

VD_FINDINFO AA 85/09 - 110/2011 vom 28. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_85_09_-_110_2011

FR: VD_FINDINFO AA 85/09 - 110/2011 du 28 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO AA 85/09 - 110/2011 del 28 settembre 2011

Regeste

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, CAUSALITÉ ADÉQUATE | 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 28

février 2009. Enfin la question de savoir si les troubles subsistant au-delà du 28 février 2009 devaient être rangés dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ou dans celle des accidents insignifiants pouvait être laissée ouverte dès lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident assuré devait être niée. L'instruction du dossier était jugée suffisante pour se prononcer, la mise en œuvre d'investigations médicales complémentaires ne se justifiait pas en l'espèce. C. Par acte du 3 juillet 2009 de son conseil, N._____ a recouru contre la décision sur opposition rendue le 3 juin 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée, la CNA devant lui verser les prestations LAA postérieures au 28 février 2009. A l'appui de son recours, elle produit un rapport d'expertise neurologique du 25 juin 2009 établi par le Dr B._____, spécialiste FMH en neurochirurgie à [...] – à la suite d'un examen pratiqué le 19 juin 2009 ainsi que de radiographies cervicales réalisées le même jour par l'Institut Imagerie Médicale à [...] – dont il ressort en particulier ce qui suit: " D. Discussion En matière de status après traumatisme par accélération crânio-cervicale (STACC), l'attitude de déclarer que l'IRM cervicale est normale, DONC IL N'Y A RIEN, représente une erreur fréquente. En effet, la probabilité, en l'absence de symptômes ou de signes radiculaires ou médullaires, de trouver une pathologie post-traumatique quelconque est beaucoup plus grande avec des radiographies simples complétées par des clichés cinétiques qu'avec une imagerie du genre IRM ou CT. Notre patiente représente un exemple flagrant. Les données de son dossier converg[e]aient sur le diagnostic d'un STACC typique, sans lésion radiologique de type traumatique. Il s'ajoute maintenant une nouvelle donnée sous forme d'une instabilité indiscutable par insuffisance de l'appareil ligamentaire postérieur C4-C5. Ceci change fondamentalement les données: la présence de cette lésion post-traumatique est incompatible avec le diagnostic d'un STACC et on ne peut plus, pour cette patiente, revendiquer le pronostic en principe favorable d'un STACC. Les symptômes actuels sont tous encore en rapport avec cette instabilité, et on ne peut en aucun cas déclarer, comme le Dr P._____, que « les conséquences délétères de l'accident du 30.09.08 sont actuellement éteintes ». Quel est le pronostic dans cette situation? En principe, on est confronté à 3 scenari[os] évolutifs, formant des groupes de taille plus ou moins similaire. Un premier groupe va évoluer vers une guérison, éventuellement par palier comme c'est le cas actuellement chez la patiente. Un deuxième groupe continuera à souffrir de façon intermittente, voire importante, sans toutefois aboutir à une sanction chirurgicale. Cela peut être dû à une perte de confiance dans le corps médical, des explications

insuffisantes, une mauvaise appréciation du risque et des chances de succès du traitement opératoire ainsi que des choix personnels. Un troisième groupe finira par subir une spondylod[è]se par cage du niveau atteint, avec un bon pronostic. Cela peut être précédé pour étayer le diag[n]ostic, d'une infiltration des structures articulaires postérieures du niveau en question, éventuellement discales, sous contrôle radiologique [...]. Vu le jeune âge de la patiente et son évolution plutôt encourageante, on proposerait dans son cas plutôt une attitude expectative en poursuivant un traitement conservateur symptomatique et de physiothérapie douce. Des manipulations qui vont à l'encontre de ce qu'on cherche à obtenir sont évidemment proscrites. En cas d'échec on pourrait proposer au bout de 3 mois la spondylodèse précédée d'infiltrations. Pour ce qui est de la bosse (ou du « Buffalo neck »), le soussigné ne pense pas qu'il s'agit d'une séquelle de l'accident. Il s'agit d'une zone où habituellement le tissu sous-cutané est légèrement épaissi avec une transition mal délimitée vers le diagnostic d'un lipome. En l'absence d'élément post-traumatique, comme la visualisation sur l'IRM du 27.10.2008 de résidus de lésion traumatique (hématome, etc...), on ne voit pas comment cette tuméfaction pourrait être la conséquence du traumatisme. Il s'agit probablement d'une petite déformation préexistante attirée à l'attention de la patiente par le choc.

Réponse aux questions 1. Lors de votre expertise, quelles ont été vos constat[at]ions ? (tableau clinique des troubles) Présence d'un syndrome cervico-céphalique post-traumatique chronique. Instabilité post-traumatique C4-C5. 2. Parmi ces troubles, quels sont ceux d'origine organique? Tous les troubles présents sont d'origine organique. 3. Tous ces troubles, ou partie de ceux-ci, sont-ils imputables au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident du 30 septembre 2008, ou ont-ils une autre origine? Tous les troubles sont en relation de causalité naturelle au degré de vraisemblance prépondérante à l'accident du 30 septembre 2008. 4. Dans la première hypothèse, les troubles en rapport avec l'accident sont-ils tous ou en partie d'origine organique (par exemple contracture de la musculature paracervicale?) cf réponse à la question 2. 5. La poursuite d'un traitement est-elle nécessaire? cf Discussion (attitude expectative, spondylodèse C4-C5 en cas d'échec). 6. En vue d'obtenir une amélioration notable de l'état de santé? cf Discussion (pronostic et traitement). Il faut espérer que le cas de la patiente est situé dans le groupe qui va faire une évolution spontanément favorable. 7. Si oui, quelles mesures thérapeutiques préconisez-vous et de quelle importance? cf Discussion. 8. Peut-on s'attendre à une amélioration / aggravation notable? Amélioration possible, aggravation peu probable. 9. Quelle est la capacité de travail exigible dans son ancienne activité? Capacité de travail dans son ancienne activité nulle au stade actuel. 10. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée? Capacité de travail à 50 %. 11. Y a-t-il une atteinte à l'intégrité ? Si oui, à combien de pourcent l'estimez-vous? C'est le cas pour les trois variantes pronostiques énumérées à la page 8, 2 e alinéa a) Il faut par analogie se baser sur la table 7 de la SUVA: en cas de la première variante, status après spondylodèse (rubrique 4), il convient d'ajouter 10 %; pour limitation fonctionnelle du point de vue de l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles, la rubrique correspondant à 10 %. Ceci nous mène à une atteinte à l'intégrité de 20 % en cas d'une spondylodèse avec des douleurs résiduelles discrètes. Une partie de cette atteinte à l'intégrité doit couvrir les éventuelles atteintes dégénératives des niveaux voisins (« adjacent level disease »), dont le risque est difficile à chiffrer mais qui existe. b) Dans l'éventualité d'une symptomatologie persistante gênante et en l'absence d'une indication opératoire retenue, on est amené à la rubrique 3 «hernie discale, ostéochondrose, syndrome épaule-main... » = 10 %, et dans l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles à ++, soit à nouveau 10 % Le total s'élève donc

également à 20 %. c) En cas de guérison spontanée totale: 0 % 12. Quelles sont les limites dues à l'atteinte à la santé? cf Discussion; variables selon les scenari[os] pronostiques. Il peut s'agir des mêmes limitations qu'actuellement, à savoir l'impossibilité d'exercer des activités nécessitant une mobilisation cervicale régulière, une attitude en porte-à-faux, des efforts physiques majeurs, etc... 13. Remarques éventuelles? Aucune. " Dans sa réponse du 25 février 2010, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable ainsi qu'à la confirmation de la décision sur opposition du 3 juin 2009. Se référant aux radiographies cervicales du 19 juin 2009, l'intimée soutient que l'expert B._____ ne s'est pas prononcé sur un document essentiel, à savoir la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical" établie le 1^{er} octobre 2008 par le Dr F._____. Ce dernier élément médical mettrait en évidence, de l'avis de la CNA, qu'une entorse du rachis cervical revêtant une certaine gravité se serait inévitablement traduite par des douleurs plus importantes d'apparition immédiate ainsi que par une entrave fonctionnelle sévère. Au surplus, après avoir soumis ladite expertise à son médecin-conseil le Dr W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ce dernier est d'avis que l'hypothèse selon laquelle la recourante aurait été victime d'une entorse cervicale sévère dont il résulterait, selon le Dr B._____, "une instabilité ligamentaire postérieure indiscutable", ne se vérifie pas objectivement, raisons pour lesquelles les conclusions du Dr B._____ seraient infondées. S'agissant des considérations relatives à la causalité adéquate, l'intimée renvoie à la décision litigieuse, rappelant que les conditions n'en seraient pas remplies, à tout le moins à partir du 28 février 2009, date de la fin des prestations. Par réplique du 26 mai 2010, la recourante maintient les conclusions prises dans son recours en requérant, le cas échéant, la mise en œuvre d'un complément d'instruction. Le

E. 30

juin 2010, elle produit copie de la prise de position du 4 juin 2010 du Dr B._____ se déterminant l'un après l'autre sur les divers griefs élevés par le Dr W._____ à l'occasion de son appréciation sur le rapport d'expertise neurologique du 25 juin 2009. En annexe à sa duplique du 19 août 2010, l'intimée produit une appréciation médicale du 2 août 2010 du Dr W._____ à laquelle elle se réfère intégralement. E n d r o i t : 1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme. 2. a) Force est en premier lieu de relever que les parties s'accordent à dire qu'en matière d'accidents avec traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes crânio-cérébraux, il convient de distinguer trois catégories d'atteintes à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b notamment). La première d'entre elles regroupe les atteintes à la santé qui reposent sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon. Elles reposent donc sur une base purement organique. Si cette altération structurelle est due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles

neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. La deuxième catégorie comprend les atteintes à la santé qui sont certes "organiquement" perceptibles cliniquement (cliniquement = constatable avec l'examen médical), mais qui n'ont pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle. De telles atteintes ne peuvent pas être (suffisamment) prouvées du point de vue organique. Par exemple, en cas de diagnostic de "syndrome cervical", on observera une contraction musculaire (TFA U 326/2001 du 7 janvier 2003 et U 9/2005 du 3 août 2005), ou des myogéloses ou une limitation de la mobilité de la tête, par exemple une inclinaison de la tête (TFA U 109/2004 du 23 novembre 2004), sans qu'aucune base organique allant dans le sens d'altérations structurelles (TFA U 227/2004 du 30 septembre 2005, consid. 4.2.1) n'en explique la cause. L'expérience montre que ces troubles ont comme particularité de pouvoir également être déclenchés psychiquement. Il en va de même pour des problèmes mis en évidence par des tests neuropsychologiques (distraction, manque de concentration, etc.) et qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique (cérébrale) (TFA U 80/2001 du 11 juillet 2003 et U 216/2003 du 20 septembre 2004). De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité est retenu, ne sont pas considérées sans autres comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident, tel que c'est le cas pour les atteintes avec substrat organique au sens d'altérations structurelles. Dans ces cas de plaintes seulement perceptibles cliniquement, il faut encore évaluer à part la causalité adéquate. Enfin, les atteintes à la santé qui ne sont pas perceptibles cliniquement et qui n'ont pas de substrat organique au sens d'altérations structurelles établies prennent place dans la troisième catégorie. Il s'agit de simples plaintes de troubles diffus (ATF 119 V 335). Dans ce cas, la causalité naturelle fait déjà défaut. b) Il s'agit en l'espèce de savoir à laquelle des catégories précitées, les affections dont souffre la recourante appartiennent. On constate tout d'abord à lecture des pièces au dossier que les troubles en question ne reposent pas sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon. On peut par conséquent d'emblée exclure que les affections de la recourante soient apparentées à la première catégorie, dans laquelle la causalité naturelle se confond avec la causalité adéquate. Dans la "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical" établie le 1^{er} octobre 2008 par le Dr F._____, ce dernier pose le diagnostic provisoire de douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (degré II selon la classification Quebec Task Force [QTF]). A teneur d'un certificat médical du 17 novembre 2008 adressé au médecin-conseil de l'intimée, le Dr F._____ retient le diagnostic d'une entorse cervicale avec une évolution simple jusqu'au 10 octobre 2008 puis qui s'est compliquée sous forme de maux de tête surtout occipitaux et de fatigue intense, la guérison n'étant pas encore obtenue compte tenu des symptômes motivant l'incapacité de travail (maux de têtes, fatigue intense et une quasi-impossibilité de se concentrer). Ce médecin précise encore qu'il n'existe pas d'état antérieur à l'accident survenu le 30 septembre 2008. Dans son rapport d'expertise neurologique du 25 juin 2009, produit par le recourant, le Dr B._____ retient la présence d'un syndrome cervico-céphalique post-traumatique chronique et une instabilité post-traumatique C4-C5. Il précise à cet effet que l'ensemble des troubles ont une origine organique et qu'ils sont en relation de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 30 septembre 2008. Indiquant que le cas de la recourante se situe dans le groupe faisant une évolution spontanément favorable, le Dr B._____ se prononce pour une évolution spontanément favorable. Il conclut à l'existence d'une capacité de travail de 50% de la recourante dans une activité adaptée.

Selon leur rapport d'évaluation pluridisciplinaire du 18 décembre 2008, les Drs J. _____ et K. _____ de la CRR sont d'avis que la recourante présente un syndrome comportant essentiellement des aspects subjectifs, un traitement orienté sur une hypothétique lésion anatomique, exclue en l'espèce, n'apparaissant pas judiciaire. La prise en charge thérapeutique appliquée jusqu'alors est qualifiée d'adéquate. Ces médecins concluent que rien ne s'oppose sous l'aspect médical à la reprise progressive des activités ordinaires y compris professionnelles. Le 2 avril 2009, le Dr O. _____, professeur associé et Mme A. _____, psychologue assistante au Service de neurologie du [...] ont posé les diagnostics de cervicalgies post-traumatiques, de dysfonctionnement exécutif d'origine multifactorielle et de traits de la lignée anxiodépressive. Relevant que l'assurée présentait surtout un problème de douleurs cervicales avec des céphalées cervicogènes occasionnelles interférant dans ses activités fonctionnelles et parfois sur sa concentration, ils ont précisé qu'un IRM retenait la rectitude (signe d'un problème douloureux) sans qu'il n'y ait trace en faveur de problèmes discaux ou radiculaires. La capacité de travail résiduelle était évaluée à 30% de manière progressive sur deux mois puis à 50%. S'agissant de l'existence d'une lésion organique, sous forme d'une altération structurelle, il apparaît que les renseignements médicaux ne permettent pas de retenir une telle lésion. Ainsi, la cour de céans est d'avis que les suites de l'accident litigieux doivent faire l'objet d'une évaluation en application des critères posés par la jurisprudence fédérale en matière d'accidents de la seconde catégorie, à savoir les atteintes à la santé qui sont certes "organiquement" perceptibles cliniquement mais qui ne présentent pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle (cf. consid. 2a supra). De tels troubles n'étant pas considérés comme étant sans autre en lien de causalité adéquate avec l'accident, il y a par conséquent lieu de procéder ci-dessous à l'examen requis en la matière. 3. a) Selon la dernière jurisprudence en la matière, les critères suivants doivent être appliqués à l'occasion de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme liés à une entorse de la colonne cervicale (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3 modifiant la jurisprudence antérieure): a) les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; b) la gravité ou la nature particulière des lésions subies; c) l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique continu et pénible; d) l'intensité des douleurs; e) les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; f) les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; g) l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c; 115 V 403 consid. 5c; TF 8C_683/2008 du 3 août 2009 consid. 5.1). Dans un arrêt du 9 juillet 2008 (TF 8C_428/2007 du 9 juillet 2008, consid. 4.3), le Tribunal fédéral a en substance considéré qu'il se justifiait d'utiliser les critères spécifiques développés dans la jurisprudence relative aux traumatismes crânio-cérébraux et mécanismes de "coup du lapin" et lésions équivalentes même dans le cas d'une commotion légère (cf. également TF 8C 210/2007 du 15 mai 2008 et U 75/2007 du 23 octobre 2007). A la différence des critères déterminants en matière de troubles d'ordre psychique (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa), il n'y a pas lieu d'opérer de distinction entre composantes somatiques et psychiques s'agissant de l'appréciation de la causalité adéquate entre un accident et les

atteintes susmentionnées, puisqu'il est indifférent de qualifier médicalement la nature des plaintes d'organique ou de psychique (RAMA 2002 n°U470 p. 531; TF 8C_60/2008 du 6 août 2008 consid. 5; TF 8C_683/2008 du 3 août 2009 consid. 5.1 et les références citées). b) S'agissant de la causalité adéquate, au vu de son déroulement et de ses conséquences immédiates, l'accident du 30 septembre 2008 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Il n'y a ainsi pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, le déroulement de l'accident n'ayant pas de caractère particulièrement impressionnant. La recourante s'est fait emboutir l'arrière de sa voiture par un autre véhicule alors qu'elle se trouvait à l'arrêt. Peu après le choc, elle a ressenti divers symptômes (nausées accompagnées de tremblements, frissons, claquement de dents et douleurs à la nuque dans l'heure suivante). Elle n'a cependant pas perdu connaissance et n'a consulté son médecin traitant (le Dr F. _____) que le jour suivant l'accident, soit le 1^{er} octobre 2008, lequel médecin a certifié un arrêt de travail de sa patiente d'une durée de trois jours et demi. Partant le jour même de l'accident, la recourante a poursuivi ses activités professionnelles et privées. En outre, les médecins de la CRR ont souligné, lors de leur évaluation pratiquée du 15 au 17 décembre 2008 que les troubles visuels, les nausées, les vertiges ainsi que la grande fatigue évoqués avaient quasiment disparus, seules des cervicalgies subsistant. Dans ces circonstances, force est d'admettre que la recourante n'a pas présenté d'importantes douleurs ayant entraîné ultérieurement une longue incapacité de travail. La recourante a été examinée par plusieurs médecins et spécialistes, notamment des neurologues, chirurgiens orthopédistes, psychologues et neurochirurgiens. Dans leur rapport du 18 décembre 2008, les Drs J. _____ et K. _____ de la CRR ont considéré que la prise en charge thérapeutique appliquée jusqu'alors était adéquate. Selon son rapport d'expertise du 25 juin 2009, le Dr B. _____, spécialiste en neurochirurgie, a souligné qu'au vu du jeune âge de la recourante et de l'évolution plutôt encourageante, un traitement conservateur symptomatique et de la physiothérapie douce – et en cas d'échec une spondylodèse précédée d'infiltrations – paraissent être les mesures thérapeutiques indiquées. En l'occurrence, le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique continu et pénible n'est pas réalisé. A l'occasion de son examen par les médecins de la CRR, la recourante a évoqué de multiples douleurs. Les cervicalgies dans la région cervicale basse avec extension scapulaire ont effectivement été retenues et au début une angoisse marquée avec nausées et troubles du sommeil. L'ensemble des médecins et spécialistes consultés ont par la suite noté une évolution favorable avec un tableau clinique plutôt rassurant. A l'aune de ces éléments, la cour de céans ne peut retenir que le critère de l'intensité des douleurs soit rempli dans le cas particulier. A lecture de l'ensemble des avis médicaux au dossier, il n'a pas été relevé d'erreurs dans le traitement médical prodigué ayant pour conséquence une aggravation notable des séquelles de l'accident. Dans son certificat médical du 17 novembre 2008, le Dr F. _____ a fait état d'une complication de l'évolution de l'état de santé de la recourante à partir du 10 octobre 2008 (apparition de maux de têtes surtout occipitaux et de fatigue intense ayant conduit à un arrêt de travail le 14 octobre 2008). De plus il ressort de l'expertise neurologique du 25 juin 2009 du Dr B. _____ que la recourante présentait dans un premier temps un status après traumatisme par accélération crânio-cervicale (STACC) sans lésion radiologique de type traumatique. Il s'y ajoutait désormais une nouvelle donnée sous forme d'une instabilité indiscutable par insuffisance de l'appareil ligamentaire postérieur C4-C5, lésion au demeurant incompatible avec le diagnostic d'un STACC. L'ensemble de ces troubles trouvant leur origine dans l'accident du 30 septembre

2008. Sur la base de l'avis du Dr B. _____, force est de constater que des complications sont indubitablement apparues. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante, les avis médicaux divergent; les médecins de la CRR – suivis en ce sens par l'intimée, respectivement son médecin-conseil – ont considéré, dans leur rapport d'évaluation du 18 décembre 2008, que "rien ne s'oppose médicalement à la reprise des activités ordinaires, y compris professionnelles"; les médecins du [...] ont quant à eux retenu, le 2 avril 2009, que la recourante se trouvait en mesure d'occuper un poste à 30% de manière progressive sur deux mois puis à un taux de 50%. Cette dernière appréciation se recoupe avec celle du Dr B. _____ dans son expertise du 25 juin 2009 au terme de laquelle ce neurochirurgien se prononce à la faveur d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Considérant que les deux derniers avis médicaux précités apparaissent plus fouillés, précis et sûrs que celui émis vers la mi-décembre 2008 notamment par le fait de leur postériorité au vu des complications survenues, la cour retient en définitive que suite à son accident la recourante présente une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations. Dans ces circonstances, le dernier critère de l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré est rempli en l'espèce. En définitive, on constate que seuls deux des sept critères appliqués à l'occasion de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme liés à une entorse de la colonne cervicale sont réunis dans le cas présent (le critère de l'apparition de complications et celui d'une incapacité de travail importante en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré). En présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis. Or tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, de sorte que la décision rendue le 3 juin 2009 par la CNA, bien fondée, doit être confirmée. 4. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, étant donné l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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