

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 LPGGA ; causalité, rechute,  
valeur probante d'une expertise médicale indépendante)

## Faits

A. X \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 7 octobre 1952, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1995 en tant qu'employée de maison auprès d'un home pour personnes âgées, à raison de 33.36 heures par semaine sur les quarante-deux heures de travail hebdomadaires habituelles dans l'entreprise. A ce titre, elle était assurée conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) auprès de La Suisse, Société d'assurance contre les accidents (ci-après : l'assurance). Selon la déclaration d'accident LAA complétée le 12 mai 1998 par l'employeur, l'assurée avait été victime d'un accident la veille au soir (pièce C1 du dossier de l'assureur, d'où toutes les pièces mentionnées ci-dessous sont, sauf indication contraire, tirées).

Selon le rapport de police du 26 mai 1998, en date du 11 mai précédent, vers dix-neuf heures, l'assurée, au volant d'une voiture de tourisme, était en train d'obliquer à gauche lorsque l'angle arrière gauche de la voiture a été embouti par l'avant d'un véhicule de police qui la suivait immédiatement. Selon les déclarations des protagonistes de cet accident, après le choc, l'assurée était consciente mais apparemment légèrement blessée. Elle ne se rappelait pas si elle avait attaché sa ceinture de sécurité. Elle avait été transportée en ambulance aux urgences de A \_\_\_\_\_. Elle y était restée une nuit en observation. Elle n'avait que des contusions ainsi qu'une plaie à l'arcade sourcilière gauche. Sa fille, qui occupait le siège passager avant lors de l'accident, portait la ceinture de sécurité et n'avait pas été blessée (pièce C3).

Le rapport médical initial LAA complété le 16 juin 1998 à A \_\_\_\_\_ comporte les indications suivantes : « Premiers soins : 11 mai 1998 ». « Constatations, notamment radiologiques : TCC, pas de fracture ni de luxation ». « Diagnostic : TCC, dermabrasion ». « Incapacité de travail : Oui, 100% dès le 11 mai, probablement jusqu'au 17 mai » (pièce M1).

En date du 25 juin 1998, le Dr B \_\_\_\_\_, neurologue, a établi le rapport de ses examens clinique et d'électroencéphalogramme (EEG) des 23 et 24 juin précédents. En reprenant les dires de l'assurée, ce spécialiste a mentionné qu'il y aurait eu une amnésie traumatique et post-traumatique de plusieurs minutes, compatible avec une commotion cérébrale. Au chapitre de la discussion du cas, il a écrit ce qui suit : « Le plus clair de la clinique se résume en une ankylose douloureuse de la nuque, avec très forte sensibilité aux insertions de la musculature cervicale postérieure. Aucune évidence d'une atteinte cérébrale résiduelle ne peut être observée. Les antécédents de cette patiente ne sont

pas sans importance : il y a treize ans, en janvier 1985, elle avait déjà été examinée pour des céphalées chroniques, remontant pratiquement à l'âge scolaire, attribuées à une composante mixte, à la fois vasculaire et de type tension musculaire. On l'avait retrouvée neuf ans plus tard, en 1994, pour une symptomatologie du même type. On s'achemine dès lors vers une évolution post-traumatique difficile, sous-tendue par une personnalité anxieuse, hypochondriaque et dépressive » (pièce M2).

Le 7 août 1998, le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a complété un questionnaire pour traumatismes cervicaux, sur la base de sa première consultation du 15 mai 1998. Il a fait état d'un accident avec impact à la tête, d'une contusion avec plaie de l'arcade sourcilière gauche, suturée, de céphalées occipitales et de cervicalgies droites et gauches irradiant dans les deux épaules avant l'accident et lors de la consultation précitée, d'une anamnèse de céphalées et de troubles cervicaux antérieurs à l'accident, d'un status après traumatisme crano-cervical ainsi que d'un syndrome subjectif post-traumatique. Il a fixé l'incapacité de travail à 100% du 11 mai au 16 août 1998 et, selon l'évolution, à 50% dès le 17 août suivant (pièce M4).

D'après une note du médecin-conseil de l'assurance, datée du 20 août 1998, un terme pouvait être mis à ce cas sur la base du dossier. Il y avait un état antérieur préexistant mais pas de lésion objectivable. Le *statu quo sine* était atteint à trois mois de l'accident. 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 (pièce M5).

L'assurée a repris son travail à 50% le 5 octobre 1998 et à 100% le 2 novembre suivant (pièces M7, M8 et C25).

Dans un compte-rendu daté du 3 novembre 1998, le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et en chirurgie cervico-faciale, a fait état chez l'assurée d'anosmie et d'agueusie aspécifiques, à établir (pièce M7).

Le 5 novembre 1998, le Dr C \_\_\_\_\_ a mentionné dans un certificat établi à la demande de sa patiente que celle-ci présentait des céphalées à caractère mixte, migraineux et tensionnel, connues de longue date (pièce M8).

Selon le rapport du 17 mai 1999, l'examen neurologique pratiqué le 15 mai précédent par le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, s'était révélé strictement normal, sans aucun syndrome cervical ou lombaire aigu. Il y avait par contre 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).

En raison d'une anosmie et d'une agueusie, une consultation de rhinologie a eu lieu le 17 mai 1999 à la Clinique et policlinique d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des F \_\_\_\_\_. Le lendemain, le médecin spécialiste a rapporté, sous la rubrique « impression », une anosmie probablement post-traumatique, en ajoutant que l'anamnèse et le status ne lui permettaient pas de conclure concernant l'agueusie (pièce M10).

Il ressort du rapport de la Clinique et policlinique de neurologie de ce même établissement, daté du 3 juin 1999 et portant sur la consultation du 31 mai précédent, que les céphalées présentées par la patiente semblaient consécutives à l'accident de voiture avec coup du lapin de mai 1998, mais qu'en l'absence d'explication concernant l'exacerbation récente de la symptomatologie depuis le mois d'avril 1999 et de documents médicaux relatifs à cette patiente, différents examens étaient préconisés (pièce M12).

L'analyse de la morphologie et du flux des artères à destinée cérébrale effectuée le 7 juillet 1999 à G \_\_\_\_\_ n'a pas mis d'anomalie en évidence (pièce M13).

Le compte-rendu de l'IRM cérébrale du 16 décembre 1999 émanant du H \_\_\_\_\_ et adressé au Dr I \_\_\_\_\_ comporte les conclusions suivantes : « IRM cérébrale dans les limites de la norme et compatible avec l'âge de la patiente, sans processus expansif ni lésion post-traumatique séquellaire ni lésion axonale pouvant expliquer sa clinique » (pièce M17).

A la demande du Dr I \_\_\_\_\_ également, une IRM cervicale a été pratiquée le 24 décembre 1999 au H \_\_\_\_\_. Il ressort notamment du rapport y relatif du 27 décembre 1999, sous les indications : « Accident de la circulation avec TCC mineur et distorsion cervicale le 11 mai 1998. Depuis, cervico-céphalalgies et sensation vertigineuse avec troubles de la vue et altération totale du goût et de l'odorat ainsi qu'un endormissement plus ou moins constant de la langue. Bilan d'expertise ». Quant aux conclusions, elles étaient libellées comme suit : « Confirmation d'une protrusion discale médio-latérale droite en C5-C6, sans extension foraminale. On pourrait à ce niveau déjà parler d'une petite hernie mais restant sous-ligamentaire. Bulging discal en C4-C5. On notera par ailleurs une diminution de la hauteur intervertébrale en C5-C6 par rapport au disque sus-jacent et sous-jacent » (pièce M18).

Le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a adressé le 24 janvier 2000 à l'assurance un rapport d'expertise, fondé sur les examens neurologique et électrophysiologique (pièce M19) pratiqués par lui-même en date du 9 décembre 1999, le dossier radiologique à sa disposition ainsi que les examens radiologiques et neuroradiologiques demandés (pièce M16). Outre les résultats des IRM cérébrale du 16 décembre 1999 et cervicale du 24 décembre suivant, ceux des examens radiologiques suivants étaient décrits comme suit : « RX standards du crâne (face + profil + Town ; J \_\_\_\_\_ ; 11.05.1998) : Examen normal, notamment sans évidence de lésion traumatique ». « RX standards de la colonne cervicale (face + profil ; J \_\_\_\_\_ ; 11.05.1998) : Rectitude cervicale. Arthrose postérieure débutante. Discopathie en C5-C6 ». « RX standards du bassin (face ; J \_\_\_\_\_ ; 11.05.1998) : Examen normal, notamment sans évidence de lésion traumatique. ». « RX fonctionnelle de la colonne cervicale (profil ; H \_\_\_\_\_ ; 16.12.1999) : « On retrouve une discopathie en C5-C6 et une petite arthrose postérieure débutante. Pas d'autres lésions traumatiques ou dégénératives. Aux épreuves fonctionnelles, pas de déplacement pathologique significatif bien qu'on observe à l'extension un discret déplacement de l'extrémité inférieure de C4 par rapport à C5 et de C5 par rapport à C6 ». Le Dr I \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après TCC mineur et distorsion cervicale simple le 11 mai 1998, de syndrome persistant post-commotionnel et après distorsion cervicale, d'anosmie post-traumatique et de troubles sensitifs gustatoires linguaux d'importance difficilement précisable, de possible discret syndrome du tunnel carpien droit, de tendomyogélose cervico-brachiale droite post-traumatique, d'état anxio-dépressif modéré au décours ainsi que de discrètes altérations dégénératives discales en C4-C5 et C5-C6, sans relation avec l'accident et sans signification clinique vraisemblable. Il a mentionné dans son appréciation que l'EEG était superposable à celui pratiqué par le Dr B \_\_\_\_\_ en 1998, que les radiographies standards de la colonne cervicale et lombaire ne montraient 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 ainsi qu'une discopathie en C5-C6. Du point de vue de ce spécialiste, il n'y avait pas lieu de se prononcer sur la capacité de travail puisque l'assurée avait repris le travail à son taux d'occupation antérieur de 80%. Il pouvait toutefois être confirmé qu'il n'existait pas d'incapacité de travail significative. Moins de deux ans après l'accident, il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle atteinte à l'intégrité et invalidité médico-théorique (pièce M20).

Dans son rapport complémentaire du 9 juillet 2001, le Dr I \_\_\_\_\_ a considéré que l'état de santé de l'assurée, en ce qui concernait les seules suites de l'accident du 11 mai 1998, était stabilisé et qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question les

diagnostics posés lors de sa précédente expertise. Il a signalé la présence indubitable, tant sur le plan anamnestique que clinique objectif, d'éléments de surcharge psychogène expliquant une grande partie des plaintes. Les conséquences de l'accident du 11 mai 1998 consistaient en une perte de l'intégrité globale de 25%, soit 10% pour les cervico-céphalalgies et le syndrome post-commotionnel dont souffrait encore l'assurée et 15% pour les troubles de l'olfaction (pièce M25).

Par décision du 18 juillet 2001, l'assurance a alloué à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, soit 24'300 fr. (pièce C80).

La Suisse, Société d'assurance contre les accidents a été radiée le 5 décembre 2005 et reprise par la société Schweizerische Lebensversicherungs-und Rentenanstalt (no au registre du commerce fédéral [RC] : CH-550.0.058.244-3), elle-même radiée le 13 décembre 2010 et reprise par Swiss Life SA (nos RC : CHE-101.419.098 et CHE-105.928.677). Helsana est partenaire de Swiss Life SA pour l'assurance-accidents (LAA) (cf. lien vers le site internet de Swiss Life SA : <https://www.swisslife.ch/fr/qui-sommes-nous/profil-de-l-entreprise/partenaires/partenaires-de-cooperation.html>).

**B.** Selon un protocole opératoire du 13 juin 2016 et un rapport d'hospitalisation du 12 au 17 juin 2016 à la K \_\_\_\_\_, daté du 17 juin 2016, au vu des diagnostics de hernie discale en C5-C6 avec compression foraminale du nerf C6 droit, d'importante ostéophytose en C5-C6 avec compression débutante de moelle épinière et d'instabilité débutante au niveau C5-C6, la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a procédé à une micro-discectomie ventrale en C5-C6 avec une foraminotomie en C6 des deux côtés et une ablation ostéophytique importante sur compression radiculaire en C5-C6, à une neurolyse importante en C6 à droite ainsi qu'à une spondylodèse ventrale avec mise en place d'une cage standard. Dans le protocole opératoire du 13 juin 2016, il était mentionné qu'après un grave traumatisme du type « coup du lapin », la patiente avait subi petit à petit une détérioration de l'état de la colonne cervicale jusqu'à une faiblesse progressive au niveau du biceps, avec une force résiduelle de 60% seulement et une paresthésie importante ainsi que des douleurs sous forme de brûlures au niveau du dermatome C6 à droite, partiellement aussi à gauche (pièces M34 et M35).

Le 26 septembre 2016, le Service de radiologie et neuroradiologie de la K \_\_\_\_\_ a adressé à la Dresse L \_\_\_\_\_ les résultats de l'IRM de la colonne cervicale effectuée le même jour, qui montraient de légères affections dégénératives, sans indice en faveur d'une sténose du canal rachidien ou d'une neuro-compression d'une certaine ampleur (pièce M37).

Par courrier du 16 décembre 2016 faisant suite à un téléphone du 13 décembre précédent avec l'assurée, Helsana Accidents SA (ci-après : Helsana ou l'assurance) a confirmé que celle-ci avait annoncé une rechute de l'accident du 11 mai 1998 (pièces C102a et C102b).

Le 9 janvier 2017, l'assurée a complété un questionnaire en cas de rechute. A la question de l'existence de symptômes résiduels au moment de la fin du traitement dû à l'accident, elle a indiqué ce qui suit : « Depuis l'accident, mai 1998, suite traumatisme crânien, douleurs chroniques, hémicorps droit, cervicales, vertiges, chutes, acouphène, anosmie ». A celle de la date de réapparition des symptômes, elle a répondu qu'il n'y avait pas eu de disparition des symptômes et qu'une aggravation était survenue depuis 2005. A la demande de précisions relatives au symptômes, elle a donné les informations suivantes : « Chutes à répétition, vertiges, troubles de la vue et du langage, céphalées, chutes TA, douleurs chroniques, 2006 : première infiltration cervicale Dr M \_\_\_\_\_ ». Elle a également donné les noms des médecins par lesquels elle était suivie en raison de la rechute annoncée, soit ses médecins traitants depuis février 2012 et la Dresse L \_\_\_\_\_ à N \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, dès 2015 (pièce C103).

En date du 16 janvier 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Philippe Nordmann (pièce C104), a transmis à Helsana diverses pièces médicales (pièce C105), soit un certificat du Dr O \_\_\_\_\_, médecin généraliste, du 18 février 2014 (pièce M33), un rapport de l'opération pratiquée le 13 juin 2016 à la K \_\_\_\_\_ (pièce M34) ainsi que des rapports de la Dresse L \_\_\_\_\_ des 27 juin 2016 (pièce M36), 26 septembre 2016 (pièce M38) et 9 janvier 2017 (pièce M39).

Selon un courrier adressé le 19 janvier 2017 à la Dresse L \_\_\_\_\_ par Helsana, il n'apparaissait pas encore clairement quelle assurance était compétente dans ce cas. Helsana ne pouvait donc garantir les coûts d'un séjour hospitalier. Conformément à l'article 70 LPGA, l'assurée pouvait demander une prise en charge provisoire à son assurance-maladie (pièce C106).

Le 26 janvier 2017, P \_\_\_\_\_ SA a confirmé à l'assurée cette prise en charge provisoire (pièce C109).

Dans ses réponses du 23 janvier 2017, le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de Helsana, a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident de 1998 et les diagnostics posés par la Dresse L \_\_\_\_\_. Selon les motifs indiqués, une discopathie en C5-C6 était déjà visible sur les clichés initiaux de A \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 9 juillet 2001, le Dr I \_\_\_\_\_ avait

confirmé la présence d'une telle discopathie et souligné l'absence de compression médullaire ou des racines, ainsi que de troubles objectivables du membre supérieur droit. Le délai entre l'accident et les plaintes liées à cette discopathie en C5-C6 plaide en faveur d'une évolution lente, donc dégénérative et non traumatique (pièce M40).

Par courrier du 27 janvier 2017, Helsana a informé l'assurée que selon son médecin-conseil, la rechute annoncée n'était pas en relation avec l'accident du 11 mai 1998 (pièce C110).

En date du 30 mai 2017, l'assurée a fait parvenir à Helsana des documents médicaux, à savoir des rapports de la Dresse L \_\_\_\_\_ des 5 avril 2016, 27 juin 2016 et 22 mai 2017 et une courte lettre de sortie de la R \_\_\_\_\_, datée du 4 avril 2017. Elle a mentionné qu'au vu de l'opération de juin 2016, son état de santé actuel était bien dû aux suites lointaines de l'accident de 1998 et que Helsana devait lui octroyer des prestations d'assurance-accidents (pièce C119).

Le rapport de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 22 mai 2017 était adressé au mandataire de l'assurée. Cette spécialiste y a indiqué prendre position sur l'étiologie accidentelle de la hernie discale en C5-C6 constatée chez sa patiente. Après avoir rappelé les diagnostics, elle a exposé ce qui suit : « J'ai opéré cette patiente le 13 juin 2016 (voir le protocole opératoire) à cause d'un syndrome évolutif cervico-brachial avec des déficits sensitivomoteurs progressifs dans le dermatome C6 droit. Après un grave traumatisme du type « coup du lapin », la patiente a connu une aggravation progressive des problèmes cervicaux allant jusqu'à une faiblesse au niveau du biceps avec une force résiduelle de 60% seulement, ainsi que des paresthésies sévères et des douleurs à caractère de brûlures dans le dermatome C6 à droite, et partiellement aussi à gauche. Comme il peut être constaté à la lecture de mon protocole opératoire du 13 juin 2016, l'étiologie de la discopathie est post-traumatique puisque lors de l'opération, j'ai pu mettre en évidence une grande ostéophytose au niveau du segment C5-C6, ce qui représente une réaction typique à une instabilité progressive. A mon avis, l'instabilité est en relation avec l'accident de voiture par « coup du lapin » en mai 1998, étant donné que la patiente n'a jamais effectué un travail lourd et qu'elle n'a pas non plus subi de microtraumatismes à la colonne cervicale comme par exemple un chauffeur ou quelqu'un œuvrant sur un chantier. Le constat d'une grande ostéophytose en C5-C6 avec un contact sur la moelle épinière évoluant progressivement vers une myélopathie est très particulier. Un argument en faveur d'une étiologie traumatique est aussi l'absence totale d'amélioration après l'opération, vu qu'il ne s'agissait pas d'une hernie discale fraîchement luxée en phase aiguë mais d'une calcification prolongée et d'une

discopathie après une longue période d'instabilité. Je n'ai malheureusement pas connu la patiente à l'époque de l'accident de voiture en mai 1998. J'aurais requis à la date de l'accident une IRM du rachis cervical afin de poser un diagnostic clair d'une déchirure du ligament longitudinal inférieur. Je ne connais la patiente que depuis le 5 avril 2016, mais je crois qu'elle est une personne très honnête et que cette sténose absolument post-traumatique et cette instabilité du canal cervical a pu, avec le temps, provoquer de graves déficits sensitivomoteurs » (pièce C119).

Le 9 juin 2017, Helsana a informé l'assurée qu'un mandat d'expertise avait été confié au Dr S \_\_\_\_\_ et lui a imparti un délai pour formuler d'éventuelles objections ou questions complémentaires (pièce C121).

Les dernières pièces médicales ont été soumises au Dr Q \_\_\_\_\_ qui, le 19 juin 2017, a confirmé son avis du 23 janvier précédent (pièce M42).

Dans une lettre du 3 juillet 2017, l'assurée a demandé une prise de position de l'expert sur les rapports médicaux annexés (pièce C123), à savoir une lettre de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 9 janvier 2017 (pièce M39), un rapport d'hospitalisation du 15 mars au 4 avril 2017 à la R \_\_\_\_\_, établi le 9 mai 2017 (pièce M41) et les réponses données le 22 juin 2017 par le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie à la U \_\_\_\_\_, aux questions de son mandataire du 1<sup>er</sup> juin précédent.

Ces réponses étaient les suivantes : « J'ai bien reçu votre courrier du 1<sup>er</sup> juin 2017 et je peux vous répondre qu'à mon avis, l'argumentation développée par la Dresse L \_\_\_\_\_ me paraît convaincante. Cependant, les délais sont grands et la patiente a développé un tableau douloureux chronique qui dépasse les séquelles traumatiques incriminées. Par ailleurs, nous n'avons pas de documentation précédant l'accident. Cela dit, comme je l'ai dit initialement, à mon avis personnel, la composante post-traumatique est significative chez cette patiente » (pièce M43).

En dates des 16 puis 19 octobre 2017, de nouvelles pièces médicales ont été transmises à Helsana par l'assurée, en particulier un rapport du Dr T \_\_\_\_\_ du 15 août 2017, deux lettres de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 22 août 2017 et un compte-rendu adressé le 13 octobre 2017 par le Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, au mandataire de l'assurée, ainsi qu'une annexe correspondant au rapport du Dr W \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie spinale et orthopédie au Y \_\_\_\_\_, du 25 juin 2014 (pièces C127, C128 et M44).

Le 28 novembre 2017, le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a adressé à Helsana son rapport d'expertise neurologique. Il a précisé que le mandat d'expertise consistait à déterminer s'il existait un lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 mai 1998 et les troubles ayant justifié l'opération pratiquée le 13 juin 2016 par la Dresse L \_\_\_\_\_. Il a indiqué que ce rapport était basé sur les pièces médicales que Helsana lui avait fait parvenir, de même que sur celles fournies directement par l'assurée. Il a résumé le contenu de ces pièces sous la rubrique « extrait du dossier ». Il a ajouté que le rapport d'expertise reposait également sur l'entretien, l'examen neurologique et l'électroneuromyographie (ENMG) effectués le 13 novembre 2017, dont les résultats figuraient sous la rubrique « constatations objectives ». Les différentes informations communiquées par l'assurée lors de l'entretien d'expertise, en particulier les plaintes de celles-ci, étaient rapportées sous la rubrique « données fournies par l'assurée ». Le Dr S \_\_\_\_\_ a également décrit les pièces radiologiques à sa disposition. Concernant les radiographies cervicales de profil datant du 11 mai 1998, il a constaté une ébauche d'uncarthrose surtout en C5-C6 et C6-C7. Il a posé les diagnostics de status après TCC mineur et traumatisme cervical indirect de degré II selon la classification de la Quebec Task Force (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. Dans son appréciation, il a notamment exposé ce qui suit. 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 mis en évidence de lésion à caractère traumatique, en particulier au niveau cérébral, et l'IRM cervicale avait montré des troubles dégénératifs débutants. L'arthrose, tout comme la hernie discale, étaient des pathologies à considérer comme des maladies dégénératives et non comme des séquelles d'accident. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) avait émis des critères très stricts pour admettre une relation de cause à effet entre un accident et une hernie discale. Entre autres, le traumatisme agissant sur le rachis devait être important, soit en mesure de déchirer un disque sain, et les premières radiographies effectuées après l'accident ne devaient démontrer aucune image d'altération dégénérative. Les plaintes formulées par l'assurée étaient innombrables et mal systématisées. Elles orientaient d'emblée vers un tableau fonctionnel. L'approche clinique mettait en évidence des éléments incohérents et atypiques, une collaboration non optimale et de nombreux signes de majoration des symptômes. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il n'y avait aucun argument pour retenir une quelconque participation

traumatique à la survenue de troubles dégénératifs du rachis cervical ayant justifié une intervention de micro-discectomie en C5-C6 au mois de juin 2016. Le lien de causalité devait donc être nié. Les examens radiologiques effectués en 1998 montraient déjà une arthrose débutante. Une péjoration de l'arthrose en l'espace de dix-huit ans n'avait donc rien d'étonnant, ceci en l'absence de toute composante traumatique de type fracture, luxation, subluxation ou instabilité. Il en allait de même pour le reste des innombrables plaintes de cette assurée, lesquelles n'avaient aucun lien de causalité naturelle avec l'événement assuré, hormis l'anosmie qui restait toutefois douteuse (pièce M44).

**C.** Par décision du 8 décembre 2017, Helsana a refusé l'octroi de prestations d'assurance. Se référant à l'expertise réalisée le 13 novembre 2017, elle a indiqué que les troubles actuels de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins vraisemblable avec l'accident du 11 mai 1998 (pièce C131).

Le 24 janvier 2018, l'assurée a formé opposition provisoire contre cette décision (pièce C133). Elle a confirmé cette opposition le 28 février suivant. Selon ses arguments, la Dresse L \_\_\_\_\_ avait clairement relevé que l'état de santé ayant nécessité l'opération pratiquée était bien post-traumatique. Quant au Dr T \_\_\_\_\_, il avait indiqué dans ses réponses annexées du 2 février 2018 qu'il n'y avait aucune arthrose au moment de l'accident et qu'une arthrose s'était développée de façon spécifique au niveau C5-C6 (pièce C135).

Des extraits de ces réponses adressées au mandataire de l'assurée avaient la teneur suivante : « J'ai bien reçu la radiographie de profil effectuée à A \_\_\_\_\_ le 11 mai 1998 et l'ai examinée en détail avec des confrères neurologues et deux radiologues. Notre conclusion est qu'il n'existe aucun élément d'arthrose sur cet examen, notamment au niveau C5-C6 sur ce cliché effectué le jour même de l'accident. L'arthrose, inexistante en 1998, s'étant développée de façon spécifique au niveau C5-C6, justifiant l'intervention de microdiscectomies à Zurich en juin 2015 (*recte* : 2016), avec un tableau d'instabilité C5-C6, où nous avons bien documenté par ailleurs une angulation C5-C6, doit être mise en relation au moins probable avec un accident, puisque l'atteinte est très segmentaire, et les anomalies suggèrent ainsi une évolution post-accidentelle (...). Par ailleurs, à mon avis, il faut dissocier l'évolution du tableau cervical clinico-radiologique qui peut ainsi clairement être considérée comme post-accidentelle sur la base des éléments ci-dessus, du tableau clinique actuel de la patiente, qui inclut de nombreux signes fonctionnels, dans le cadre d'une somatisation probablement liée aussi aux éléments personnels et asséurologiques ». A la question de savoir si la patiente se serait vraisemblablement trouvée dans le même état sans l'accident, le Dr T \_\_\_\_\_ a répondu « non, hormis

dans le cadre d'autres facteurs traumatiques ou lors du développement d'une maladie osseuse spécifiquement située dans la région cervicale moyenne » (pièce C135).

Lesdites réponses ont été soumises au Dr S \_\_\_\_\_ qui a rédigé un avis le 29 mars 2018. De son point de vue, l'assurée avait présenté à l'âge de quarante-six ans un traumatisme cervical indirect de degré II selon la QFT. Des radiographies avaient été effectuées à cette époque. La présence d'une arthrose débutante ou l'absence de toute lésion dégénérative n'avait aucune espèce d'importance pour l'appréciation du cas. En revanche, les radiographies faites dans la phase aiguë avaient permis d'exclure une lésion traumatique de type fracture ou dislocation cervicale qui aurait pu être responsable d'une arthrose post-traumatique. Entre 1998 et 2016, soit sur une période de dix-huit ans, l'assurée avait développé des troubles dégénératifs du rachis cervical qui s'étaient révélés symptomatiques et avaient nécessité une intervention neurochirurgicale. Dans cette évolution, il n'y avait aucun élément atypique susceptible d'évoquer une origine traumatique. Le développement d'une cervicarthrose symptomatique au cours de la cinquième ou de la sixième décennie était fréquent, surtout en C5-C6 et C6-C7. Un traumatisme cervical indirect de degré II selon la QFT était un accident banal, extrêmement fréquent et d'évolution habituellement très favorable. Qu'un tel événement pût être responsable, dix-huit ans plus tard, d'une cervicarthrose nécessitant une intervention chirurgicale était une hypothèse tout au plus possible (pièce M47a).

En date du 27 mars 2019, l'assurée s'est référée à deux rapports médicaux (pièce C142), soit un rapport du Dr Z \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main au AA \_\_\_\_\_, du 9 janvier 2019 (pièces C143 et M48) et un certificat de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 21 février 2019 (pièce C143 et M49).

Le 10 octobre 2019, Helsana a soumis différentes pièces médicales récentes au Dr S \_\_\_\_\_ (pièce C150).

Celui-ci les a résumées dans son courrier adressé le 29 octobre 2019 à Helsana. Il en a déduit qu'elles ne comportaient pas d'élément nouveau susceptible d'influer sur les conclusions de son expertise qui concernaient des troubles dégénératifs du rachis cervical sans lien de causalité avec le traumatisme cervical indirect du 11 mai 1998 (pièces C153a et M53).

Le Dr Q \_\_\_\_\_ a estimé, le 2 décembre 2019, qu'il n'était pas utile de soumettre à l'expert les pièces médicales reçues postérieurement à la dernière appréciation de celui-ci. En effet, dans son rapport du 21 octobre 2019, la Dresse L \_\_\_\_\_ ne faisait état

que d'une progression de la hernie discale C6-C7, dont la causalité avec l'accident avait été niée par l'expert. De plus, le problème cervical n'était quasiment pas abordé dans le compte-rendu établi le 25 octobre suivant par le Dr T \_\_\_\_\_ (pièces C151, C152, C153a et M54).

Dans son courrier du 23 décembre 2019, l'assurée a maintenu son opposition. Elle a en particulier invoqué que l'expertise du Dr S \_\_\_\_\_ reposait sur une base fautive, soit sur la présence d'une arthrose avant l'accident de 1998, alors qu'il était désormais établi qu'il n'y avait aucune arthrose préexistante (pièce C153b).

Le 28 octobre 2020, d'anciens rapports médicaux transmis postérieurement à Helsana ainsi que l'intégralité des pièces médicales du dossier d'assurance-invalidité ont été transmis au Dr Q \_\_\_\_\_ afin de déterminer si ces documents étaient de nature à modifier la position de celui-ci et de l'expert. Le médecin-conseil de Helsana a répondu par la négative, en soulignant que les troubles dégénératifs décrits étaient déjà connus par d'autres moyens et qu'une soumission de ces pièces à l'expert n'apporterait rien de plus (pièce M55).

En date du 10 mars 2021, l'assurée est revenue sur les étapes du cas depuis l'annonce de rechute par le biais du questionnaire du 9 janvier 2017. Elle a joint à son écriture des pièces médicales établies entre le 27 décembre 2019 et le 19 février 2021. D'après ces explications, il était possible, bien que non prouvé, qu'au moment de l'accident du 11 mai 1998, il y avait une légère arthrose dans la zone cervicale. Cette arthrose était toutefois asymptomatique et ne l'avait pas empêchée d'exercer une profession physique. Son état de santé et son vécu avaient été de plus en plus fortement impactés par des séquelles durables de cet accident, notamment par une anosmie et une agueusie. Au vu de l'ensemble de ces éléments, Helsana devait admettre l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives, prendre en charge le traitement médical et octroyer une indemnité pour atteinte à l'intégrité (pièce C166).

Était notamment annexé à cette écriture un certificat établi le 27 janvier 2021 par le Dr BB \_\_\_\_\_, médecin généraliste, au mandataire de l'assurée. Y figurait le passage suivant : « L'accident de circulation en question, par choc arrière par la voiture de police en mai 1998 est à mon avis à l'origine d'un syndrome cervical douloureux par décompensation de troubles dégénératifs légers préexistants. Sans l'accident, très probablement, l'évolution n'aurait pas été algique à ce moment ni aussi invalidante depuis le moment de l'accident » (annexe à la pièce C166).

Parmi ces pièces figuraient également de nouvelles réponses adressées le 19 février 2021 par le Dr T \_\_\_\_\_ au mandataire de l'assurée. A la question « estimez-vous toujours que l'état actuel de la patiente est causé majoritairement (plus de 75%) par l'accident de 1998 ? Si oui, pouvez-vous étayer quelque peu cette appréciation (sur le plan somatique) ? », ce spécialiste a indiqué ce qui suit : « Personnellement, j'ai toujours estimé que la causalité avec l'accident de 1998 n'était pas de nature organique, en l'absence des troubles objectivables relevés à de multiples reprises, mais que l'état fonctionnel a été décompensé de façon claire par cet accident ». A la question « dans la mesure où il y avait déjà en 1998 de légers troubles dégénératifs de la colonne cervicale, asymptomatiques, pouvez-vous dire si, sans l'accident, la patiente se retrouverait aujourd'hui dans une telle situation ? », le Dr T \_\_\_\_\_ a donné la réponse suivante : « Le facteur traumatique a pu accélérer le développement d'arthrose et de trouble statique au niveau cervical, à mon avis de l'ordre de 30% à 50%, mais on relèvera que le tableau clinique actuel n'est pas lié spécifiquement à des anomalies cervicales, puisqu'il s'inscrit essentiellement dans le cadre des troubles fonctionnels mentionnés ci-dessus ». En regard de la question « s'agissant de l'opération ou des opérations effectuées sur la colonne cervicale, pouvez-vous dire si ces opérations auraient été nécessaires également dans l'hypothèse où il n'y aurait pas eu d'accident (chiffrer votre probabilité d'une nécessité d'opération sans l'accident) ? » figurait la remarque suivante : « Rétrospectivement, on peut en effet se demander si une intervention à ce niveau était réellement nécessaire, tout en comprenant les modalités qui ont poussé à l'indication opératoire sur le moment » (annexe à la pièce C166).

Le 24 mars 2021, l'assurée a fait parvenir à Helsana un rapport de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 15 mars précédent (pièce C166b).

Ces documents médicaux récemment parvenus à Helsana ont été transmis le 26 avril 2021 au Dr Q \_\_\_\_\_. A la question de savoir s'ils étaient de nature à modifier son appréciation et celle de l'expert, le Dr Q \_\_\_\_\_ a donné les explications suivantes : « Non, au contraire. Tous les médecins n'ont pas de lésion objectivable pour expliquer les troubles actuels de la patiente. Le Dr T \_\_\_\_\_ va même plus loin car même s'il admet que le facteur traumatique a pu accélérer le développement d'une arthrose et de troubles statiques au niveau cervical, ce n'est que de l'ordre de 30% à 50%, soit possible. De plus, il ajoute que le tableau clinique actuel n'est pas lié spécifiquement à des anomalies cervicales puisqu'il s'inscrit essentiellement dans le cadre de troubles fonctionnels. Il mentionne aussi qu'il a toujours estimé que la causalité avec l'accident de 1998 n'était pas de nature organique → Sans substrat objectif, il ne peut y avoir de

causalité probante ». Le Dr Q \_\_\_\_\_ a estimé une nouvelle fois qu'il n'était pas nécessaire de soumettre ces documents à l'expert (pièce M56).

Par courrier du 3 mai 2021, Helsana a communiqué à l'assurée la dernière prise de position du Dr Q \_\_\_\_\_ (pièce C167).

Dans son écriture du 31 mai 2021, l'assurée a maintenu qu'aucune arthrose préexistant à l'accident n'avait été établie. Elle a reproché au Dr Q \_\_\_\_\_ de s'être concentré uniquement sur les troubles cervicaux. Or, d'après les dernières pièces médicales, elle avait subi lors de l'accident de 1998 à la fois un traumatisme cranio-cérébral (TCC) et un traumatisme cervical indirect. Le Dr T \_\_\_\_\_ avait d'ailleurs admis la conjonction entre l'atteinte cranio-cérébrale et l'atteinte cervicale. Citant un arrêt 4A\_302/2020 du 15 octobre 2020, l'assurée a ajouté qu'en matière d'arthrose, un élément déclencheur pouvait entraîner des conséquences plusieurs décennies plus tard et qu'au considérant 5.3 de cet arrêt, le Tribunal fédéral n'avait pas estimé inéquitable d'admettre une causalité adéquate entre l'accident de 1993 et l'incapacité de travail survenue en 2011, malgré l'intervalle de temps conséquent (pièce C168).

Le 15 novembre 2021, l'assurée a envoyé de nouveaux documents médicaux à Helsana, établis entre le 8 juillet et le 28 septembre 2021. Elle en a déduit qu'elle se trouvait dans une situation catastrophique depuis l'accident de 1998 et que les graves traumatismes crânien et cervical (coup du lapin) subis alors avaient entraîné des troubles qui s'étaient considérablement péjorés au fil des années et qui ne pouvaient être écartés par l'adage « *post hoc sed non propter hoc* ». Au vu des éléments médicaux actuels, l'avis sommaire émis sur dossier par le Dr Q \_\_\_\_\_ n'était pas déterminant (pièce C169a).

En date du 6 décembre 2021, ce médecin a rédigé une appréciation sur ces derniers rapports médicaux. Le Dr Q \_\_\_\_\_ a maintenu qu'aucun de ces documents n'établissait une atteinte traumatique probante en relation de causalité avec l'accident de circulation de 1998 et que la causalité naturelle dans le contexte de tous les diagnostics et troubles rapportés n'était que possible. Il y 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 y était en outre relevé 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 et il était simplement indiqué que les céphalées étaient survenues dans les suites d'un accident de la voie publique (pièce M57).

Helsana a fait parvenir cette appréciation à l'assurée en date du 16 décembre 2021 (pièce 169b).

Dans sa détermination du 26 janvier 2022, l'assurée est revenue point par point sur les commentaires du Dr Q \_\_\_\_\_ relatifs aux derniers rapports médicaux déposés. En conclusion, elle a estimé que rien ne permettait de qualifier de seulement possible la causalité accidentelle des nombreux troubles qu'elle avait éprouvés sans discontinuer depuis l'événement de 1998 et qui s'étaient aggravés au fil des années pour aboutir à l'état de santé actuellement catastrophique. A tout le moins, une expertise universitaire s'imposait afin de trancher la principale divergence existant entre les parties, soit la question de savoir si la causalité était simplement possible ou plutôt vraisemblable, voire certaine (pièce C170).

Par décision du 8 mars 2022, Helsana a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 8 décembre 2017. Elle a exposé l'évolution médicale du cas sur une cinquantaine de pages, en y incluant les pièces médicales du dossier d'assurance-invalidité. Elle s'est référée aux appréciations des Drs S \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_, qu'elle a qualifiées de probantes, pour conclure qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 1998 et les troubles annoncés en 2016 au titre d'une rechute de cet accident était tout au plus possible. Elle a estimé que les avis de la Dresse L \_\_\_\_\_ et du Dr T \_\_\_\_\_ invoqués par l'assurée pour établir un telle relation de causalité pour le moins vraisemblable ne remplissaient pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'un rapport médical. Elle a relevé enfin que, compte tenu du principe d'appréciation anticipée des preuves, du rapport d'expertise et de ses compléments émanant du Dr S \_\_\_\_\_ et du rapport du 18 février 2015 (*recte* : 2016) de l'expertise neurologique confiée aux spécialistes des F \_\_\_\_\_ dans le cadre de la procédure d'assurance-invalidité, la mise en œuvre d'une expertise, telle que sollicitée par l'assurée, ne se justifiait pas.

**D.** Le 7 avril 2022, X \_\_\_\_\_ a interjeté recours céans contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, quant à la procédure, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, quant au fond, principalement, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et à la prise en charge de tous les frais de traitement depuis 2017, à l'exception de ceux qui ne concerneraient pas les affections provoquées par l'accident de 1998 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à Helsana pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle s'est référée à ses précédentes écritures, en particulier à celle du 10 mars 2021 qui constituait la « colonne vertébrale » de son recours. A suivre

l'argumentation complémentaire de la recourante, son état de santé catastrophique, au moins depuis l'annonce de rechute en 2017, était bien dû pour l'essentiel à l'accident de 1998, y compris la névralgie d'Arnold diagnostiquée plus récemment. La recourante a également indiqué que dans une affaire jugée le 16 mars 2022 par le Tribunal fédéral en la cause 9C\_387/2021, le recours de l'assuré qui contestait des rapports d'experts des assureurs sociaux avait été admis. Si les rapports des médecins traitants et, encore mieux, d'experts mandatés par les personnes assurées jetaient même un léger doute sur les appréciations des assureurs, une expertise judiciaire pouvait être nécessaire.

Dans sa réponse du 20 mai 2022, Helsana a conclu à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, à son rejet. Elle a signalé tout d'abord que la recourante n'avait pas agi à l'encontre de la bonne société, puisque celle-ci avait interjeté son recours à l'encontre de Helsana Assurances SA, assureur-maladie, alors qu'elle devait le former contre Helsana Accidents SA, assureur-accidents ayant rendu la décision. Dans l'hypothèse où le recours devait être considéré comme recevable, Helsana Accidents SA s'est déterminée sur le fond de l'affaire. Elle a repris les faits déjà longuement exposés dans sa décision sur opposition, en mentionnant le dossier d'assurance-invalidité à titre de preuve de plusieurs allégués. Elle a également renvoyé à la motivation juridique de cette décision, en soulignant que la jurisprudence citée dans le recours concernait un litige en matière d'assurance-invalidité, qu'elle était sortie de son contexte et qu'elle ne pouvait être appliquée au cas d'espèce. Une procuration de Helsana en faveur des deux signataires de cette écriture a été adressée cécans le 16 septembre 2022.

Le 8 juin 2022, la Cour de cécans a rendu un jugement dans la procédure d'assurance-invalidité S1 18 270. Elle a rejeté le recours formé par X \_\_\_\_\_ contre la décision du 5 octobre 2018, par laquelle l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : l'Office AI) avait refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée compte tenu d'un taux d'invalidité nul.

En date du 22 août 2022, la recourante a déposé une réplique. D'après ses explications, il s'agissait de déterminer si le diagnostic nouveau d'aggravation de la pathologie en C5-C6 avec sténose foraminale droite ayant conduit à l'opération du 13 juin 2016 ainsi qu'à l'annonce de rechute du 9 janvier 2017 constituait une conséquence de l'accident de 1998 ou s'il s'agissait d'une maladie de survenance récente. En mentionnant un TCC dans sa réponse au recours, l'intimée avait reconnu que cet accident n'était pas bénin. Il avait entraîné une anosmie et une aguesie, ce qui n'était pas contesté. La Dresse L \_\_\_\_\_ avait clairement estimé que l'indication opératoire était justifiée par les conséquences du TCC. Le refus de Helsana était essentiellement fondé sur la prétendue existence de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident du 11 mai

1998. Les radiographies effectuées ce jour-là avaient été analysées par le Dr T \_\_\_\_\_ qui n'avait pas constaté d'arthrose au moment de l'accident. La question de la causalité, accidentelle ou non, ne pouvait être tranchée sans l'expertise demandée dans le recours.

Le dossier d'assurance-invalidité déposé en la cause S1 18 270 ainsi que les mémoires et les documents transmis céans dans le cadre de cette procédure judiciaire ont été versés en la présente cause par communication du 23 août 2022.

Dans son écriture du 31 août 2022, Helsana a maintenu ses conclusions. Elle a mentionné au passage que si la Cour de céans ne s'était pas prononcée sur la question de la causalité dans le jugement du 8 juin 2022, elle avait toutefois reconnu pleine valeur probante aux conclusions d'un rapport d'expertise établi le 11 juillet 2018 par le CC \_\_\_\_\_. Il en ressortait que la capacité de travail de l'assurée était totale dans l'activité antérieure d'animatrice pour personnes âgées, adaptée à l'état de santé de celle-ci, ainsi que dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites et que la capacité physique d'autonomie de l'assurée ses activités quotidiennes était préservée.

Le 13 septembre 2022, la Cour de céans a demandé à la recourante de se déterminer sur la conclusion d'irrecevabilité formulée par l'intimée et de préciser les conclusions du recours, en particulier celle relative à l'allocation d'une rente d'invalidité de 100%, au vu de l'absence d'invalidité de l'assurée retenue dans le jugement du 8 juin 2022 qui n'avait pas fait l'objet d'un recours.

En date du 17 octobre 2022, la recourante a uniquement indiqué ce qui suit. C'étaient des motifs d'opportunité qui l'avaient conduite à ne pas contester l'issue de la procédure d'assurance-invalidité, puisque les prestations de cette assurance, contrairement à celles de l'assurance-accidents, prenaient de toute manière fin à l'âge légal de la retraite. L'objet du présent litige conservait en revanche toute sa valeur, étant donné qu'il s'agissait de déterminer si la rechute annoncée, qui avait notamment justifié une opération cervicale complexe, était ou non la conséquence du traumatisme cervical de 1998. Les positions respectives des parties sur cette question de causalité paraissaient inconciliables. Selon Helsana, les problèmes cervicaux de la recourante ne représentaient que l'évolution d'une arthrose préexistante. Du point de vue de celle-ci, la présence d'une telle arthrose était contestée, documents médicaux à l'appui.

L'échange d'écritures a été clos le 19 octobre 2022.

### **Considérant en droit**

#### **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.

#### **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, 2<sup>ème</sup> 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.

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

### 3.

**3.1** Le présent litige porte sur la question de savoir si les troubles physiques ayant fait l'objet de l'annonce de rechute du 9 janvier 2017 (pièce C103) et conduit à l'opération au niveau du rachis cervical le 13 juin 2016 (pièces M34 et M35) sont en lien de causalité naturelle pour le moins vraisemblable avec l'accident du 11 mai 1998 (pièce C1), voire si d'autres troubles, en particulier d'ordre cérébral, présentés par l'assurée se trouvent dans un tel rapport de causalité avec cet événement accidentel.

L'objet du litige étant ainsi défini, il sied de rectifier certaines considérations des parties qui n'apparaissent pas correctes. Helsana a indiqué dans la décision entreprise qu'était litigieuse la fixation d'un *statu quo sine* en 2001. Or, l'assureur-accidents de l'époque n'a finalement pas appliqué de *statu quo sine* dans le présent cas. A la suite de l'opposition du 14 septembre 1998 (pièce C16) à la décision du 27 août précédent fixant le *statu quo sine* au 31 août 1998 (pièce C9), cet assureur est revenu sur sa décision et a confirmé son intervention conformément à l'expertise pratiquée le 9 décembre 1999 par le Dr I \_\_\_\_\_ (pièce M20), ce au moyen d'une communication datée du 8 mai 2000 (pièce C60). Sur la base du rapport complémentaire établi le 9 juillet 2001 par ce même expert, l'assureur en question a retenu qu'en ce qui concernait les seules suites de l'accident du 11 mai 1998, à savoir les cervico-céphalalgies et le syndrome post-commotionnel dont souffrait encore l'assurée ainsi que les troubles de l'olfaction, l'état de santé était stabilisé (pièce M25). Par décision du 18 juillet 2001, celui-là a alloué à celle-ci une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 25% pour l'ensemble de ces séquelles accidentelles, soit un montant de 24'300 fr. (pièce C80). La jurisprudence rappelée par Helsana dans la décision querellée sur les notions de *statu quo ante et sine* ne trouve donc pas application en l'espèce. La recourante a mentionné quant à elle, dans ses écritures des 7 avril et 22 août 2022, que l'accident du 11 mai 1998 n'avait pas donné lieu à des prestations d'assurance-accidents. Or, outre l'indemnité susmentionnée de 24'300 fr. (pièce C80), cette assurance a bien versé des indemnités journalières à l'assurée jusqu'à la reprise par celle-ci, le 2 novembre 1998, du travail au taux d'activité antérieur (pièces M7, M8 et C25). Elle a également pris en charge les frais de traitement jusqu'à la stabilisation du cas à la date du rapport précité du 9 juillet 2001 (pièce M25).

A teneur de l'article 6 alinéa 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

La décision entreprise expose déjà les développements jurisprudentiels relatifs au lien de causalité naturelle entre un événement accidentel et des troubles physiques subséquents, lequel doit être établi au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1) qui n'est pas atteint par le biais du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, RAMA 1999 no U 341 p. 407 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2, 8C\_406/2009 du 9 avril 2010 consid. 3.2.3 et 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il a aussi été pertinemment indiqué dans cette décision qu'en cas d'atteintes à la santé physique, la causalité adéquate se recoupait largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne jouait pratiquement pas de rôle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). La jurisprudence traitant de l'examen de la causalité adéquate en matière d'affections psychiques, également présentée dans la décision attaquée, n'est ainsi pas pertinente dans le cas d'espèce. Au sujet de la causalité naturelle, il convient d'apporter les précisions suivantes. La mention, au dossier, de douleurs « causées de manière post-traumatique » est à comprendre comme des plaintes non pas dues à l'accident mais apparues seulement après l'accident. Certes, le terme « post-traumatique » est souvent utilisé, dans le langage médical, avec la même signification que « dû à un accident ». Dans le langage courant toutefois, le préfixe « post » est aussi fréquemment mis en relation avec une succession temporelle, à l'exclusion d'un rapport de cause à effet. Cela étant, il s'impose d'examiner dans chaque cas quel sens donner aux termes « post », respectivement « post-traumatique ». Lorsque les médecins en charge du présent cas ont utilisé cette expression, ils faisaient plutôt référence à l'ordre temporel. Celle-ci ne peut en tout cas pas être interprétée clairement dans le sens de la causalité, ce d'autant plus qu'il n'y a pratiquement jamais de motivation suffisante pour un tel avis (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_524/2014 du 20 août 2014 consid. 4.3.3).

D'après l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est

de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3 et no U 379 p. 192 consid. 2a, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_292/2014 du 18 août 2014 consid. 4, 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3, 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3, 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 5.3.1, 8C\_1014/2010 du 19 avril 2011 consid. 3.3.1, 8C\_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1 et U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.1, arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 et U 332/03 du 3 janvier 2005 consid. 3.1).

Selon la première phrase de l'article 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA, RS 832.202), les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives.

Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2.c, RAMA 1994 no U 206 p. 326 consid. 2, arrêts du Tribunal fédéral 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.1, 8C\_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.1.1, 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 et les références, paru *in* SVR 2017 UV Nr. 19 et 8C\_934/2014 du 8 janvier 2016 consid. 3.2, paru *in* SVR 2016 UV Nr. 15). Les rechutes et séquelles tardives présupposent en général la clôture du traitement après le cas initial. Le fait qu'après un accident, un terme a été mis aux prestations sans octroi d'une rente d'invalidité n'exclut pas une rechute. Dans ces cas, l'invocation d'une rechute ou d'une séquelle tardive s'apparente à une nouvelle demande en assurance-invalidité (Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, § 91 *ad* Art. 6, p. 116, avec la référence à RAMA 1994 no U 189 p. 138). Comme rappelé dans la décision contestée, en cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à la personne assurée de

prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en droit des assurances sociales, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les nouvelles plaintes et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. En l'absence d'une telle preuve, la décision est rendue en défaveur de la personne assurée (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2 paru *in* SVR 2016 UV Nr. 18, avec les références, et 8C\_796/2013 du 30 septembre 2014 consid. 3.2 et les références).

Aux termes de l'article 44 LPGa, dans sa teneur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (cf. annexe ch. 1 de la loi fédérale du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363]), si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles : expertise monodisciplinaire (art. 44 al. 1 let. a LPGa) ; expertise bidisciplinaire (art. 44 al. 1 let. b LPGa) ; expertise pluridisciplinaire (art. 44 al. 1 let. c LPGa). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'article 36 alinéa 1 et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (art. 44 al. 2 LPGa). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (art. 44 al. 3 LPGa). Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, l'article 44 LPGa prévoyait ce qui suit : « Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions ».

Dans la décision sur opposition du 8 mars 2022, Helsana a repris les exigences jurisprudentielles posées pour la valeur probante d'un rapport médical au considérant 3a de l'arrêt de principe paru aux ATF 125 V 351. Cette assurance a explicité également la notion d'appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 et arrêts du Tribunal fédéral 8C\_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C\_962/2010 du 1<sup>er</sup> septembre 2011 consid. 4.1 et 9C\_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2). Il peut être fait référence aux développements correspondants. Il convient de rappeler toutefois les passages topiques d'un autre arrêt de principe paru aux ATF 135 V 465 concernant l'appréciation des preuves : « Même si la jurisprudence a toujours

reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGGA » (...). « Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité » (...). « Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires » (consid. 4.4) (...). « Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige » (consid. 4.5) (...). « Cependant, afin que la personne assurée dispose d'une chance raisonnable de soumettre son cas au tribunal sans être manifestement désavantagée vis-à-vis de l'assureur et s'il subsiste un doute tel que mentionné plus haut, il ne peut être procédé à une appréciation concluante sur la base, d'une part, des rapports produits par la personne assurée et, d'autre part, de ceux émanant des médecins internes à l'assurance. Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPGGA » (consid. 4.6).

### **3.2.**

**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 LPGGA, 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

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

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

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 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

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-ostéophytaire 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 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).

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

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 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. Il \_\_\_\_\_ du 28 septembre 2021 (annexe à la pièce C169a : antécédents : notamment, status après traumatisme crânio-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

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 1<sup>er</sup> octobre 1995 (pièce C1) comporte bon nombre de tâches physiques, comme celle-ci l'a du reste souligné dans son écriture du 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 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 asséurologiques) 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

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).

**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 crânio-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 crânio-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 crânio-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'avaient 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).

Étaient 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. Il \_\_\_\_\_ 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.

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. Il \_\_\_\_\_ (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. Il \_\_\_\_\_ 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).

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).

**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 \_\_\_\_\_,

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.

**4.**

**4.1** En application de l'article 61 lettre f<sup>bis</sup> LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> 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