble de la force, à mettre sur le compte d'une hypoesthésie perdurante plantaire, signant que le nerf sciatique n'a pas totalement récupéré. Là aussi comme on est à 2 ½ ans du traumatisme, il est à craindre que cette situation soit définitive.

En ce concerne toutes ces lésions orthopédiques et neurologiques, la relation de causalité naturelle avec l'événement du 26.02.2011 est certaine, vu les plaies par balle.

Actuellement et toujours sur le plan orthopédique et neurologique, plus aucun traitement n'est effectué de manière régulière, autre que de l'automusculation. Normalement cette situation ne devrait pas changer, même si la patiente garde définitivement les séquelles décrites ci-dessus, qui entraînent une petite atrophie de ce membre inférieur droit. Le seul risque non prévisible peut être l'apparition d'une coxarthrose secondaire, qui dans ce cas-là induira à nouveau un traitement, mais qui pour le moment n'en montre aucun signe aussi bien clinique que radiologique.

En conséquence et toujours sur le plan ortho-neurologique, on peut considérer que la situation est stabilisée et ceci, au vu des documents médicaux en ma possession, probablement depuis l'automne 2012.

Sur le plan professionnel, pour les séquelles ortho-neurologiques, il est clair qu'une activité se passant essentiellement debout à piétiner sur place et/ou à marcher n'est plus effectuable. La montée/descente de pentes/escaliers n'est pas souhaitable de manière répétitive. Le port de charges supérieures à quelques kilos de manière répétitive doit aussi être prohibé. Ceci entraîne que son ancienne activité d'assistance de police n'est plus exigible et ceci à vie.

Par contre, sur le plan ortho-neurologique, toute activité en position semi-assise, sans port de charges, sans déplacement fréquent et sans nécessiter de monter/descendre régulièrement des escaliers, la patiente peut être considérée comme apte à 100 %. On peut cependant admettre qu'elle ait une certaine baisse de rendement, vu le sentiment de lourdeur qu'elle a encore régulièrement au niveau de son membre inférieur, mais au maximum de 10 %. Cependant ce taux doit être pondéré par rapport aux troubles psychiatriques. Au vu de l'expertise de mon confrère psychiatre, le

Dr S. \_\_\_\_\_, je pense que ce taux est déjà compris dans les 50 % d'ITT psychiatrique et ne doit pas se surajouter.

Finalement en ce qui concerne l'IPAI, selon la table 2 de la SUVA, une paralysie du nerf fessier vaut 10 % et une paralysie du nerf sciatique poplité externe également 10 %. Dans le cas qui nous occupe, la patient n'a pas tout à fait une paralysie du nerf sciatique poplité externe mais quand même un trouble de la sensibilité de toute la face plantaire du pied qui justifie quelques pourcents. C'est pourquoi l'association de ces deux pathologies permet quand même de retenir une IPAI de 10 % sur le plan ortho-neurologique.

Concernant l'avenir, cette valeur ne devrait pas augmenter. Il existe un tout petit risque quand même que la question doive être rediscutée au long cours, si une coxarthrose droite secondaire se développe, mais ce fait n'étant pas prévisible, on ne peut en tenir compte pour le moment.

Dans son rapport du 17 septembre 2013, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuellement moyen) et de trouble état de stress post-traumatique. En conclusion, l'expert a retenu les éléments suivants :

En conclusion, votre assurée est une assistante de police de 60 ans qui a été victime de blessures par balle en date du 26.02.2011.

En ce moment, cette personne présente un trouble état de stress post-traumatique et un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est de sévérité moyenne. Ces troubles valident des limitations psychiatriques et une incapacité de travail que le soussigné chiffre à 50 % dans son activité administrative actuelle.

Au vu de l'état de stress post-traumatique, on doit admettre que l'assurée ne serait probablement pas capable de travailler dans son activité d'assistance de police sur le terrain. Dans cette activité, l'incapacité de travail est de 100 %.

Ces incapacités de travail psychiatriques remontent au 26.02.2011. Elles sont vraisemblablement restées constantes depuis lors. Elles pourraient être fixées pour une longue durée, même si une amélioration peut encore être raisonnablement attendue.

Le soussigné ne considère pas que des facteurs étrangers aux événements de février 2011 et les antécédents de l'assurée soient la cause prépondérante du maintien et de l'intensité des troubles actuels de Mme J. \_\_\_\_\_. Il y a une vraisemblance prépondérante (> 75 %) que l'intéressée n'aurait pas présenté les troubles psychiques actuels, s'il n'y avait pas eu l'agression du 26.02.2011. Sur le plan psychiatrique, la causalité naturelle est pour l'instant donnée.

Mme J. \_\_\_\_\_ a par ailleurs des antécédents psychiatriques d'épisodes dépressifs et de trouble panique avec agoraphobie. Sans ces antécédents, l'expert est convaincu qu'il est peu probable que l'intéressée continue à présenter des troubles psychiatriques de

cette importance plus de quatre ans après l'évènement traumatique en cause, malgré la gravité de l'agression dont elle a été la victime. Il paraît dès lors justifié que le cas soit à nouveau évalué au tout début 2015 au plus tard, pour le cas où Mme J. \_\_\_\_\_ continuerait de présenter des troubles psychiatriques.

Le traitement actuel est insuffisant. La médication psychotrope, la posologie et la nature de l'antidépresseur devraient être repensées. Une psychothérapie cognitivo-comportementale est indiquée, sachant qu'un tel traitement a été efficace dans le passé. Ce traitement est raisonnablement exigible. L'assurée a par ailleurs décidé de se chercher un nouveau médecin psychiatre après la maladie et le décès de son dernier thérapeute.

Sur le plan professionnel, l'expert n'a pas de propositions à formuler. L'employeur s'est montré compréhensif et a fourni à l'intéressée une activité adaptée à 50 % dans l'administration.

Le pronostic à long terme n'est pas nécessairement mauvais. Il n'est pas exclu que l'intéressée évolue vers une rémission au moins partielle de ses troubles psychiques.

Par décision du 23 octobre 2013, la M. \_\_\_\_\_ a mis un terme à la prise en charge du traitement des séquelles ortho-neurologiques de l'accident et fixé le degré de l'atteinte globale à l'intégrité physique à 10 %.

**c)** A la demande de la M. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ a procédé à un complément d'expertise. Dans son rapport du 12 janvier 2015, ce médecin a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel en rémission partielle) et de trouble état de stress post traumatique. Sur le plan de la médecine des assurances, ce médecin a retenu les éléments suivants :

#### *Causalité naturelle*

Comme le soussigné l'a déjà relevé dans son rapport d'expertise du 17.09.2013, on doit admettre que ce qu'a vécu l'assurée en date du 26.02.2011 est un facteur de stress suffisant à provoquer des troubles psychiques et un état de stress post-traumatique en particulier. On en a d'ailleurs la clinique typique.

On n'est pourtant pas ici dans la situation de facteurs de stress extrêmes (torture, désastre, emprisonnement en camp de concentration, exposition prolongée à des situations représentant un danger vital) pour lesquels on peut admettre qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer une vulnérabilité personnelle pour expliquer une persistance des troubles.

Quatre ans après l'événement traumatique en cause, on doit par conséquent constater que les troubles résiduels ne relèvent plus de façon prépondérante de ce qui s'est passé en date du 26.02.2011.

Les facteurs étrangers à l'accident en cause relèvent essentiellement des antécédents psychiatriques de Mme J.\_\_\_\_\_. Ces antécédents sont documentés. L'intéressée a présenté un tableau clinique d'anxiété et de dépression vers l'âge de 16 ans et a consulté pour ce motif. Elle dit avoir « fait une dépression » vers l'âge de 39 ans mais ce qu'elle décrit va dans le sens d'un trouble panique avec agoraphobie. Là encore, l'intéressée a consulté et a fait l'objet d'une prise en soins spécialisée.

Quelques années avant l'évènement traumatique du 26.02.2011, votre assurée a de nouveau présenté une symptomatologie anxieuse en termes de trouble panique avec agoraphobie. Elle a consulté. Elle était en rémission quasi complète au moment du traumatisme en cause aujourd'hui mais restait néanmoins l'objet d'une prescription médicamenteuse conséquente.

La nature des troubles psychiques pré-traumatiques de l'intéressée doit aussi être relevée, sachant qu'il s'agissait d'une pathologie anxieuse. Celle-ci comprenait des attaques de panique et des conduites d'évitement qui se recoupent avec des symptômes de l'état de stress post-traumatique survenu par la suite. La notion d'une fragilité préexistante et d'une fragilité spécifique pour un trouble anxieux est par conséquent bien étayée.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère que depuis le 26.02.2015 et quatre ans après l'évènement traumatique de 2011, les facteurs étrangers à l'accident sont la cause prépondérante du maintien des troubles psychiques actuels de l'intéressée et de leur gravité et ce avec un degré de vraisemblance plus grand que 75 %.

#### *Limitations, incapacité de travail, traitement et pronostic*

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dépressif récurrent (épisode actuel en rémission partielle) (F33.5) et un trouble état de stress post-traumatique (F41.3).

Si la pathologie dépressive de Mme J.\_\_\_\_\_ s'est amendée, il n'en est pas de même du trouble état de stress post-traumatique. Ce dernier subsiste avec un degré de gravité significatif. Pour le soussigné, il implique des limitations et une incapacité de travail en conséquence.

A l'instar de ce qui avait été noté en 2013, on doit admettre que les intrusions restent suffisamment fréquentes et intenses pour générer un état de fatigue et de fatigabilité important. L'activation neurovégétative est la source de troubles du sommeil et de leurs conséquences diurnes. Elle génère également des problèmes de concentration et des troubles attentionnels. Ceux-ci accroissent la fatigabilité de l'intéressée et diminuent son rendement. L'intéressée est lente au travail. Elle doit se contrôler pour ne pas commettre d'erreurs. Elle perd du temps.

De façon générale, le trouble état de stress post-traumatique augmente la vulnérabilité face aux facteurs de stress et même face à ceux de l'ordinaire de la vie de tous les jours.

Pour tous ces motifs, le soussigné considère qu'il est encore justifié de retenir des limitations et une incapacité de travail psychiatrique significative dans l'activité adaptée actuelle de Mme J.\_\_\_\_\_. Il chiffre cette incapacité à 50 %. Elle remonte au mois de février 2011. Elle est probablement fixée pour une longue durée.

Sur le plan psychiatrique, on peut considérer que la situation est aujourd'hui stabilisée. Une amélioration significative n'est plus attendue d'un traitement, quel qu'il soit, en l'état actuel des informations à disposition. La thérapie devrait par conséquent évoluer vers un « soutien ». Il pourrait s'agir d'une à deux séances par mois pendant quelques mois et six mois au maximum puis d'une séance par mois pour six autres mois au maximum et, au besoin, des séances de rappel bisannuelles pour la suite, à moins d'évènements nouveaux.

Des mesures professionnelles n'ont pas de sens chez cette personne qui a obtenu une activité adaptée à ses limitations. Le soussigné n'a rien à proposer de plus.

Le pronostic à long terme est réservé. Il est vraisemblable que cette situation reste fixée pour une longue durée.

Par courrier du 23 janvier 2015, la M.\_\_\_\_\_ a informé J.\_\_\_\_\_ qu'elle entendait mettre un terme à la prise en charge des indemnités journalières et des frais de traitement au 31 mars 2015, au motif que des facteurs étrangers à l'accident étaient la cause prépondérante du maintien des troubles psychiques actuels.

Par courrier du 9 février 2015, J.\_\_\_\_\_ a indiqué que les troubles psychiques dont elle souffrait avant l'accident et qui avaient disparus au moment où celui-ci était survenu n'avaient pas grand-chose à voir avec ce qu'elle ressentait désormais. L'état de tension perpétuel lié à l'impression d'être constamment une cible ne pouvait avoir comme cause que l'accident.

Par courrier du 21 avril 2015, J.\_\_\_\_\_, désormais représentée par le Centre social protestant, a transmis à la M.\_\_\_\_\_ un rapport médical établi le 20 avril 2015 par le Dr L.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, lequel s'est exprimé dans les termes suivants :

Je tiens par la présente à appuyer l'opposition que vous a déjà fait parvenir Madame J.\_\_\_\_\_, ma patiente, en m'opposant aux arguments de votre courrier du 23.01.2015 ainsi qu'à certaines des conclusions de l'expertise du 12.01.2015 du Dr S.\_\_\_\_\_. Pour ce faire, je vais mentionner des arguments psychiatriques, mais aussi des défauts ayant trait à la démarche et à la procédure de l'expertise et qui remettent en question plusieurs de ses conclusions.

Pour commencer, l'expert affirme (p. 1) qu'il ne lui a pas été possible d'entrer en contact avec moi après un appel et un message laissés sur mon répondeur. Or, je dois préciser que ce contact a bel et bien eu lieu la semaine qui a suivi l'appel, mais à ce moment-là l'expertise avait déjà été envoyée... Je ne peux donc que constater l'absence de volonté de l'expert de se concerter avec moi au sujet de l'évaluation de la situation de Mme J.\_\_\_\_\_ et de ses conclusions et sa démarche de me mettre devant le fait accompli ; ce qu'il qualifie en plus de déontologique... Or, il s'agit là d'une vision de la déontologie bien particulière et que je rencontre pour la première fois. En effet, jusqu'à présent, autant lors des expertises de mes patients que lors de celles réalisées par moi-même, il y a eu contact et concertation entre l'expert et le médecin traitant avant la rédaction définitive et l'envoi de l'expertise.

Cette attitude de l'expert s'explique puisqu'il considérait cette démarche de concertation non indispensable, car il s'estimait informé de ma position suite à mon rapport du 01.04.2014... Or cet argument ne tient pas pour plusieurs raisons. Premièrement, une année s'est écoulée depuis ce rapport, la situation de la patiente a changé, l'appréciation qu'on peut en faire et mes conclusions aussi. Deuxièmement, lors de la rédaction de ce rapport du 01.04.2014, je ne connaissais pas les positions de l'expert concernant la causalité naturelle et la stabilisation du cas et n'ai donc pas pu me positionner sur ces questions en particulier et sur lesquelles je suis en désaccord. Et troisièmement, si cette concertation avait eu lieu, elle nous aurait peut-être permis d'éviter les démarches actuelles d'opposition et qui relèvent davantage d'une confrontation que d'une concertation, compliquent et retardent les démarches liées à cette expertise.

Fondamentalement, l'argumentation de l'expert s'appuie sur deux points. Le premier consiste à considérer le traumatisme vécu par Mme J.\_\_\_\_\_ comme non extrême, donc pas en mesure d'être la principale cause et de provoquer d'un état de stress post-traumatique, quatre ans après l'incident, sans vulnérabilité particulière (seuls les traumatismes extrêmes le pourraient). Le deuxième consiste à considérer ses antécédents anxio-dépressifs comme autant de facteurs de vulnérabilité étrangers à l'accident et qui quatre ans après sont devenus la principale cause de la persistance de ce trouble alors qu'ils ne l'étaient pas, il y a deux ans, dans les conclusions de sa première expertise. Or, pour ma part, je considère ces arguments très discutables, voire contestables du point de vue psychiatriques et de l'argumentation (affirmations non étayées sur des preuves, contradictions entre les deux expertises ou au sein d'une même expertise, p. ex.) ; ce que je vais montrer dans ce qui suit et par des contre-arguments.

