

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Thalmann et M. Neu, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par le Dr **T.**_____,
chiropraticien à [...],

et

C._____, à [...], intimée.

Art. 6 et 36 al. 1 LAA ; 4 LPGA

E n f a i t :

A. S._____, née en 1965 (ci-après : l'assurée ou la recourante), est employée à 50 % comme secrétaire par la Ville de [...] (Service d'accueil de jour de l'enfance). A ce titre, elle est assurée à titre obligatoire contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de C._____ SA (ci-après : C._____ ou l'intimée).

Le 16 mars 2015, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Par déclaration d'accident du 10 avril 2015, l'employeur a informé C._____ que l'assurée s'était blessée à la clavicule droite en effectuant un mouvement brusque afin de rattraper une boîte d'archives sur le point de tomber.

Dans un rapport médical initial établi le 21 avril 2015, le Dr M._____, médecin praticien, a indiqué qu'à la suite d'une chute d'un carton sur l'épaule, l'assurée présentait une disjonction acromio-claviculaire de stade 1. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 17 mars 2015 au 12 avril 2015. Les suites directes de cet événement ont été prises en charge par C._____.

Par courriel du 13 mai 2015, l'assurée a informé C._____ qu'une inflammation était venue se greffer à la suite de l'accident et qu'elle était en traitement auprès du Dr T._____, spécialiste en chiropratique.

Par certificat médical du 21 mai 2015, la Dresse K._____, spécialiste en médecine générale, a attesté une incapacité de travail à 100 % depuis le 11 mai pour une durée probable de deux semaines.

Une IRM cervicale a été effectuée en date du 3 juin 2015. Dans son rapport du même jour, le radiologue a fait les constats suivants :

Rectitude de la colonne cervicale, avec attitude cyphotique centrée sur C5, à pondérer par le fait que l'examen du jour a été réalisé en

position couchée. Dessiccations discales C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Remaniement de type Modic II C5-C6. Saillies disco-ostéophytaires postérieures diffuses, débutantes en C4-C5, plus marquées en C5-C6 et C6-C7 (mais sans canal cervical étroit ou myélopathie). A l'étage C5-C6, rétrécissements dégénératifs des trous de conjugaison sur uncarthrose, des deux côtés, plus marqués à gauche, une irritation radriculaire C6 gauche est ainsi possible. A l'étage C6-C7, une hernie discale paramédiane et foraminale gauche est surajoutée avec conflit probable sur la racine C7 gauche.

Le 12 juin 2015, l'assurée a expliqué à un expert en dommages de C._____ qu'elle avait fait un mouvement brusque de rotation avec le corps et le bras pour retenir une boîte d'archives d'environ 2-3 kg qui se trouvait sur un rayonnage à environ 1m80 de hauteur et qui était en train de basculer en avant. Elle avait alors senti une douleur sourde au niveau de la clavicule droite. Dès le début du traitement de physiothérapie au mois d'avril, les douleurs s'étaient développées et intensifiées au niveau de la nuque et de l'omoplate gauche. Au moment de l'entretien, elle souffrait encore de douleurs dans le bras gauche qui, par moments, la forçaient à s'allonger un instant, mais ces « crises » étaient moins fréquentes et moins intenses qu'au début. Elle a précisé qu'à l'âge de 18 ans, elle avait eu un accident de voiture qui avait provoqué un déplacement des vertèbres cervicales (C5-C7).

A la demande de C._____, la Dresse K._____ a transmis les notes prises lors des consultations. Il en ressortait que l'assurée avait présenté des douleurs à l'omoplate gauche le 7 mai 2015 avec irradiation dans le bras gauche et que la période d'incapacité de travail à 100 % a duré du 11 au 31 mai 2015.

Dans un rapport médical du 29 septembre 2015, le Dr T._____ a retenu le diagnostic de hernie discale paramédiane C6-C7 et foraminale gauche avec conflit radriculaire probable sur la racine C7 gauche et de hernie discale C5-C6. Il attribuait les changements morphologiques de C4-C5 jusqu'à C6-C7 à l'accident véhiculaire qui a eu lieu en 1982. Ceux-ci représentaient un dommage permanent avec les séquelles neurologiques qui s'étaient déjà présentées lors du début du traitement.

Par décision du 18 novembre 2015, C._____ a mis fin aux prestations d'assurance avec effet au 5 mai 2015, pour le motif qu'il n'existait pas de rapport de causalité entre l'accident du 16 mars 2015 et les troubles pris en charge médicalement dès le 11 mai 2015. Elle a précisé que, de l'avis de son médecin-conseil, cette atteinte était d'origine exclusivement malade.

Le 10 décembre 2015, l'assurée a formé opposition contre la décision précitée en faisant valoir que si l'IRM montrait des séquelles d'un accident précédent (en 1984), elle n'avait encore jamais eu de douleurs aussi importantes et durables avant l'accident du 16 mars 2015. Elle a allégué que depuis sa reprise de travail le 1^{er} juin 2015, seules perduraient des douleurs à la clavicule au niveau de l'épaule, provoquant des tiraillements sur la nuque. Elle admettait que les coûts de l'IRM soient partiellement pris en charge par l'assurance maladie, mais maintenait que tous les autres frais occasionnés étaient dus à l'accident du 16 mars 2015.

A la suite de cette opposition, le médecin-conseil de C._____, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport le 16 février 2016, dont il ressort notamment ce qui suit :

La distorsion acromio-claviculaire droite est un diagnostic qui peut être retenu à la suite de l'accident du 16 mars accepté par C._____ et justifiant un traitement et une incapacité de travail jusqu'au 12 avril.

Par contre, les cervico-brachialgies gauches, qui vont entraîner une nouvelle incapacité de travail à 100 % du 11 mai au 31 mai 2015, n'ont aucun rapport avec cet événement, il s'agit clairement d'un cas maladie.

Ces cervico-brachialgies s'expliquent parfaitement bien par des troubles statiques, une cyphose cervicale et non pas une lordose physiologique, des troubles dégénératifs et des discopathies sur 3 segments cervicaux de C4 à C7. Ces troubles sont anciens, en plus de s'étendre sur 3 segments, ce qui n'est pas compatible avec une lésion traumatique généralement mono-segmentaire, et s'accompagnent de spondylophytes et d'uncarthroses.

L'hernie discale C6-C7 n'est pas symptomatique depuis l'événement du 16 mars mais depuis le 7 mai, d'après le rapport du Dr K._____. Ce n'est qu'une coïncidence si l'hernie discale C6-C7 se développe environ 2 mois après la distorsion de l'épaule droite, de toute façon dans la majorité des cas, les hernies discales aussi bien cervicales

que lombaires sont sans rapport avec un accident. En l'espèce, il ne s'agit même pas du même côté.

Les symptômes ne se sont pas développés dans les suites immédiates de l'accident et les lésions mises en évidence par IRM n'entrent absolument pas dans le cadre d'un accident.

Par décision sur opposition du 19 février 2016, C. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 18 novembre 2015. Elle se référait à l'avis du Dr Q. _____, selon lequel les cervico-brachialgies gauches, symptomatiques depuis le 7 mai 2015, n'avaient aucun rapport avec l'accident du 16 mars 2015.

B. Par acte du 17 mars 2016, S. _____, représentée par le Dr T. _____, a formé recours contre la décision sur opposition du 19 février 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant implicitement à l'annulation de la décision attaquée. Elle a fait valoir qu'elle n'avait jamais eu à se plaindre de problèmes similaires avant l'événement du 16 mars 2015 et qu'il n'existait pas d'images médicales antérieures à son accident qui attesteraient de la préexistence d'une hernie discale au niveau C6-C7. Les images médicales réalisées à la suite de l'accident ne démontraient pas un processus dégénératif actif, si bien que rien ne permettait de suggérer qu'un tel phénomène soit la cause unique et indiscutable de l'atteinte au rachis, d'autant moins que la symptomatologie s'était résorbée avec les soins prodigués. La recourante invoquait que, dans la littérature médicale, il était admis que des mouvements brusques et soudains, impliquant la flexion et la rotation du rachis, pouvaient constituer le mécanisme déclencheur d'une hernie discale. Elle en déduisait, compte tenu de l'anamnèse, qu'il était ainsi fort probable, voire même certain, que l'atteinte à la santé était attribuable à l'événement du 16 mars 2015.

Par réponse du 19 avril 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, au motif principal que les symptômes (irradiation dans le bras gauche) en relation avec la hernie discale étaient apparus près de deux mois après l'événement du 16 mars 2015 et, partant, qu'il n'était pas possible de retenir un rapport de causalité naturelle, au moins probable,

entre l'événement et la symptomatologie. Elle a en outre rappelé qu'il était exceptionnel qu'une hernie discale soit d'origine traumatique, comme le Tribunal fédéral l'avait d'ailleurs retenu dans sa jurisprudence.

Dans sa réplique du 6 mai 2016, la recourante a allégué que les symptômes n'étaient pas apparus deux mois après l'événement du 16 mars 2015 mais deux semaines seulement, délai qui n'avait rien d'inhabituel, compte tenu de la réaction lente des disques vertébraux face à un traumatisme. Elle a précisé que même s'il s'agissait d'une hernie discale asymptomatique préexistante, c'était l'accident qui avait aggravé ou révélé cet état maladif qui ne compromettait pas les structures neurologiques ; il appartenait dès lors à l'assurance-accidents de prendre en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel.

Par duplique du 31 mai 2016, l'intimée a relevé que même si on se référait aux dires de la recourante quant à la date d'apparition des troubles, il n'en demeurait pas moins que ceux-ci n'étaient pas apparus de façon conjointe à l'événement du 16 mars 2015. En outre, elle rappelait que l'IRM du 3 juin 2015 avait mis en évidence l'existence de troubles statiques et dégénératifs, lesquels étaient à même d'expliquer les troubles ressentis.

Dans ses déterminations du 20 juin 2016, la recourante a repris l'argumentation de ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du

canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents pour les frais encourus à compter du 11 mai 2015.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non

de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b, et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

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

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine ; cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du

rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 ; TF 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

b) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations 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 (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a ; TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et références citées). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et références citées).

c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause

leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

4. a) En l'occurrence, il s'agit tout d'abord d'examiner si l'accident du 16 mars 2015 a pu être la cause principale de la hernie discale, au regard des critères dégagés par la jurisprudence (cf. consid. 3b supra). A cet égard, il faut constater que la recourante ne s'est plainte dans un premier temps que de douleurs à l'épaule droite. Les douleurs à la nuque et à l'épaule gauche ne sont apparues que dans un second temps, au début du mois d'avril selon les déclarations de la recourante, dans un contexte de troubles cervicaux anciens (cf. IRM du 3 juin 2015). Les symptômes de la hernie discale ne sont ainsi pas apparus immédiatement après l'accident du 16 mars 2015.

En outre, l'événement du 16 mars 2015 ne peut être considéré, au regard de son déroulement et des circonstances, d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion du disque intervertébral. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2), l'événement traumatique était modéré puisqu'il s'agissait de la mauvaise réception d'une boîte d'archives de 2 à 3 kg. L'IRM n'a d'ailleurs pas démontré de choc traumatique. Il convient également de relever que le dossier ne fait pas mention d'un mouvement brusque à hauteur du rachis cervical (tel un coup du lapin) ni d'un effort purement axial, mais d'un mouvement brusque de rotation avec le corps (cf. rapport de l'expert en dommages du 12 juin 2015), soit un mouvement qui n'est pas propre à entraîner une hernie discale (cf. consid. 3b supra).

Pour le reste, la littérature médicale citée par la recourante sur la base de courts extraits sortis de leur contexte ne permet pas d'arriver à une conclusion différente. Au contraire, la plupart des extraits confirment que les accidents pouvant entraîner une rupture d'un disque intervertébral sont par exemple une chute, un accident de voiture, le fait de tomber par terre d'une échelle en position assise, le dernier extrait précisant même qu'il est rare qu'une hernie discale résulte d'un événement traumatique.

Quant aux arguments du Dr T._____, ils ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr Q._____, selon laquelle l'accident du 16 mars 2015 n'est pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain. Le fait qu'il n'existe pas d'imagerie de la colonne cervicale avant cet accident n'est pas déterminant dès lors que la présence de lésions préexistantes des disques, de nature à favoriser l'apparition d'une hernie discale, est hautement vraisemblable en l'espèce, selon les explications du Dr Q._____ et l'expérience médicale (cf. supra consid. 3b). En outre, le fait que l'assurée ne se soit pas plainte de douleurs discales avant cet événement ne suffit pas, à lui seul, à établir un lien de causalité naturelle (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.1, selon lesquels l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien).

Compte tenu des éléments mis en évidence, il n'est pas possible de retenir que l'accident a pu provoquer la hernie discale présentée par la recourante.

b) Il convient encore d'examiner si l'accident a aggravé ou révélé une hernie discale asymptomatique préexistante, de sorte qu'il appartiendrait à l'assurance-accidents de prendre en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel.

Le Dr Q._____ ne s'est pas explicitement prononcé sur cet aspect, mais il ressort de ses déclarations qu'il exclut tout lien entre l'événement accidentel et l'apparition des cervico-brachialgies gauches,

qu'il attribue clairement à un cas de maladie. Selon lui, ce n'est qu'une coïncidence que la hernie discale s'est développée quelque temps après l'accident. Il précise encore que les lésions mises en évidence par IRM n'entrent absolument pas dans le cadre d'un accident.

De son côté, le Dr T. _____ estime que l'absence de symptômes avant l'accident permet de prouver l'influence de ce dernier sur la survenue de la hernie discale. Comme déjà mentionné, il s'agit là d'un raisonnement qui n'est pas susceptible d'établir un lien de causalité, selon l'adage « post hoc ergo propter hoc ».

Il n'y a dès lors aucune raison de s'écarter de l'avis médical posé par le Dr Q. _____. De surcroît, le fait que les douleurs liées à la hernie discale sont apparues plus de deux semaines après l'accident constitue également un indice de l'absence de tout lien de causalité entre cet événement et une aggravation d'un état maladif préexistant (cf. TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 4.2 ; CASSO AA 20/11 - 90/2013 du 27 août 2013 consid. 4a).

Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes apparus au début du mois d'avril 2015.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 février 2016 par C._____ SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. T._____,
- Mme S._____,
- C._____ SA,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :