

VS_GERICHTE S2 22 32 vom 22. August 2024

VS Kantonsgericht, 2024-08-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 32](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_32)

FR: VS_GERICHTE S2 22 32 du 22 août 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 32 del 22 agosto 2024

Regeste

S2 22 32 ARRÊT DU 22 AOÛT 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Maître Philippe Nordmann, avocat, Lausanne contre HELSANA ASSURANCES SA, intimée, représentée par Helsana Accidents SA, Lausanne (art. 6 al. 1 LAA, art. 11 OLAA et art. 44 al. 1 à 3 LPGA ; causalité, rechute, valeur probante d'une expertise médicale indépendante)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Posté le 7 avril 2022, le présent recours contre de la décision sur opposition du 8 mars précédent, reçue par le mandataire de l'assurée le 10 mars 2022, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

L'intimée conclut tout d'abord à l'irrecevabilité du recours. Elle a mentionné dans sa réponse du 20 mai 2022 que la recourante n'avait pas agi à l'encontre de la bonne société. Malgré une demande en ce sens dans la communication du 13 septembre 2022, la recourante ne s'est pas déterminée sur cette conclusion. Le recours du 7 avril 2022 ne saurait être déclaré irrecevable pour le motif invoqué par l'intimée. En effet, la situation présente n'est pas celle d'une action, en particulier civile, où la capacité d'être partie est une condition de recevabilité de l'action, au sens de l'article 59 alinéa 2 lettre c du code de procédure civile (CPC, RS 272), à examiner d'office par le tribunal, en vertu de l'article 60 CPC, et où, plus particulièrement, la légitimation active ou passive constitue même une condition de droit matériel, le défaut de légitimation passive correspondant alors à un moyen de fond, susceptible de conduire alors non pas à l'irrecevabilité mais au rejet de l'action (Petit commentaire, CPC, Code de procédure civile, 2021, § 51 ad art. 59 et § 1 à 5 ad art. 66 ; Commentaire romand, Code de procédure civile, 2ème éd. 2019, § 94 ad art. 59). Il s'agit en l'occurrence d'un recours en matière d'assurances sociales contre une décision administrative clairement désignée, puisque jointe au recours, à savoir la décision sur opposition rendue le 8 mars 2022 par une société du groupe Helsana. Que cette décision ait effectivement été prise par Helsana Accidents SA, et non pas par Helsana Assurances SA comme mentionné sur la première page du mémoire de recours, ne saurait ainsi conduire à l'irrecevabilité de ce recours, et encore moins à son rejet.

- 20 - Partant, le recours interjeté le 7 avril 2022 contre la décision sur opposition prononcée le 8 mars précédent par Helsana Accidents SA est recevable.

E. 3.1

ci-dessus (pièces C9, C16, C60 et C80), le Dr BB _____ a qualifié de hautement probable (plus de 75%) le lien de causalité entre les troubles résultant d'un syndrome cervical et l'accident de 1998, même en présence de signes dégénératifs légers. Ce médecin traitant a en revanche ajouté qu'une relation aussi importante ne pouvait pas être retenue en ce qui concernait l'ensemble de l'évolution marquée par une intervention chirurgicale cervicale en 2016 (pièce C143). D'autres médecins, dont certains sont intervenus dans le traitement de l'assurée ou ont été mandatés par elle à titre d'experts privés, ont également fait mention de troubles dégénératifs préexistants au niveau cervical, rapporté l'absence de lésion traumatique à ce niveau, réfuté l'origine accidentelle des affections cervicales ou dénié à celle-ci un degré probatoire pour le moins vraisemblable, à savoir : le Dr C _____ le 7 août 1998 (pièce M4 : cervicalgies droites et gauches irradiant dans les deux épaules avant l'accident, troubles cervicaux antérieurs à l'accident) ; le médecin-conseil de l'assurance le 20 août 1998 (pièce M5 : état antérieur préexistant, pas de lésion objectivable) ; le Dr I _____ le 5 juillet 2007 (pièce 84, page 183 du dossier AI : discrètes altérations dégénératives disco-vertébrales cervico-dorso-lombaires) ; le Dr DD _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, dans son rapport d'expertise adressé le 5 mars 2010 au médecin conseil de EE _____ (pièce 221, page 816 du dossier AI : troubles disco-dégénératifs de C5-C6) ; le Dr W _____ le 25 juin 2014 (pièce C127 : conséquences de l'accident pas décelables par imagerie, temps de consultation ambulatoire insuffisant pour clarifier des questions de causalité) ; la Dresse FF _____ et le Prof. GG _____ du Service de neurologie des F _____, dans leur rapport d'expertise privée rédigé le 18 février 2015 (recte : 2016) à l'attention du précédent représentant de l'assurée (pièce 183, pages 591 et 593 du

- 28 - dossier AI : troubles dégénératifs de la colonne vertébrale avec cervicalgies, lombalgies et irritation en C6 à droite mise en évidence en tout cas en 2013, pas de lien entre l'aggravation des divers troubles et l'accident de 1998, pas d'évidence dans la littérature d'un lien de causalité entre l'accident considéré comme mineur et les troubles dégénératifs cervicaux) ; le Service de radiologie et neuroradiologie de la K _____ concernant l'IRM de la colonne cervicale du 26 septembre 2016 (pièce M37 : légères affections dégénératives) ; le Dr Q _____ le 23 janvier 2017 (pièce M40 : pas de lien de causalité entre l'accident de 1998 et les diagnostics posés par la Dresse L _____, discopathie en C5-C6 déjà visible sur les clichés initiaux de A _____) ; le Dr V _____ le 13 octobre 2017 qui cite le Dr W _____ (pièce C127 : conséquences de l'accident pas décelables par imagerie, présence ou non d'un début de discopathie sur les radiographies de l'époque de l'accident de 1998 pour déterminer si la discopathie en C5-C6 ayant mené à l'intervention chirurgicale par la Dresse L _____ est une conséquence directe de l'accident) ; la Dresse L _____ le 15 mai 2018 (pièce 246, page 960 du dossier AI : conflit juridique entre la patiente et son assurance sur l'existence d'un lien entre la dégénérescence en C5-C6 et C6-C7 ayant conduit à l'opération de 2016 et l'accident de voiture avec traumatisme de type « coup du lapin ») ; les spécialistes du CC _____, dans leur rapport d'expertise du 11 juillet 2018 à l'attention de l'Office AI (pièce 247, page 986 du dossier AI : cervicalgies sur troubles dégénératifs étagés avec discopathies en C4-C5 et C5-C6, sans trouble neurologique périphérique) ; le Service médical régional de l'Office

AI (ci-après : SMR), dans son rapport final du 25 juillet 2018 (pièce 249, page 1022 du dossier AI : cervicalgies sans troubles sensitivomoteurs périphériques sur discopathies en C5-C6 avec protrusion disco-ostéophyttaire modérée rétrécissant le trou de conjugaison à droite, les plaintes de l'assurée sont disproportionnées par rapport aux troubles dégénératifs, finalement banaux, constatés) ; le Dr BB _____ le 28 mars 2019 (pièce C143 : très légers troubles dégénératifs cervicaux sur les radiographies de l'époque d'un accident de la circulation en 1998, pas de relation hautement probable entre l'accident et l'évolution avec intervention chirurgicale cervicale en 2016) ; le Dr BB _____ le 27 janvier 2021 (annexe à la pièce C166 : syndrome cervical douloureux par décompensation de troubles dégénératifs légers préexistants) ; le Dr Q _____ le 26 avril 2021 (pièce M56 : accélération que possible, par le facteur traumatique, du développement d'une arthrose et d'un trouble statique au niveau cervical, pas de causalité probante sans substrat objectif) ; le Dr Q _____ le

E. 3.2.1

Concernant tout d'abord les troubles cervicaux à l'origine de l'intervention chirurgicale du 13 juin 2016 (pièces M34 et M35), il convient de relever que l'expertise neurologique confiée le 9 juin 2017 par Helsana au Dr S _____ a été diligentée dans le respect des conditions posées par l'article 44 LPGA, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 (pièce C121). Il ressort en outre de la présentation du rapport correspondant, daté du 28 novembre 2017 (pièce M44), que celui-ci répond pleinement aux exigences jurisprudentielles de valeur probante d'une appréciation médicale. Sur les

- 25 - radiographies cervicales de profil datant du 11 mai 1998, ce spécialiste a constaté une ébauche d'uncarthrose surtout en C5-C6 et C6-C7. Il a mentionné également que l'IRM cervicale avait montré des troubles dégénératifs débutants. Il a retenu les diagnostics de status après TCC mineur et traumatisme cervical indirect de degré II selon la classification de la QTF le 11 mai 1998, ainsi que de troubles dégénératifs du rachis cervical et de status après micro-discectomie en C5-C6, foraminotomie en C6 droite et spondylodèse par cage en C5-C6 le 13 juin 2016. Les explications que le Dr S _____ est le seul à avoir développées au sujet des critères médicaux très stricts, d'ailleurs repris par la jurisprudence topique, pour admettre une relation de cause à effet entre un accident et une hernie discale, emportent la conviction de la Cour qui les fait siennes. Le Dr S _____ a encore précisé cet exposé dans son avis complémentaire du 29 mars 2018. D'après ses éclaircissements tout aussi cohérents, plus que la présence ou l'absence d'altérations dégénératives au niveau vertébral lors de l'accident, c'était l'importance du traumatisme ayant agi sur le rachis qui était déterminant afin d'établir un tel lien de causalité. Or, le 11 mai 1998, l'assurée avait été victime d'un traumatisme cervical indirect de degré II selon la QTF, soit d'un accident banal et fréquent qui n'avait pas été de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral correspondant. Les radiographies effectuées directement après cet événement n'avaient en effet pas révélé de fracture ou de dislocation au niveau cervical, susceptibles d'entraîner une arthrose post-traumatique (pièce M47a). La même analyse de la situation résulte au demeurant du rapport de la Dresse L _____ du 22 mai 2017. La spécialiste traitante y a en effet indiqué que si elle avait connu la patiente à l'époque de l'accident de voiture en mai 1998, elle aurait requis à la date de cet accident une IRM du rachis cervical afin de poser un diagnostic clair d'une déchirure du ligament longitudinal inférieur (pièce C119). Comme rappelé par le Dr S _____ dans son rapport d'expertise (pièce M44) puis son avis complémentaire précités (pièce M47a), il ressort bien des éléments consignés dans le

rapport de police du 26 mai 1998 que le choc contre l'arrière du véhicule conduit par l'assurée le 11 mai précédent n'avait pas été important (pièce C3), de même qu'il résulte des informations figurant dans le rapport médical initial LAA du 16 juin 1998 que les constatations, notamment radiologiques, faites à A _____ le jour même de l'accident n'avaient mis en évidence ni fracture ni luxation (pièce M1). De plus, sur la base de toutes les radiographies effectuées le 11 mai 1998 dans cet établissement ainsi que de l'IRM cervicale du 24 décembre 1999 qu'il avait lui-même demandée (pièce M18), le Dr I _____ a notamment posé, dans son rapport d'expertise neurologique du 24 janvier 2000 (pièce M20), puis confirmé, dans son

- 26 - complément d'expertise du 9 juillet 2001 (pièce M25), les diagnostics clairs de status après TCC mineur et distorsion cervicale simple le 11 mai 1998, ainsi que de discrètes altérations dégénératives discales en C4-C5 et C5-C6, sans relation avec l'accident et sans signification clinique vraisemblable. Dans son rapport du 24 janvier 2000, il a en particulier relevé que les radiographies standards de la colonne cervicale et lombaire n'avaient montré aucune anomalie traumatique à quelque niveau que ce soit et que sur le plan cervical, il y avait une rectitude, une arthrose postérieure débutante pluri-étagée et une discopathie en C5-C6. Il a signalé d'autre part que l'EEG était superposable à celui pratiqué par le Dr B _____ en 1998 (pièce M20). Pour rappel, ce neurologue n'avait rapporté, le 25 juin 1998, qu'une ankylose douloureuse de la nuque (pièce M2). Un nouvel examen neurologique pratiqué le 15 mai 1999 par le Dr E _____ s'était de surcroît révélé strictement normal, en particulier sans aucun syndrome cervical (pièce M9). Il ne semble pas que les médecins en charge du suivi de l'assurée, notamment la Dresse L _____ et le Dr T _____, aient eu à leur disposition l'ensemble de cette documentation radiologique, pas plus d'ailleurs que les résultats des premières investigations neurologiques menées par les Drs B _____ et E _____ ni les deux rapports du Dr I _____. En date du 22 juin 2017, le Dr T _____ a concédé à l'attention du mandataire de l'assurée que les délais étaient grands et qu'il n'avait pas de documentation précédant l'accident (pièce M43). Dans ses réponses du 2 février 2018, ce praticien a indiqué n'avoir examiné avec des confrères neurologues et deux radiologues qu'une radiographie de profil effectuée à A _____ le 11 mai 1998, sur laquelle il n'existait aucun élément d'arthrose, notamment au niveau C5-C6. Il n'a pas fait mention des autres radiographies pratiquées le même jour dans cet établissement ni de l'IRM cervicale du 24 décembre 1999 requise par le Dr I _____. Il a souligné que les anomalies visibles en C5-C6 suggéraient une évolution post-accidentelle. A noter au passage qu'au vu des jurisprudences exposées plus haut en matière de preuve d'une relation de causalité naturelle entre un événement accidentel et des affections physiques consécutives, l'utilisation de ce verbe ainsi que de ce préfixe évoque une simple possibilité plus qu'une haute probabilité et une succession temporelle plutôt que causale. En date du 2 février 2018, le Dr T _____ a aussi répondu par la négative à la question de savoir si la patiente se serait vraisemblablement trouvée dans le même état sans l'accident, en réservant le cas d'une maladie osseuse spécifiquement développée dans la région cervicale moyenne (pièce C135). Or, la présence d'altérations dégénératives discales en C4-C5 et C5-C6, sans relation avec l'accident et sans signification clinique, a bel et bien été retenue dans le rapport d'expertise neurologique

- 27 - du 24 janvier 2000 (pièce M20), soit moins de deux ans après l'accident du 11 mai 1998 et plus de dix-huit ans avant les réponses données le 2 février 2018 par le Dr T

_____. Ce neurologue traitant a ensuite grandement modéré ses prises de position antérieures puisque, le 19 février 2021, il a écrit à l'avocat de la recourante que la causalité avec l'accident de 1998 n'était pas de nature organique, en l'absence de troubles objectivables, et que le facteur traumatique avait pu accélérer le développement d'arthrose et de trouble statique au niveau cervical, à son avis de l'ordre de 30% à 50% (annexe à la pièce C166), soit dans une proportion n'atteignant pas le degré probatoire de la vraisemblance prépondérante exigé dans le domaine des assurances sociales. La même remarque peut s'appliquer à l'avis émis par le Dr BB _____ dans son certificat du 28 mars 2019. A l'instar des conclusions expertales du Dr I _____ (pièces M20 et M25) à l'origine de la liquidation du cas initial rappelée au considérant

E. 3.2.2

Des développements similaires à ceux qui viennent d'être exposés au considérant qui précède à propos des affections cervicales peuvent être présentés au sujet des autres troubles, notamment cérébraux, rapportés par l'assurée. Tout d'abord et contrairement aux allégations péremptoires de l'assurée dans son écriture du 31 mai 2021, la survenance même d'un traumatisme cranio-cérébral (TCC) a été mise en doute dans les suites immédiates de l'accident du 11 mai 1998. Le 7 août 1998, le Dr C _____ a mentionné un status après traumatisme cranio-cervical et non après TCC (pièce M4). Dans sa note du 20 août suivant, le médecin-conseil de l'assurance a précisé qu'il y avait un doute sur l'existence d'un TCC et d'une amnésie, car dans le rapport de police, la patiente avait raconté comment l'accident était survenu et le premier policier arrivé de suite ne l'avait pas trouvée inconsciente (pièces M5 et C3). Les explications données par le Dr S _____ dans son rapport d'expertise neurologique du 28 novembre 2017 vont dans le même sens. Aux termes de celles-ci, la patiente avait sans nul doute subi un traumatisme crânien lors de l'accident du 11 mai 1998. Un traumatisme cranio-cérébral n'était en revanche pas certain. Une perte de connaissance était en effet douteuse sur la base des éléments du dossier. Le bilan neuro-radiographique effectué dans les suites de l'accident n'avait pas révélé de lésion à caractère traumatique, en particulier au niveau cérébral (pièce M44). Il est vrai qu'en date du 25 juin 1998, le Dr B _____ a rapporté que les examens neurologiques pratiqués par lui n'avait mis aucune atteinte cérébrale en évidence. C'est uniquement en reprenant les dires de l'assurée et en faisant usage du conditionnel qu'il a signalé une amnésie traumatique et post-traumatique de plusieurs minutes, compatible avec une commotion cérébrale (pièce M2). Le 17 mai 1999, son confrère le Dr E _____, également neurologue, a fait état de résultats strictement normaux. Il n'y avait qu'une discrète sensibilité à la palpation crânienne dans la région bi-temporale et bi-occipitale, sans aucune anomalie périphérique ou centrale à l'examen des extrémités (pièce M9).

- 33 - Etaient aussi dans les limites de la norme l'analyse de la morphologie et du flux des artères à destination cérébrale effectuée le 7 juillet 1999 (pièce M13) ainsi que l'IRM cérébrale du 16 décembre 1999 (pièce M17). Si TCC il y a eu lors de l'accident du 11 mai 1998, le Dr I _____ l'a qualifié de mineur dans son rapport d'expertise neurologique du 24 janvier 2000. Il a précisé d'autre part que l'EGG était superposable à celui pratiqué par le Dr B _____ en 1998 (pièces M19 et M20). Il n'est ainsi pas correct de prétendre, comme l'a fait la recourante dans sa réplique du 22 août 2022, qu'en mentionnant un TCC dans sa réponse au recours, l'intimée avait reconnu que l'accident du 11 mai 1998 n'était pas bénin. Le 25 juin 1998, le Dr B _____ a de surcroît fait état chez sa patiente d'antécédents de céphalées chroniques mixtes, à la fois vasculaires et tensionnelles, remontant pratiquement

à l'âge scolaire et ayant conduit à des consultations en 1985 puis en 1994 (pièce M2). Les mêmes antécédents ont été rapportés par le Dr C _____ en dates des 7 août 1998 (pièce M4) et 5 novembre suivant (pièce M8). Selon le rapport de la Clinique et policlinique de neurologie des F _____ du 3 juin 1999, les céphalées présentées par la patiente semblaient consécutives à l'accident mais il n'y avait pas d'explication à l'exacerbation récente de la symptomatologie depuis le mois d'avril 1999 ni de documents médicaux à disposition concernant cette patiente, de sorte que différents examens étaient préconisés (pièce M12). Ceux-ci correspondent en fait à l'analyse de la morphologie et du flux des artères à destination cérébrale du 7 juillet 1999 (pièce M13) ainsi qu'à l'IRM cérébrale du 16 décembre 1999 (pièce M17) mentionnées ci-dessus, dont les résultats étaient normaux. Lorsqu'il a indiqué, le 25 octobre 2019, avoir constaté sur l'IRM cérébrale réalisée à A _____ une nette atrophie frontale bilatérale dont l'origine pouvait être post-traumatique (pièce C152), le Dr T _____ ne semble pas avoir eu connaissance des résultats strictement normaux des examens neurologiques et cérébraux réalisés en 1998 et 1999 (pièces M2, M9, M13, M17, M19 et M20). Il faisait référence à l'IRM cérébrale pratiquée au cours de l'hospitalisation du 4 au 30 juin 2019 à la HH _____, à la suite de l'avis du neurologue de garde de A _____. Or, cette IRM n'a pas montré de lésion vasculaire ou expansive (pièce M51). De plus, le Prof. II _____ a signalé dans le rapport de son évaluation spécialisée du 28 septembre 2021 que la dernière IRM cérébrale de 2021 était normale (annexe à la pièce C169a). De toute manière, l'avis tel qu'exprimé par le Dr T _____ en date du 25 octobre 2019 (pièce C152) ne suffit pas à établir une relation de causalité naturelle pour le moins vraisemblable entre l'accident du 11 mai 1998 et l'atrophie frontale bilatérale qu'il a déclaré avoir vue sur l'IRM cérébrale à sa disposition.

- 34 - Dans son rapport d'expertise neurologique du 28 novembre 2017, le Dr S _____ a nié l'existence d'un tel lien de causalité entre l'accident du 11 mai 1998 et les innombrables plaintes de l'assurée, hormis l'anosmie qui restait toutefois douteuse (pièce M44). Les experts du CC _____ ont rapporté le 11 juillet 2018 à l'Office AI des douleurs et troubles neurologiques subjectifs de l'hémicorps droit, sans substrat ni incidence sur la capacité de travail (pièce 247, page 986 du dossier AI). En date du 6 décembre 2021, le Dr Q _____ est parvenu aux mêmes conclusions. De son point de vue, dans le contexte de tous les diagnostics et troubles rapportés, un rapport de causalité n'était que possible. Il était notamment question de maux de tête chroniques associés à un coup du lapin, mais dans le cadre d'un diagnostic différentiel et non comme diagnostic unique. Il était de surcroît simplement indiqué que les céphalées étaient survenues dans les suites d'un accident de la voie publique. Il était relevé d'autre part que malgré les investigations et les symptômes neurologiques, il n'y avait aucune preuve d'une lésion organique. Les diagnostics de névralgie d'Arnold, d'une possible migraine nummulaire ou d'un syndrome de type artérite temporale droite n'étaient pas de caractère traumatique (pièce M57). C'est effectivement ce qui peut être retenu des pièces médicales auxquelles le Dr Q _____ s'est référé, soit les rapports de sortie de la R _____ des 10 juillet et 16 août 2021 et le compte-rendu de la consultation du 28 septembre 2021 auprès du Prof. II _____ (annexes à la pièce C169a), étant précisé qu'il était aussi question, dans les rapports de la clinique précitée, de maux de tête sur abus médicamenteux. Le Prof. II _____ a examiné la recourante à sa consultation du 28 septembre 2021 pour des céphalées chroniques, avec composante principale de névralgie d'Arnold et de névralgie du trijumeau temporale à droite. Il a posé les diagnostics de névralgie d'Arnold et de possible migraine nummulaire ou de type artérite temporale droite. Il a ajouté que la patiente

souffrait de névralgie d'Arnold et de névralgie temporale à droite et que l'effet positif (rémission des douleurs temporaires jamais obtenue depuis l'accident) confirmait formellement ce diagnostic (annexe à la pièce C169a). Il ne ressort toutefois pas de son rapport correspondant que l'assurée souffrait déjà de céphalées chroniques bien des années avant l'accident de 1998 (pièces M2, M4 et M7). Les remarques émises le 26 janvier 2022 par l'assurée au sujet de la névralgie d'Arnold retenue dans ce rapport constituent au demeurant l'expression de généralités et du principe « post hoc ergo propter hoc ». Celle-ci s'est en effet bornée à indiquer que cette affection était souvent due à un traumatisme cervical, que dans son cas, aucune autre cause ne pouvait exister et qu'avant l'accident, elle n'avait jamais souffert d'une telle névralgie (pièce C170).

- 35 - En ce qui concerne les vertiges et malaises allégués par la recourante, les spécialistes des F _____ ont mentionné, dans leur rapport d'expertise privée du 18 février 2015 (recte : 2016), des vertiges latéralisés sans substrat organique démontré mais avec peut-être une composante positionnelle. Ils ont ajouté que la composante vasculaire des vertiges avait été considérée comme possible, et non probable, mais que cette composante n'était à leur avis pas liée à l'accident (pièce 183, pages 591 et 593 du dossier AI). Quant à ceux du CC _____, ils ont simplement cité, parmi les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail figurant dans leur rapport d'expertise du 11 juillet 2018 à l'attention de l'Office AI, des malaises anamnestiques d'origine indéterminée (pièce 247, page 986 du dossier AI). Dans sa détermination du 10 mars 2021 et sa réplique du 22 août 2022, la recourante a écrit que l'accident du 11 mai 1998 avait entraîné une anosmie et une agueusie, ce qui n'était pas contesté. Cette affirmation est exacte en ce qui concerne l'anosmie. Dans ses rapports des 24 janvier 2000 et 9 juillet 2001, le Dr I _____ a reconnu l'origine accidentelle de cette affection (pièces M20 et M25). Dans son second rapport, il estimait à 15% la perte d'intégrité due aux troubles de l'olfaction (pièce M25). L'assurée a été indemnisée en conséquence par décision de l'assurance du 18 juillet 2001 (pièce C80). A noter au passage que le 28 novembre 2017, le Dr S _____ a tout de même qualifié cette anosmie de douteuse (pièce M44). En revanche, une relation de cause à effet pour le moins probable entre l'événement accidentel et une agueusie, voire l'existence même d'une telle atteinte, n'a pas été établie (rapport de la Clinique et policlinique d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des F _____ du 18 mai 1999 sous pièce M10 : l'anamnèse et le status ne permettent pas de conclure concernant l'agueusie ; rapports d'expertise du Dr I _____ du 24 janvier 2000 sous pièce M20 et du 5 juillet 2007 sous pièce 84, page 183 du dossier AI : troubles sensitifs gustatoires linguaux d'importance difficilement précisable ; rapport d'expertise du CC _____ du 11 juillet 2018 sous pièce 247, page 986 du dossier AI : anosmie et agueusie, sans autre précision, parmi les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail).

E. 3.2.3

Au final et comme souligné à juste titre dans la décision attaquée, les différents avis médicaux invoqués par l'assurée, qui émanent de praticiens intervenus dans le suivi de celle-ci, en particulier les prises de position de la Dresse L _____ du 22 mai 2017 (pièce C119) ainsi que du Dr T _____ des 22 juin 2017 (pièce M43), 2 février 2018 (pièce C135) et, dans une moindre mesure, 19 février 2021 (annexe à la pièce C166), ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions probantes formulées le 28 novembre 2017 (pièce M44) puis confirmées le 29 mars 2018 par le Dr S _____,

- 36 - dans le cadre d'un mandat d'expertise neurologique indépendante que Helsana lui a confié le 9 juin 2017 conformément à l'article 44 LPGa (pièce C121). Ces conclusions rejoignent d'ailleurs celles émises par les spécialistes en neurologie des F _____ dans leur rapport d'expertise privée du 18 février 2015 (recte : 2016) que l'assurée elle-même a sollicité, par le biais de son mandataire de l'époque, au cours de la procédure d'assurance-invalidité (pièce 183, pages 560 à 593 du dossier AI). Certes, dans cette procédure, l'expertise en question n'avait pas pour but d'éclaircir les questions de causalité. Il n'en reste pas moins que les experts mandatés se sont exprimés sur ces questions et que leurs réponses concordent avec celles apportées par le Dr S _____ dans son rapport d'expertise neurologique du 28 novembre 2017 (pièce M44) et son complément d'expertise du 29 mars 2018 (pièce M47a). En conséquence, la recourante, à qui le fardeau de cette preuve incombe, n'a pas établi l'existence pour le moins vraisemblable d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 mai 1998 (pièce C1) et les troubles qui ont fait l'objet de l'annonce de rechute du 9 janvier 2017 (pièce C103) et/ou dont elle souffre encore à l'heure actuelle (annexe à la pièce C169a). Le présent jugement est ainsi rendu en sa défaveur. Les faits de la cause se distinguent au demeurant de ceux de l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_387/2021 cité dans le recours du 7 avril 2022, en ce sens que dans cette affaire-là, la partie recourante était parvenue à remettre en cause les rapports d'experts des assureurs sociaux. Tel n'est pas le cas en l'espèce. Quant à l'arrêt 4A_302/2020 mentionné dans l'écriture du 31 mai 2021, il porte sur une autre question que celle à trancher in casu, à savoir sur la causalité adéquate dans le cadre d'un contrat d'assurance-accidents complémentaire privée, et ne trouve donc pas non plus application en la présente cause. En référence au principe d'appréciation anticipée des preuves, l'expertise judiciaire requise par la recourante dans ses écritures des 7 avril et 22 août 2022 se révèle par conséquent inutile et ne sera pas diligentée. La Cour ne voit en effet guère en quoi une nouvelle expertise dans ce volumineux dossier portant sur un accident survenu il y a plus de vingt-six ans permettrait d'y apporter un éclairage nouveau. D'ailleurs, l'expertise de rang universitaire sollicitée par l'assurée auprès de Helsana en date du 26 janvier 2022 (pièce C170) a déjà eu lieu, puisque le rapport d'expertise privée du 18 février 2015 (recte : 2016) a été établi par des spécialistes du Service de neurologie des F _____ (pièce 183, pages 560 à 593 du dossier AI). Partant, le recours est rejeté et la décision sur opposition de Helsana Accidents SA du 8 mars 2022 confirmée.

- 37 - 4. 4.1 En application de l'article 61 lettre fbis LPGa, en vigueur depuis le 1er janvier 2021, et compte tenu du fait que la LAA n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance-accidents. 4.2 Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGa a contrario), pas plus qu'à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision sur opposition de Helsana Accidents SA du 8 mars 2022 est confirmée 2. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Sion, le 22 août 2024

E. 6

décembre 2021 (pièce M57 : pas d'atteinte traumatique probante en relation de causalité avec l'accident de 1998, causalité naturelle que possible avec tous les diagnostics et troubles).

- 29 - Concernant la présence de troubles dégénératifs du rachis cervical au moment de l'accident du 11 mai 1998, il convient en outre de relever au passage les allégations contradictoires de la recourante au fil du cas (confirmation du 28 février 2018 de l'opposition provisoire du 24 janvier précédent, en référence aux réponses du Dr T _____ du 2 février 2018, sous pièce C135 : aucune arthrose au moment de l'accident ; courrier du 23 décembre 2019, sous pièce C153b : expertise du Dr S _____ basée faussement sur une arthrose avant l'accident de 1998 mais aucune arthrose préexistante établie ; détermination du 10 mars 2021, fondée sur le certificat du Dr BB _____ du 27 janvier 2021, sous pièce C166 : légère arthrose dans la zone cervicale au moment de l'accident du 11 mai 1998 possible, bien que non prouvée, et toutefois asymptomatique ; écriture du 31 mai 2021, sous pièce C168 : aucune arthrose préexistante à l'accident établie ; réplique du 22 août 2022 : refus de prester de Helsana essentiellement fondé sur la prétendue existence de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident du 11 mai 1998, mais pas de constatation par le Dr T _____ d'arthrose au moment de l'accident sur les radiographies effectuées ce jour-là ; ultimes remarques du 17 octobre 2022 : arthrose préexistante contestée, documents médicaux à l'appui). D'autre part, les nombreuses pièces médicales que l'assurée a invoquées afin de justifier un rapport de causalité pour le moins probable entre l'accident du 11 mai 1998 et les troubles cervicaux ayant conduit à l'opération du 13 juin 2016 (pièces M34 et M35) relèvent du principe « post hoc ergo propter hoc », comportent le terme « post- traumatique », mentionnent la non-connaissance de la patiente et de la documentation médicale, en particulier radiologique, au moment de l'événement accidentel, soulignent le temps de latence important entre celui-ci et les affections cervicales ou alors font état d'un traumatisme grave qui, comme retenu plus haut, ne ressort pas rapport de police du 26 mai 1998 (pièce C3) ni du rapport médical initial LAA du 16 juin suivant (pièce M1). Ces éléments, tels qu'énumérés ci-après, ont été rapportés dans le cadre du suivi médical de la recourante et ne suffisent donc pas à établir une relation de cause à effet entre l'accident et les troubles susmentionnés : rapport du Dr W _____ du 25 juin 2014 (pièce C127 : début des douleurs à l'occasion d'un grave accident de la route selon les explications de la patiente, aucune image directe de l'époque ni aucun diagnostic disponible, syndrome douloureux cervico-céphalique chronique post-traumatique) ; protocole opératoire du 13 juin 2016 (pièce M34 : après un grave traumatisme du type « coup du lapin ») ; rapport de la Dresse L _____ du 27 juin 2016 (pièce M36 : status après accident de voiture avec traumatisme de type « coup du lapin » en mai 1998) ; rapport de la Dresse L _____ du 9 janvier 2017 (pièce M39 : status après

- 30 - accident de voiture avec traumatisme de type « coup du lapin » en mai 1998, syndrome cervico-brachial à notre avis post-traumatique) ; rapport de la Dresse L _____ du 22 mai 2017 (pièce C119 : après un grave traumatisme du type « coup du lapin », étiologie post-traumatique de la discopathie, sténose absolument post-traumatique) ; réponses du Dr T _____ du 22 juin 2017 (pièce M43 : les délais sont grands, pas de documentation précédant l'accident, composante post-traumatique significative) ; rapport de la Dresse L _____ du 22 août 2017 (pièce C128 : la patiente m'a consultée très tardivement pour un traitement chirurgical) ; réponses du Dr V _____ du 13 octobre 2017 (pièce C127 : je connais la patiente seulement depuis quelques années, le Dr W _____ parle d'un syndrome cervico-céphalique chronique post- traumatique, c'est-à-dire suite à l'accident) ; rapport de la Dresse L _____ du 15 mai 2018 (pièce 246, page 960 du dossier AI : status après accident de voiture avec traumatisme de type « coup du lapin » en mai 1998) ; rapport du Dr Z _____ du

E. 9

janvier 2019 (pièces C143 et M48 : opération et infiltrations de la colonne cervicale pour des cervico-brachialgies, douleurs post-traumatiques) ; rapport de la Dresse L _____ du 21 février 2019 (pièces C143 et M49 : status après accident de voiture avec traumatisme de type « coup du lapin » en mai 1998) ; certificat du Dr BB _____ du 28 mars 2019 (pièce C143 : syndrome cervical depuis un accident de la circulation avec mécanisme « coup du lapin » en haute inertie en 1998) ; rapport d'hospitalisation de la HH _____ du 16 août 2019 (pièce M51 : accident de la voie publique à haute cinétique avec traumatisme crânien sévère et entorse cervicale) ; avis de sortie de la R _____ du 18 août 2020 (annexe à la pièce C166 : status post traumatisme colonne cervicale suite à un accident de la voie publique en 1998) ; rapport du Prof. II _____ du 28 septembre 2021 (annexe à la pièce C169a : antécédents : notamment, status après traumatisme cranio-cérébral avec « coup du lapin » en 1998). Dans ses différentes écritures, l'assurée elle-même a plusieurs fois eu recours au raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ou utilisé le terme « post-traumatique » pour attribuer une origine accidentelle à ses symptômes, à savoir : questionnaire en cas de rechute du 9 janvier 2017 (pièce C103 : depuis l'accident, mai 1998, suite traumatisme crânien, douleurs chroniques, hémicorps droit, cervicales, vertiges, chutes, acouphène, anosmie) ; confirmation du 28 février 2018 de l'opposition provisoire du 24 janvier précédent (pièce C135 : état de santé ayant nécessité l'opération bien post-traumatique) ; courrier du 15 novembre 2021 (pièce C169a : situation catastrophique depuis l'accident de 1998 et les graves traumatismes crânien et cervical [coup du lapin] subis alors) ; détermination du 26 janvier 2022 (pièce C170 : causalité accidentelle des nombreux troubles éprouvés sans discontinuer depuis l'événement de 1998 et aggravés

- 31 - au fil des années). Afin d'établir un lien de causalité naturelle pour le moins vraisemblable entre l'accident du 11 mai 1998 et les atteintes cervicales ayant débouché sur l'opération du 13 juin 2016 (pièces M34 et M35), la recourante s'est plus particulièrement appuyée sur le rapport rédigé à l'attention de son mandataire par la Dresse L _____ en date du 22 mai 2017. Cette spécialiste y a indiqué prendre position sur l'étiologie accidentelle de la hernie discale en C5-C6 constatée chez sa patiente. A son avis, l'instabilité au niveau du segment C5-C6 était en relation avec l'accident de voiture par « coup du lapin » en mai 1998, étant donné que la patiente n'avait jamais effectué un travail lourd. Un argument en faveur d'une étiologie traumatique était aussi l'absence totale d'amélioration après l'opération (pièce C119). Ces motifs doivent toutefois être pondérés sur la base d'éléments ressortant du dossier. Tout d'abord, l'activité d'employée de maison auprès d'un home pour personnes âgées exercée par l'assurée en tout cas depuis le 1er octobre 1995 (pièce C1) comporte bon nombre de tâches physiques, comme celle-ci l'a du reste souligné dans son écriture du

E. 10

mars 2021 (pièce C166). En outre, plusieurs médecins ont relevé que les douleurs cervicales, avant comme après l'intervention chirurgicale du 13 juin 2016 (pièces M34 et M35), n'étaient guère explicables d'un point de vue organique : le Dr I _____ le 9 juillet 2001 (pièce M25 : éléments indubitables de surcharge psychogène expliquant une grande partie des plaintes) ; le Dr W _____ le 25 juin 2014 (pièce C127 : pas de corrélation typique entre, d'une part, les ostéochondroses et l'arthrose uncovertébrale C5-C6 au premier plan à l'imagerie et, d'autre part, la douleur et les résultats, pas d'explication purement organique des causes à présenter à la patiente) ; les neurologues des

F _____ le 18 février 2015 (recte : 2016) (pièce 183, pages 591 et 593 du dossier AI : aggravation des divers troubles pas en lien avec l'accident de 1998 mais plutôt avec un trouble fonctionnel/somatoforme probable) ; le Dr V _____ le

E. 13

octobre 2017 (pièce C127 : discarthrose C5-C6 à l'imagerie mais sans corrélation avec la douleur de la patiente) ; le Dr S _____ le 28 novembre 2017 (pièce M44 : plaintes orientant vers un tableau fonctionnel, nombreux signes de majoration des symptômes) ; le Dr T _____ les 22 juin 2017 (pièce M43 : tableau douloureux chronique qui dépasse les séquelles traumatiques), 2 février 2018 (pièce C135 : tableau clinique actuel incluant de nombreux signes fonctionnels, dans le cadre d'une somatisation probablement liée aussi aux éléments personnels et asséculo-logiques) et 19 février 2021 (annexe à la pièce C166 : causalité avec l'accident de 1998 pas de nature organique, pas de troubles objectivables, tableau clinique actuel pas spécifiquement lié à des anomalies cervicales car inscrit essentiellement dans le cadre des troubles fonctionnels, doute quant à la réelle nécessité d'une intervention au niveau de la colonne

- 32 - cervicale) ; le Dr Q _____ le 26 avril 2021, qui cite les éléments du rapport du Dr T _____ du 19 février précédent et ajoute que tous les médecins n'ont pas de lésion objectivable pour expliquer les troubles actuels de la patiente (pièce M56). Enfin, si le Dr T _____ a, le 22 juin 2017, écrit au mandataire de l'assurée que l'argumentation développée par la Dresse L _____ le 22 mai précédent (pièce C119) lui paraissait convaincante, il a tout de même relativisé cette opinion en ajoutant que les délais étaient grands, que la patiente avait développé un tableau douloureux chronique dépassant les séquelles traumatiques et qu'il n'avait pas de documentation précédant l'accident (pièce M43).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.