Concernant la notion de facteur de stress extrême, l'expert affirme: «*on n'est pourtant pas ici dans la situation de facteurs de stress extrêmes*» (expertise du 12.01.2015, p. 7, dernière ligne), alors que précédemment il admettait et soulignait la sévérité du trauma: «*Dans le cas présent, on doit admettre la sévérité du trauma et le fait que Mme J. \_\_\_\_\_ y a été directement exposée. Il s'agit d'une agression inattendue et incompréhensible. Elle était potentiellement mortelle...*» (expertise du 17.09.2013, p. 16, dernier paragraphe) et qu'il décrivait ailleurs la gravité extrême du traumatisme vécu par Mme J. \_\_\_\_\_ : «*ce qu'a vécu l'assurée est un traumatisme suffisamment sévère pour produire des troubles psychiques chez la plupart des sujets qui y auraient été exposés*» (pour plus de détail, cf. expertise du 17.09.2013, p. 20, pt. 5c) ; ce qui relève d'une contradiction entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> expertise et d'un changement d'appréciation de la gravité du trauma entre les deux expertises. Or, il me semble que ce n'est pas parce que 2 ans ont passé que le trauma vécu par Mme J. \_\_\_\_\_ est devenu du coup moins grave... Par ailleurs, le CIM-10 décrit l'état de stress post-traumatique (ESPT) comme faisant suite à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ; termes qu'utilise aussi l'expert pour qualifier le trauma vécu par Mme J. \_\_\_\_\_.

Autre illustration de cette contradiction, dans l'expertise de 2013, l'expert mentionne le concept de *traumatisme psychique extrême* et l'illustre en énumérant intégralement les exemples données par le CIM-10 et le DSM-IV (cf. dernier paragraphe, p. 12 et 1<sup>er</sup> paragraphe, p. 13) et on peut situer celui vécu par Mme J. \_\_\_\_\_ parmi les «*agressions personnelles violentes*». Dans l'expertise de 2015, par contre, la même notion est illustrée par une liste bien plus restreinte d'exemples, parmi lesquels on ne reconnaît cette fois-ci plus l'incident traumatique vécu par Mme J. \_\_\_\_\_ (cf. 1<sup>er</sup> paragraphe p. 8), avec l'intention cette fois-ci contraire à celle de la 1<sup>ère</sup> expertise de montrer que le traumatisme vécu par Mme J. \_\_\_\_\_ ne peut pas être considéré comme extrême... Il s'agit donc ici d'une rhétorique qui vise à alimenter l'argument selon lequel le trauma vécu par Mme J. \_\_\_\_\_ n'est pas extrême et ne peut donc pas expliquer à lui tout seul et de manière prépondérante la persistance actuelle de l'ESPT ; quitte à contredire pour cela l'expertise de 2013 quant à l'appréciation de la sévérité du traumatisme déclencheur... J'en conclus que cette appréciation n'est non seulement pas claire, mais elle est même contradictoire. Et d'un autre côté, je ne vois pas comment le bon sens élémentaire ne considérerait pas comme un trauma extrême le fait de subir une agression par arme à feu, à courte distance, de dos (effet de surprise, bruit des détonations, sentiment d'impuissance et d'imprévisibilité,...), en sentant la fracture du fémur, en se voyant tomber, saigner et dans l'angoisse et la perspective que l'agression se poursuive et celle de la mort.

Et pour finir, je cite encore l'expert qui dans sa 1<sup>ère</sup> expertise de 2013 affirme: «*Les facteurs de mauvais pronostic sont ceux liés au trauma, à savoir sa sévérité, la durée d'exposition et la proximité du sujet*» et constate que dans le cas de Mme J. \_\_\_\_\_ deux de ces trois facteurs sont réunis et soulignent la gravité du traumatisme vécu : «*Dans le cas présent, on doit admettre la sévérité du trauma*

*et le fait que Mme J.\_\_\_\_\_ y a été directement exposée. Il s'agit aussi d'une agression inattendue et incompréhensible. Elle était potentiellement mortelle»* (expertise du 17.09.2013, bas p. 16).

Le deuxième argument de l'expert consiste à considérer les antécédents anxio-dépressifs de Mme J.\_\_\_\_\_ comme des facteurs étrangers au trauma et comme facteur de causalité principal et prépondérant (à plus de 75 % !?) dans le maintien actuel de l'ESPT, au détriment de l'événement traumatique lui-même, alors que deux ans auparavant et dans sa première expertise du 17.01.2013, il affirmait l'inverse... Le concept selon lequel l'importance de ces facteurs de causalité change et que leur ordre d'importance s'inverse au fil du temps et pour le moins étonnant... et, bien que l'expert l'affirme: *«Dans la règle, on doit cependant admettre que les facteurs étrangers au trauma initial gagnent en consistance avec le temps qui passe et qu'ils finissent par être la cause principale de la persistance du trouble...»* (expertise du 17.09.2013, p.16, 3<sup>ème</sup> paragraphe), il ne précise nullement sur quelle base il fonde cette affirmation, alors qu'elle n'apparaît à aucun endroit dans les manuels diagnostiques consacrés (CIM-10 et DSM-IV) et qu'il ne cite aucune étude scientifique qui l'affirme.

Par ailleurs, ce qui précède s'appuie sur l'importance des antécédents anxio-dépressifs de Mme J.\_\_\_\_\_ en tant que facteurs de vulnérabilité. Or cette position est difficilement défendable, au vu du peu d'informations dont nous disposons à ce sujet. Qui plus est elles parlent plutôt dans le sens contraire et en faveur d'antécédents peu importants et d'une faible vulnérabilité.

L'expert affirme que ces antécédents sont documentés..., mais ne cite aucun document qui en atteste parmi ceux ayant servi à la réalisation de l'expertise et, de mon côté, dans le rapport du 01.04.2014, je mentionne un épisode dépressif en 1992, une claustrophobie en 2010 et je précise que *«Nous ne disposons pas d'autres éléments plus détaillés sur ces antécédents relativement lointains»*. Et ce n'est pas défaut [faute] d'avoir essayé d'obtenir des pièces de dossier, des documents écrits et des informations plus objectives au moment où Mme J.\_\_\_\_\_ a rejoint mon cabinet. Cela n'est pas étonnant sachant que les deux premiers épisodes anxio-dépressifs datent d'il y a 46 ans et 23 ans respectivement et que le seul thérapeute dont Mme J.\_\_\_\_\_ peut citer le nom est le Dr D.\_\_\_\_\_ qui l'a traitée pour sa 3<sup>ème</sup> et dernière décompensation anxio-dépressive au début des années 2000 et qu'elle n'a plus revu depuis septembre 2012, quand il a interrompu sa consultation, pour apprendre son décès en juillet 2013. Et, personnellement, je n'ai pu obtenir aucune pièce significative du dossier du confrère D.\_\_\_\_\_ pouvant attester de manière plus objective et précise des antécédents de la patiente.

Dès lors, force est de constater que les informations dont nous disposons au sujet de ces antécédents proviennent essentiellement des souvenirs (lointains!) et du récit oral de la patiente et qu'ils comportent des imprécisions qui génèrent une certaine confusion, voire des contradictions... Ainsi, concernant l'épisode de l'adolescence, en 1969, l'expert mentionne anxiété et dépression *«sans qu'on en sache plus»...*; concernant celui de

1992, il y a divergence entre les propos de la patiente qui parle d'un état dépressif et ceux de l'expert qui affirme qu'il s'agissait plutôt d'un trouble panique avec agoraphobie...et concernant le dernier épisode, j'ai notion d'une claustrophobie, alors que l'expert mentionne une agoraphobie sans trouble panique: «*il n'y avait plus d'attaques de panique strictu sensu*» (expertise du 17.09.2013, p. 5) avant de se contredire plus loin en mentionnant un «*trouble panique avec agoraphobie*» (expertise du 17.09.2013, p. 10 et expertise du 12.01.2015, p.8)!

Ces données, telles qu'elles sont décrites par la patiente et dans les rapports d'expertise témoignent néanmoins et à mon sens plutôt d'une faible gravité de ces antécédents et de l'éventuelle vulnérabilité qui en découlerait selon l'expert... On le constate notamment de par la longue période de 46 ans (à ce jour) sur laquelle ces 3 épisodes anxio-dépressifs se sont déroulés, du grand espacement qu'il y a eu entre eux et avec rémission complète à chaque fois avec, qui plus est, des interventions thérapeutiques assez brèves les 2 premières fois, semble-t-il. Quant au dernier épisode, même si sa guérison a été plus longue, elle était complète au moment du traumatisme de 2011 et ceci sans que Mme J.\_\_\_\_\_ ait dû interrompre son travail. Et si l'expert précise qu'elle était encore sous médication à ce moment-là, c'était parce qu'elle attendait le retour de congé maladie de son psychiatre traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, pour ne pas stopper sa médication sans son accord, plus que par réel besoin.

De plus et alors qu'il n'est pas rare que le stress post-traumatique se complique d'une comorbidité anxio-dépressive force est de constater que, dans le cas présent, elle a été plutôt de courte durée et s'est résolue spontanément puisque je ne pouvais plus retenir un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif quand Mme J.\_\_\_\_\_ m'a sollicité pour un traitement spécialisé en décembre 2013! Or, cela interpelle d'autant plus sachant que non seulement Mme J.\_\_\_\_\_ n'a eu pratiquement aucun traitement psychiatrique ou psychothérapique entre l'événement traumatique et le moment où elle m'a consulté, mais qu'elle a en plus été confrontée à des événements de vie négatifs et douloureux, tels que le décès de son ancien mari avec qui elle entretenait une très bonne relation et une rechute alcoolique de son fils dans le contexte de ce décès, comme le mentionne aussi l'expertise du 12.01.2015. Elle précise aussi que Mme J.\_\_\_\_\_ s'est beaucoup occupée de son ex-mari qui souffrait d'un lymphome et que ce fut une période difficile pour elle. Or, il me semble évident que le peu de symptômes anxio-dépressifs vécus par la patiente pendant cette période et leur rémission relativement rapide et spontanée parle plutôt en faveur d'une faible vulnérabilité anxio-dépressive pour autant qu'on puisse même la considérer!

Je tiens aussi à m'arrêter sur le passage de l'expertise du 12.01.2015 (p. 8, 4ème paragraphe) où l'expert affirme que la patiente a eu une pathologie anxieuse pré-traumatique dont les symptômes se recoupent avec ceux de l'ESPT survenu par la suite et dont elle souffre toujours. Et il s'appuie là-dessus pour démontrer une fragilité préexistante et spécifique pour un trouble anxieux, argumentation qui ne se défend pas pour plusieurs

raisons. Premièrement, la faible fiabilité susmentionnée des informations dont nous disposons au sujet des antécédents de Mme J.\_\_\_\_\_ ne permet pas à mon sens d'affirmer que la pathologie pré-traumatique de la patiente a été principalement anxieuse plutôt que dépressive ou de préciser la part de chacune de ces catégories parmi ses antécédents. Ensuite, l'expert tente paradoxalement et de manière infondée d'être encore plus précis en prétendant un recoupement entre des attaques de panique que la patiente a peut-être eues avant le traumatisme avec des symptômes vécus dans le cadre de l'ESPT ; ce qui est tout simplement faux sachant que, dans le cadre cette affection, Mme J.\_\_\_\_\_ n'a tout simplement pas eu d'attaques de panique, comme l'expert le dit d'ailleurs lui-même: *«Mme J.\_\_\_\_\_ dit qu'elle n'a plus présenté d'attaques de panique comme elle les présentait avant le trauma en cause»* (expertise du 17.09.2013, p. 8, 6ème paragraphe). Quant à l'autre symptôme de soi-disant recoupement, les conduites d'évitement, elles représentent le symptôme le moins manifeste et le moins marqué parmi ceux de l'ESPT de la patiente, comme l'expert le dit lui-même à plusieurs reprises : *«Les conduites d'évitement ne sont pas très marquées»* (expertise du 17.09.2013, p. 8, 4ème paragraphe) et *«Mme J.\_\_\_\_\_ conserve des conduites d'évitement des indices de l'événement traumatique en cause. Elle a par contre pu se rendre sur les lieux et ne doit pas systématiquement éviter de passer à cet endroit, d'après les informations qu'elle donne»* (expertise du 12.01.2015, p. 5, 3ème paragraphe). C'est donc un point de recoupement bien menu pour construire dessus une prétendue fragilité anxieuse de la patiente qui la prédisposerait, qui plus est, à une chronicisation de son ESPT. Cela est d'autant moins le cas que depuis le déclenchement de cette affection Mme J.\_\_\_\_\_ n'a plus présenté d'attaques de panique, ni de symptômes agoraphobiques et que les conduites d'évitement dans le cadre d'une agoraphobie sont bien différentes de celles qu'elle a pu présenter dans les suites du traumatisme vécu. En bref, elle ne présente plus, depuis déjà avant le traumatisme, de symptômes d'un trouble anxieux spécifique, mais au contraire des symptômes de stress post-traumatique tout à fait spécifiques qui ne se confondent pas et qu'on ne retrouve pas dans d'autres pathologies anxieuses comme, par exemple, des reviviscences (se voir sur le brancard quand elle entend un bruit d'ambulance), des flash-backs (avoir la sensation et la crainte d'être la cible d'un tireur quand elle est le dos à une fenêtre, p. ex.) et un état d'hyperéveil et de «qui-vive» (réactions de sursaut aux bruits qui ressemblent, de près ou de loin, à un coup de feu). Sur cette base, j'estime tout à fait non fondé que d'évoquer les antécédents anxieux de Mme J.\_\_\_\_\_ et une prétendue vulnérabilité anxieuse pour justifier le maintien actuel de son ESPT.

Et quand l'expert évoque les facteurs de mauvais pronostic (donc de chronicisation) de l'état de stress post-traumatique (expertise du 17.09.2013, p.16, 6ème et 7ème paragraphes) force est de constater que parmi ceux liés au trauma 2 sur 3 sont présents dans le cas de Mme J.\_\_\_\_\_, alors que parmi ceux étrangers au trauma seulement éventuellement 1 sur les 5 mentionnés. Or, il s'agit justement des troubles mentaux préexistants (antécédents psychiatriques) dont l'influence sur l'évolution du stress post-traumatique est tout à fait discutable et loin d'être prouvée, bien

au contraire, dans le cas qui nous concerne, comme j'ai essayé de l'expliquer dans ce qui précède.

Avec et malgré tout cela, je suis étonné de voir à quel point l'accent est mis sur les antécédents psychiatriques de Mme J. \_\_\_\_\_ et leur importance soulignée et cela déjà lors de la première expertise d'il y a deux ans. En même temps, je constate que cela préparait déjà fort bien à l'époque l'argumentation de la deuxième expertise récente en affirmant que *«sans ces antécédents, l'expert est convaincu qu'il est peu probable que l'intéressée continue à présenter des troubles psychiatriques de cette importance plus de quatre ans après l'événement traumatique en cause, malgré la gravité de l'agression»* (expertise du 17.09.2013, p. 18, 2<sup>ème</sup> paragraphe) ; ce qui revenait à dire que les symptômes de la patiente allaient très probablement persister encore 4 ans après le traumatisme et que cela est dû essentiellement à l'existence de ces antécédents et à la prétendue vulnérabilité qui en découle. Et, en effet, on retrouve cela dans la deuxième expertise: *«Quatre ans après l'événement traumatique, on doit par conséquent constater que les troubles résiduels ne relèvent plus de façon prépondérante de ce qui s'est passé en date du 26.02.2011. Les facteurs étrangers à l'accident en cause relèvent essentiellement des antécédents psychiatriques de Mme J. \_\_\_\_\_. [...] Au vu de qui précède, le soussigné considère que depuis le 26.02.2015 et quatre ans après l'événement traumatique de 2011, les facteurs étrangers à l'accident sont la cause prépondérante du maintien des troubles psychiques actuels de l'intéressée et de leur gravité et ce avec un degré de vraisemblance plus grand que 75%»* (expertise du 17.09.2013, p. 8, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> paragraphes).

Or, cette argumentation relève d'une rhétorique tendancieuse et tout à fait contestable à plus d'un titre.

C'est le cas d'un point de vue éthique parce qu'elle fait de l'expertise une démarche et un cheminement tout tracés, il y a deux ans lors de sa première réalisation déjà, pour aboutir à des conclusions qui dégagent la responsabilité de l'assurance accident dans tous les cas de figure et indépendamment de l'évolution de la patiente. Ainsi, en cas d'amélioration et de disparition des symptômes, une diminution ou suppression des prestations aurait été justifiée et, dans le cas de figure contraire et actuel aussi, par l'annulation de la causalité naturelle en prétendant que, 4 ans après le traumatisme, le principal facteur causal ne peut plus être le traumatisme lui-même, mais les antécédents psychiatriques et la vulnérabilité de la patiente.

D'un point de vue psychiatrique aussi l'argumentation est contestable quand l'expert affirme *«qu'il est peu probable que l'intéressée continue à présenter des troubles psychiatriques de cette importance plus de quatre ans après l'événement traumatique en cause, malgré la gravité de l'agression»* sans ses antécédents psychiatriques et fait de ceux-ci le principal facteur causal avec une vraisemblance prétendue de plus de 75 %, alors que leur importance est exagérée et que les informations que nous en avons sont minimales et d'une fiabilité toute relative, comme déjà mentionné. En d'autres termes, cela revient à dire qu'il est peu probable, dans un cas comme celui de Mme J. \_\_\_\_\_, d'avoir une persistance de symptômes de stress post-

traumatique comme les siens (donc modérés), après 4 ans, sans antécédents psychiatriques et autres facteurs de mauvais pronostic externes au traumatisme, malgré la gravité de celui-ci.

Or, ce qui interpelle ce sont en particulier les chiffres précis dans l'appréciation de l'expert : vraisemblance de plus de 75 % pour les antécédents comme facteur de causalité principal et 4 ans comme période pour une atténuation ou rémission en leur absence...Et je me demande sur quoi se fonde l'expert pour donner ces chiffres, alors qu'ils ne sont nulle part mentionnés dans les manuels diagnostiques de référence et qu'il ne cite aucune autre source de référence psychiatrique ou scientifique pour cela. Je me demande aussi sur quoi il se base quand il affirme qu'il y a une forte probabilité qu'un ESPT s'atténue ou entre en rémission après 4 ans, en l'absence d'antécédents psychiatriques ou d'autres facteurs de mauvais pronostic externes au traumatisme, malgré la gravité de celui-ci.

En effet, on trouve dans la littérature spécialisée de nombreuses données bien différentes sur ce qui précède et avec à leur origine de solides références reconnues dans le domaine spécialisé de la psychotraumatologie.

Ainsi, par exemple, le Dr. [...], un des pionniers et spécialistes des ESPT parmi les plus reconnus aux E.U. affirme que la durée moyenne des cas chroniques est de 3 à 5 ans et s'appuie pour cela sur l'étude de [...], psychologue à Harvard ; étude de référence réalisée dans le cadre de l'Enquête Nationale de Comorbidité (E.N.C.) au sujet des états de stress post-traumatique ; l'E.N.C. ayant été la première et la plus grande enquête de terrain à grande échelle sur les maladies mentales aux E.U. conduite de 1990 à 1992 et avec une étude de suivi 10 ans plus tard, de 2001 à 2002. Ainsi, ces résultats montrent une durée moyenne de 3 ans en cas de traitement et de 5 ans en l'absence de traitement.

Et le même Dr [...] de préciser sur le site de la Fondation *Gift from Within* que la durée des ESPT dépend « *si vous recevez un traitement efficace. Certains flashbacks persistent pendant des années et se transforment ensuite en souvenirs traumatiques. Sans une forme ou une autre de thérapie d'exposition (refaire volontairement l'expérience du trauma mais en compagnie d'un(e) professionnel(le) de confiance qui vous aide à affronter le passé avec confiance) ces symptômes peuvent durer encore plus longtemps* ».

De même, un autre expert américain, le Dr [...] affirme sur le site de la Fondation de recherche Cerveau & Comportements, dans un article au sujet de la durée des ESPT, que « *dans certains cas, particulièrement quand il n'a pas été traité, l'état de stress post-traumatique peut durer sur une très longue période, parfois pour le restant de la vie...* ».

Finalement, le Dr [...] précise un autre facteur pouvant influencer sur la durée et lié cette fois au traumatisme: « *Cela dépend si en plus d'avoir été émotionnellement effrayé(e), vous avez aussi été blessé(e) physiquement. Une blessure physique peut être à l'origine de douleurs épisodiques ou continues et déclencher ainsi des souvenirs traumatiques. [...] Tout handicap significatif augmente la durée de la tension émotionnelle* » par des réviviscences, mais aussi par des efforts et une

fatigue surajoutée, entre autres. Or, cela nous intéresse, car c'est tout particulièrement le cas chez Mme J.\_\_\_\_\_.

Il est donc intéressant de remarquer qu'autant le Dr [...] et l'étude susmentionnée que le Dr [...] ne mettent pas en relation la durée des ESPT avec les antécédents psychiatriques, ni même avec l'intensité des symptômes, mais plutôt avec les antécédents traumatiques, en particulier leur nombre et survenue pendant l'enfance et la période de développement, le fait d'avoir subi une blessure physique handicapante et, surtout, le fait d'avoir bénéficié ou pas d'un traitement. Or, ces 2 derniers points sont tout à fait réunis dans le cas de Mme J.\_\_\_\_\_ et peuvent donc bien contribuer à une plus longue durée de son trouble post-traumatique.

J'ai finalement l'impression qu'il fallait lors de cette expertise (surtout la 2<sup>ème</sup>) trouver à tout prix des facteurs de causalité étrangers au traumatisme et, comme il n'y en a pas d'autres dans le cas de Mme J.\_\_\_\_\_, l'accent et le focus ont été mis de manière forcée, voire exagérée, sur ses quelques antécédents psychiatriques, qui plus est mal documentés.

A partir de là, même si mon travail a consisté à remettre en question cette vision des choses et pas forcément à faire une recherche étiologique de l'ESPT de Mme J.\_\_\_\_\_, si on veut vraiment trouver une cause et une explication pertinentes à la persistance de ses symptômes et à la durée de son trouble, l'absence de traitement approprié durant les mois et les années qui ont suivi le traumatisme, ainsi que l'accès relativement récent à la thérapie actuelle doivent être considérés parmi les facteurs les plus significatifs, au vu aussi des sources et citations susmentionnées. Or, cela s'explique sachant qu'après le traumatisme, Mme J.\_\_\_\_\_ n'a pu bénéficier que très brièvement de l'aide du dernier psychiatre qui l'a connue et traitée, le Dr D.\_\_\_\_\_. En effet, d'après ses dires, elle a pu le consulter moins d'une dizaine de fois avant qu'il ne se retire pour maladie en septembre 2012. Mme J.\_\_\_\_\_ a ensuite reçu une lettre du Dr D.\_\_\_\_\_ l'informant de son intention de reprendre ses consultations avant fin 2012 ; raison pour laquelle, elle n'a pas fait d'autres démarches thérapeutiques, mais l'a attendu jusqu'à apprendre son décès en juillet 2013...Elle a ensuite pris très au sérieux les consignes reçues lors de sa 1<sup>ère</sup> expertise, en septembre 2013, pour chercher une thérapie cognitivo-comportementale ; ce qu'elle a fait sans tarder réussissant à débuter le suivi auprès de notre cabinet début décembre 2013. Or, même si cette longue période sans traitement après l'événement traumatique peut surprendre, la patiente ne peut pas en être tenue responsable, car elle a de toute évidence fait de son mieux en contactant d'abord son psychiatre traitant, puis en attendant sa reprise par loyauté et, finalement, en suivant sans tarder les consignes reçues de l'expert mandaté par l'assurance.

Et avec cela, c'est justement maintenant et alors qu'elle vient enfin de réussir la mise en place d'une thérapie spécialisée après phase d'évaluation, un changement de psychologue (cf. plus loin) et l'établissement d'une nouvelle alliance thérapeutique que Mme J.\_\_\_\_\_ se voit intimer la décision de l'assurance que ce suivi ne sera plus remboursé, car l'expert a décidé que *«une amélioration significative n'est plus attendue d'un traitement quel qu'il soit»* et propose de passer progressivement à *«des séances de rappel bisannuelles pour la suite, à moins d'événements nouveaux»* (expertise du 12.01.2015, pt. 9, pp. 13-

14). Or, si cela n'est pas le comble de l'ironie et un beau gâchis de temps, d'énergie et d'investissement, je ne sais pas ce que c'est...

Pour finir et en rapport avec ce qui précède, je ne partage pas non plus l'avis de l'expert quand il affirme que «*Sur le plan psychiatrique, on peut considérer que la situation est aujourd'hui stabilisée*» et que «*Une amélioration significative n'est plus attendue d'un traitement quel qu'il soit, en l'état actuel des informations à disposition*» (expertise du 12.01.2015, pt. 7a) ; p. 12); sachant que n'ayant pas attendu d'avoir un échange avec moi, l'expert n'était justement pas au courant du travail et des perspectives thérapeutiques en cours et qui ne sont de loin pas épuisées. Or, sur ce point, j'estime être le mieux placé pour en parler en tant que psychiatre traitant de Mme J.\_\_\_\_\_. Quant au questionnaire du PCL-S, même si le score obtenu n'a pas changé, une appréciation clinique personnalisée plus fine, plus attentive, répétée et approfondie, nous a montré et confirmé des améliorations telles qu'une diminution de l'anxiété et de la tension ressenties notamment lors des flashbacks (sensation d'être prise pour une cible) et des autres reviviscences (se voir entrer dans l'ambulance sur le brancard lors de bruits de sirène) et moins d'évitement des situations qui les déclenchent.

Sur le plan thérapeutique, Mme J.\_\_\_\_\_ a d'abord bénéficié de séances d'*EMDR*, technique qu'elle n'a pas appréciée et qui est restée malheureusement inefficace. Des séances de relaxation et de *mindfulness* ont à peine été débutées quand, le 31.05.2014, la psychothérapeute en délégation qui suivait Mme J.\_\_\_\_\_ a quitté mon cabinet et qu'elle a dû reprendre le suivi avec sa thérapeute actuelle. Dans un premier temps, celle-ci a apporté une aide pratique à la patiente par l'apprentissage d'une *meilleure gestion du stress lié aux tâches quotidiennes* et avec une diminution ultérieure de sa fatigue. Dans un deuxième temps l'approfondissement de la *relaxation* et de la *mindfulness* ont pu apporter un certain bénéfice pour la réduction et une meilleure maîtrise de l'anxiété ; ce qui a permis, dans un troisième temps, la pratique de séances d'*exposition* (notamment le dos à une fenêtre ou aux bruits de sirènes) avec un début de résultats susmentionnés. Ceux-ci étant cependant insuffisants et seulement partiels, la mise en place de méthodes et de stratégies thérapeutiques plus élaborées et sur plusieurs étapes s'avère nécessaire. Heureusement, elles ne manquent pas dans l'arsenal thérapeutique dont nous disposons. Ainsi, parmi les perspectives thérapeutiques envisagées actuellement, nous pouvons compter sur l'*inoculation du stress (Meichenbaum)* avec une phase éducative et une phase de mise en place de stratégies d'ajustement, mais sans techniques d'exposition ; sur la *gestion du stress* avec réactivation du stressor et un dialogue interne guidé pour réduire l'intensité des émotions en changeant les pensées automatiques de danger et/ou sur la *thérapie cognitive* avec aussi exposition à la scène traumatique, puis discussion des pensées automatiques et des postulats dysfonctionnels, ainsi que d'autres techniques plus spécifiques. Au vu de cela, il me paraît dès lors bien dommage et réducteur de se ranger à l'avis de l'expert et de considérer que «*Une amélioration significative n'est plus attendue d'un traitement quel qu'il soit*» et de préconiser une thérapie de soutien mensuelle en vue d'un arrêt progressif du traitement.

En conclusion, il s'agit dans le cas et dans la situation de Mme J.\_\_\_\_\_ d'un état de stress post-traumatique résultant d'un événement traumatique extrême, sans facteurs de mauvais pronostic étrangers au traumatisme à part quelques antécédents psychiatriques modérés,

lointains et peu documentés objectivement et, surtout, avec un accès à une thérapie spécialisée bien tardif. Or, même si ce dernier aspect peut être considéré comme externe au traumatisme initial, il n'est en aucun cas imputable à la patiente pour les raisons susmentionnées. Par conséquent, la causalité naturelle n'est à mon avis en aucun cas remise en question et l'arrêt de la thérapie cognitivo-comportementale encore moins puisque la stabilité de la patiente n'est pas acquise et que plusieurs perspectives thérapeutiques intéressantes et potentiellement efficaces restent à disposition. Compte tenu aussi que la thérapie actuelle, bien qu'appropriée, n'a débuté que relativement tard et a malheureusement aussi été freinée par un changement de psychothérapeute, il me semble tout à fait justifié et nécessaire de s'accorder au moins 2 ans encore d'efforts thérapeutiques avant de conclure que nous avons épuisé nos ressources thérapeutiques et, ensuite, soit décider d'adresser la patiente à un autre spécialiste, soit conclure qu'il s'agit d'un cas chronique et avec peu de perspectives d'évolution. En effet, je rappelle les résultats de l'étude américaine à grande échelle, citée ci-dessus, qui mentionne une durée moyenne de 3 ans pour les états post-traumatiques traités alors que Mme J. \_\_\_\_\_ vient de dépasser à peine le cap d'une année de thérapie effective, spécifique et relativement efficace.

Invité par la M. \_\_\_\_\_ à prendre position sur le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, le Dr S. \_\_\_\_\_ a, dans un avis médical du 9 mai 2015, notamment estimé, contrairement à ce que soutenait le Dr L. \_\_\_\_\_, que son rapport du 12 janvier 2015 ne contenait pas de contradiction. Il convenait de faire une distinction entre un facteur de stress de nature à provoquer un trouble état de stress post-traumatique et un facteur de stress de nature à provoquer *per se* un état de stress post-traumatique qui dure pendant des années. En accord avec l'ensemble des données à disposition, il avait conclu que la causalité naturelle entre les troubles psychiques actuels et l'événement traumatique devait être écartée avec un degré de vraisemblance prépondérante supérieure à 75 %, étant précisé que les facteurs étrangers au trauma initial étaient aujourd'hui la cause principale et déterminante des troubles psychiques résiduels de l'assurée.

Par décision du 22 juin 2015, la M. \_\_\_\_\_ a formellement mis un terme à la prise en charge des frais de traitement ainsi qu'au versement des indemnités journalières au 31 mars 2015, motif pris que le lien de causalité naturelle n'était plus donné.

Le 21 juillet 2015, J.\_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision, en produisant un nouvel avis de son psychiatre traitant daté du 20 juillet 2015.

Dans un avis du 20 août 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que le Dr L.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément susceptible de lui faire reconsidérer ses prises de position antérieures.

Par décision du 1<sup>er</sup> février 2016, la M.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre la décision du 22 juin 2015.

**B. a)** Par acte du 25 février 2016, J.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition rendue le 1<sup>er</sup> février 2016 par la M.\_\_\_\_\_ à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en prenant, sous suite de dépens, les conclusions suivantes :

Principalement :

- Que le recours est admis ;
- Que la décision sur opposition de M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2016 est annulée ;
- Que le lien de causalité naturelle est considéré comme établi entre l'événement du 26 février 2011 et l'incapacité de travail à 50 % dont fait aujourd'hui l'objet J.\_\_\_\_\_ ;
- A la continuation du versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais de traitement dès et y compris le 1<sup>er</sup> avril 2015.

Subsidiairement :

- A ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

Très subsidiairement :

- Que la cause est renvoyée à M.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction et mise en place d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG.

En substance, elle estimait que les points de vue des Drs L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ étaient sérieusement contradictoires sur les notions de troubles psychiques préexistants et d'état de stress post-traumatique, étant précisé que les rapports médicaux du premier nommé,

complets et correctement documentés, ne pouvaient être écartés du seul fait qu'il s'agissait de son médecin traitant. Il convenait par ailleurs de constater qu'aucun document ne permettait d'étayer ces prétendus troubles préexistants, de sorte que le Dr S.\_\_\_\_\_ fondait l'ensemble de ses conclusions sur des faits qui n'étaient pas prouvés et qui n'avaient pas fait l'objet d'une discussion et d'une analyse dans son rapport d'expertise du 6 janvier 2015. Or ces antécédents dataient de plus d'une vingtaine d'années, si bien qu'elle ne présentait aucun trouble psychique de quelque nature que ce soit au moment de l'accident. De fait, il fallait admettre que les troubles psychiques dont elle souffrait étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident, puisque sans cet événement, elle ne souffrirait pas d'un état de stress post-traumatique. Compte tenu des contradictions exprimées, il conviendrait à tout le moins de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique.

**b)** Dans sa réponse du 29 avril 2016, la M.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. Elle soulignait que l'existence d'antécédents avait été établie dans plusieurs documents médicaux versés au dossier. Il n'y avait par conséquent pas lieu de s'écarter de l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_, selon lequel c'était la fragilité préexistante, soit une fragilité spécifique pour un trouble anxieux, qui prenait peu à peu le pas sur le traumatisme initial et qui jouait un rôle défavorable dans le vécu subjectif et l'assimilation du traumatisme. C'était donc à juste titre qu'elle avait mis un terme à la prise en charge du cas.

**c)** Dans sa réplique du 24 mai 2016, J.\_\_\_\_\_ a maintenu les conclusions de son recours du 25 février 2016. En réponse à l'argumentation de la M.\_\_\_\_\_, elle a notamment précisé qu'elle avait souffert par le passé de dépression, une première fois à l'âge de 16 ans, puis une deuxième fois à l'âge de 39 ans. Depuis sa prise d'activité en 1994 auprès de la [...], elle n'avait fait l'objet d'aucune rechute, de sorte que l'on pouvait objectivement conclure que ce trouble était définitivement traité à la date de l'accident. Outre ces deux épisodes dépressifs, elle avait également souffert, quelques années avant l'accident, d'un trouble panique avec agoraphobie nécessitant une

médication. C'était la raison pour laquelle elle avait consulté le Dr D. \_\_\_\_\_ durant les années précédant son accident ; elle était d'ailleurs sur le point de cesser son traitement au moment où celui-ci est arrivé, puisque ce trouble s'était largement amélioré. Qui plus est, ce trouble n'avait jamais engendré le moindre arrêt de travail. Les troubles dont elle souffrait actuellement n'avaient plus aucun lien avec de l'agoraphobie, mais étaient clairement liés à l'accident. En résumé, les peurs dont elle souffrait actuellement n'étaient pas les mêmes que celles dont elle avait pu souffrir par le passé et les épisodes dépressifs dont elle avait été la victime étaient largement résorbés au moment de l'accident, de sorte qu'il n'y avait aucune raison objective de nier la causalité entre l'accident et l'incapacité de travail actuelle.

**d)** Dans sa duplique du 13 juillet 2016, la M. \_\_\_\_\_ a repris les éléments développés dans sa réponse du 29 avril 2016

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 mars 2015.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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, 129 V 402 consid. 4.3; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu 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\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des

atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu en principe d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C\_957/2008 du 1er mai 2009 consid. 4.2, 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

**4. a)** Selon la jurisprudence, un traumatisme psychique (*Schreckereignis*) peut constituer un accident au sens de l'art. 4 LPGa.

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). Le traumatisme psychique doit être le résultat d'un événement d'une grande violence survenu en présence de la personne assurée et être propre à faire naître une terreur subite même chez une personne jouissant d'une constitution normale. Entrent en ligne de compte des événements tel qu'un incendie, un tremblement de terre, un tsunami, une catastrophe ferroviaire ou aérienne, un grave accident de la circulation, l'effondrement d'un pont, un bombardement, une agression violente ou toute autre danger de mort imminent (TF 8C\_412/2015 consid. 2.1).

**b)** Lorsque l'assuré a vécu un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (*Schreckereignis*) sans subir d'atteinte physique ou que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport au stress psychique subi, l'examen de la causalité adéquate s'effectue conformément à la règle générale du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (ATF 129 V 177 consid. 4.2). Pour établir l'existence du lien de causalité adéquate, il ne faut pas se référer uniquement aux personnes en bonne santé psychique. Il faut prendre en considération un large cercle d'assurés, comprenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument moins bien un accident que des assurés jouissant d'une constitution normale (ATF 129 V 177 consid. 3.3).

**5. a)** Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133

consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**b)** C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**6.** Par décision du 23 octobre 2013 entrée en force, l'intimée a, sur la base des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_, mis un terme à la prise en charge du traitement des séquelles ortho-neurologiques de l'accident et fixé le degré de l'atteinte globale à l'intégrité physique à 10 %. La seule question qu'il convient par conséquent de résoudre est de savoir si les troubles psychiques dont la recourante est atteinte présentent encore un lien de causalité (naturelle et adéquate) avec l'accident survenu le 26 février 2011.

**7.** En premier lieu, il convient d'examiner si les troubles psychiques qui affectent encore actuellement la recourante sont en relation de causalité naturelle avec l'accident survenu le 26 février 2011.

**a)** Ainsi que cela ressort de la seconde expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, l'état de santé de la recourante est demeuré pour l'essentiel objectivement inchangé depuis la première expertise réalisée par ce médecin, dès lors qu'elle présentait encore les symptômes d'un trouble état de stress post-traumatique (réviviscences, flash-backs, état d'hyperéveil et de « qui-vive ») à l'origine d'un état de fatigue et de fatigabilité important limitant sa capacité de travail à 50 %. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs souligné que : « *[l]'état de stress post-traumatique de l'intéressée n'a que peu évolué. Les symptômes sont peut-être moins intenses qu'au départ. Ils se réactivent néanmoins facilement à l'exposition d'indices du traumatisme psychique initial. L'intéressée reste dans un état d'alerte relativement élevé* ». Le Dr S.\_\_\_\_\_ a également retenu l'existence d'un trouble dépressif récurrent, tout en précisant désormais que celui-ci était en rémission partielle puisqu'il ne subsistait plus que quelques symptômes épars (fatigue anormale, diminution de l'estime de soi et troubles du sommeil). Eu égard à la persistance ininterrompue des symptômes post-traumatiques, il n'y a toutefois pas lieu de nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles subsistant au-delà du 31 mars 2015 et l'accident assuré, ces troubles ne pouvant guère, compte tenu de leur spécificité, avoir une autre origine que l'accident.

**b)** Le Dr S.\_\_\_\_\_ nie le rapport de causalité naturelle au motif que « *les facteurs étrangers à l'accident sont la cause prépondérante du maintien des troubles psychiques actuels de l'intéressée et de leur gravité et ce avec un degré de vraisemblance plus grand que 75 %* ». Il convient toutefois de rappeler que 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.

**c)** Le point de vue du Dr S.\_\_\_\_\_, selon lequel des facteurs étrangers à l'accident - relevant essentiellement des antécédents psychiatriques de la recourante, respectivement d'une fragilité psychologique sous-jacente - seraient désormais la cause prépondérante du maintien des troubles psychiques actuels ne peut par ailleurs être suivi. Comme le met en évidence de manière convaincante le Dr L.\_\_\_\_\_ dans ses rapports très détaillés des 20 avril et 20 juillet 2015, ce point de vue repose en effet sur des fondements extrêmement tenus qui ne suffisent pas pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

**aa)** Il convient d'observer en premier lieu que les éléments permettant de documenter les différents épisodes de décompensation psychique vécus par la recourante en 1969, 1992 et 2010 sont peu nombreux, si bien qu'apprécier l'influence de ces épisodes relève plus de la conjecture que d'un raisonnement fondé sur des critères objectifs. Sur la base des renseignements disponibles (cf. rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 20 avril 2015, p. 3), il semble néanmoins que les antécédents vécus par la recourante ont été de faible gravité. Les différents épisodes de décompensation se sont échelonnés sur une période de près de quarante ans et ont été séparés par des intervalles temporels importants. Les deux premiers épisodes dépressifs n'ont apparemment pas nécessité une prise en charge de longue durée et ont à l'évidence abouti à des rémissions complètes. Quant au troisième épisode (trouble panique avec agoraphobie), il a requis une prise en charge plus longue, sans générer toutefois une quelconque incapacité de travail ; d'après la recourante, la guérison était par ailleurs complète au moment où est survenu l'événement accidentel.

**bb)** Pour étayer l'existence d'une fragilité anxieuse préexistante, le Dr S.\_\_\_\_\_ fonde son raisonnement sur le fait que la recourante a souffert d'une pathologie anxieuse dont les symptômes - en particulier des attaques de panique et des conduites d'évitement - se recoupent avec ceux d'un trouble état de stress post-traumatique. Comme l'a d'ailleurs relevé le Dr S.\_\_\_\_\_, la recourante n'a toutefois jamais

présenté d'attaque de panique dans le cadre de son trouble état de stress post-traumatique (expertise du 17 septembre 2013, p. 8) et les conduites d'évitement n'y jouaient qu'un rôle marginal (expertise du 17 septembre 2013, p. 8, et expertise du 12 janvier 2015, p. 5). La recourante a par ailleurs précisé que les symptômes qu'elle présentait dans le cadre de son trouble panique n'avaient aucun rapport avec les symptômes ressentis dans le cadre de son trouble état de stress post-traumatique.

**cc)** De manière plus générale, il convient de relever que le Dr S.\_\_\_\_\_ n'a décrit aucun symptôme marqué de la lignée anxio-dépressive et posé aucun diagnostic permettant de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une autre atteinte à la santé psychique aurait désormais pris l'ascendant sur le trouble état de stress post-traumatique ou jouerait un rôle quant à la persistance de ce trouble.

**dd)** Compte tenu du déroulement des différents épisodes de décompensation vécus par la recourante, de leur espacement et de leur rémission rapide, l'existence d'une vulnérabilité psychologique préexistante propice au maintien des troubles psychiques actuels et susceptible de rompre totalement le lien de causalité naturelle apparaît pour le moins incertaine. Elle ne saurait en tout cas être déduite des explications plus que sommaires et péremptoires fournies par le Dr S.\_\_\_\_\_ au cours de la procédure.

**d)** Plus généralement, en affirmant que la recourante ne devrait plus présenter, compte tenu des circonstances de l'accident, de l'existence d'une vulnérabilité psychologique préexistante et de la durée qui s'est écoulée depuis la survenance des faits, de symptômes relevant d'un trouble état de stress post-traumatique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a émis un jugement de valeur - fondé sur une présomption dont on ignore les fondements scientifiques et détaché des circonstances concrètes du cas d'espèce - et, partant, a outrepassé la mission qui était la sienne, en se prononçant en réalité sur la question - d'ordre juridique - de la causalité adéquate, alors même qu'il était invité à présenter des observations sur la

seule question de la causalité naturelle (cf., par exemple, TFA U 101/05 du 12 avril 2006 consid. 4.2.2).

**8. a)** Quand bien même, la recourante présente des séquelles somatiques à la suite de l'agression dont elle a été la victime (cf. expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ du 3 septembre 2013), il convient de constater que l'atteinte physique est mineure et ne joue qu'un rôle très secondaire par rapport aux séquelles psychiques subies. Quoi qu'en dise le Dr S. \_\_\_\_\_, la recourante a été directement exposée à un événement d'une grande violence propre à faire naître une terreur subite même chez une personne jouissant d'une constitution normale. En effet, la recourante a fait l'objet d'une agression par arme à feu en pleine journée de la part d'un inconnu qui lui a tiré de dos et à courte distance ; touchée à la jambe, elle est tombée à terre sans perdre conscience, dans l'incertitude quant à la gravité de ses blessures et quant aux intentions de son agresseur. Au regard des circonstances du cas d'espèce, il y a lieu de conclure à l'existence d'un traumatisme psychique constitutif d'un accident et d'appliquer en ce qui concerne la question de la causalité adéquate la jurisprudence dégagée par le Tribunal fédéral en la matière.

**b)** Fort de ce constat, il convient d'examiner si l'accident survenu le 26 février 2011 est propre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner, près de cinq ans après les faits, des troubles psychiques et une incapacité partielle de travail. Le cas d'espèce a ceci de particulier que, comme l'a mis en évidence le Dr L. \_\_\_\_\_, la recourante n'a pas fait l'objet d'une prise en charge immédiate de ses troubles post-traumatiques. Après avoir dans un premier temps pris contact avec son psychiatre traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, la recourante a été contrainte d'interrompre son traitement après quelques séances seulement en raison de la maladie de ce médecin. Après le décès de celui-ci au mois de juillet 2013, la recourante a dû rechercher un nouveau médecin spécialisé dans la prise en charge de ce genre de problématique, si bien que ce n'est qu'à partir du mois de décembre 2013 qu'elle a réellement pu débuter un traitement approprié. A la lumière des références scientifiques citées par le Dr L. \_\_\_\_\_ - non remises en cause

par le Dr S. \_\_\_\_\_ -, le traitement d'un trouble état de stress post-traumatique présuppose une intervention au long cours d'au minimum deux ans. Dans ces conditions, il est difficile d'affirmer, eu égard au retard pris par le traitement, que la situation était stabilisée et n'était plus susceptible d'évolution au moment où l'intimée a décidé de mettre un terme au versement de ses prestations. Il convient d'admettre, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, que les troubles de la recourante présentaient encore à ce moment précis un lien de causalité adéquate avec l'événement survenu le 26 février 2011.

**9. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les séquelles psychiques de l'événement accidentel survenu le 26 février 2011 au-delà du 31 mars 2015.

**b)** Dès lors que la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition du 1<sup>er</sup> février 2016 est réformée, en ce sens que M. \_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge au-delà

du 31 mars 2015 les suites de l'événement accidentel survenu le 26 février 2011.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

**IV.** M. \_\_\_\_\_ versera à J. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Centre social protestant (pour J. \_\_\_\_\_),
- M. \_\_\_\_\_,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :