

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2016

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Pasche, juge et M. Riesen, assesseur
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

E._____, à [...] (France), recourante,

et

W._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. E. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et domiciliée en France, a travaillé en qualité d'infirmière à 100% au sein de l'Hôpital A. _____ (ci-après : l'employeur), dont le siège est à [...] dans le canton de Vaud. Par l'intermédiaire de cet établissement, elle était obligatoirement assurée contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de la W. _____ (ci-après : l'assureur, l'assurance ou l'intimée).

Le 5 janvier 2015, l'assurée a été mise en incapacité de travail totale par la Dresse C. _____, cheffe de clinique chez l'employeur. Le certificat médical établi à cette occasion mentionne que la cause de l'incapacité de travail est un accident.

Par déclaration d'accident du 26 janvier 2015, l'employeur a annoncé à l'assureur qu'« en manipulant un plateau d'instruments, l'assurée a ressenti une vive douleur dans la main droite », étant précisé que cet événement avait eu lieu le 5 janvier précédent sur son lieu de travail. La lésion était alors décrite comme une entorse.

Dans son rapport du 30 janvier 2015 à l'attention de la Dresse C. _____, la Dresse F. _____, médecin assistante au Service [...] du Centre E. _____ (ci-après : Centre E. _____), a posé les diagnostics suivants :

« Douleurs persistantes du 1^{er} rayon de la main D le 05.01.15 avec, au status, des signes de :

- tunnel carpien D.
- ténosynovite sténosante du pouce D.
- possible œdème osseux (région trapézo-métacarpienne). »

S'agissant de l'anamnèse, cette praticienne a écrit ce qui suit :

« **28.01.2015**

Patiente de 47 ans, instrumentiste à l'Hôpital A._____, adressée par la Dresse C._____ pour suite de prise en charge de douleurs persistantes à la base du pouce D depuis le 05.01.2015.

Le 05.01.2015, en posant un plateau d'instruments face dorsale de la main contre la table, la patiente a ressenti une très forte douleur avec une décharge à la base du pouce droit irradiant dans le poignet droit. Douleurs persistantes depuis malgré l'immobilisation par attelle. [Elle] ressent des paresthésies dans le pouce D mais également dans les autres doigts. A l'anamnèse, pas d'antécédent d'acroparesthésies nocturnes ni d'antécédent de traumatisme au niveau du poignet D ou de la main D. ».

Dans leur rapport médical initial LAA du 2 février 2015, basé sur l'examen de l'assurée le 5 janvier 2015 en matinée, les Drs Q._____ et M._____, respectivement médecin-chef et médecin assistant chez l'employeur, ont écrit notamment ce qui suit :

« (...)»

2. Indications du patient	La patiente, instrumentiste dans notre hôpital qui, alors qu'elle portait un plateau de la salle d'opération avec la main droite, a ressenti une vive douleur dans le bras, le poignet et le pouce droit. Pas de traumatisme ces derniers jours. Elle se plaint d'une douleur à la mobilisation,	
3. Etat général	[...]	
4. Constatations	Status ostéo-articulaire membre supérieur droit : douleur au niveau de l'olécrane, du tiers médial face radiale de l'avant-bras et au niveau de l'éminence thénar. Pas de perte de sensibilité mais sensation de paresthésie. Pas de trouble vasculaire. Douleur lors de la supination / pronation, qui est complète. Douleur lors de l'abduction / adduction du pouce sur le trajet du	
5. Diagnostic	Tendinite du long abducteur du pouce.	
6. Causalité	Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident ?	Oui.

(...) »

Le 9 février 2015, l'assurée a répondu aux questions formulées par l'assureur et a déclaré pour l'essentiel qu'elle avait subi ses lésions corporelles durant la préparation de la table d'instrumentation pour une intervention chirurgicale le 5 janvier 2015. Elle a précisé qu'elle avait ressenti une vive douleur au niveau de la main droite en déposant un container d'instruments d'environ 3 kg sur la table.

L'assurée a fait l'objet d'une première IRM. Dans leur rapport du 18 février 2015, les Drs D._____ et I._____, respectivement médecin associé et médecin assistant du Service [...] du Centre E._____, ont constaté l'absence d'anomalie osseuse, fibro-cartilagineuse ou ténosynoviale pouvant expliquer la symptomatologie de l'assurée. Ils ont en revanche mis en évidence une dégénérescence mucoïde de la portion palmaire du ligament scapho-lunaire associée à un kyste d'inclusion du pôle proximal du scaphoïde ainsi que deux autres lésions kystiques respectivement de l'os triquetum et de l'extrémité du 3^{ème} métacarpien.

Le 23 mars 2015, la Dresse F._____ a établi un rapport à l'attention de l'assureur dont ressort le diagnostic, supplémentaire, de ténosynovite sténosante du pouce droit posé le 26 février 2015.

Par décision du 7 mai 2015, l'assureur a considéré que l'assurée n'avait pas été victime le 5 janvier 2015 d'un accident, ni d'une lésion assimilable à un accident, ni d'une maladie professionnelle, et a refusé de prester, estimant que son cas relevait de l'assurance-maladie.

Le 6 juin 2015, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision et a allégué avoir été victime d'une entorse grave avec rupture ligamentaire du pouce droit.

Le 25 juin 2015, le Dr L._____, chef de clinique au Service [...] du Département [...] du Centre E._____, a établi un nouveau rapport à l'attention de la Dresse C._____, lequel reprend les diagnostics déjà posés par la Dresse F._____, ainsi que la même anamnèse. Sur le plan thérapeutique, ce médecin a précisé qu'une opération chirurgicale avait été planifiée pour le 6 juillet 2015 pour une refixation ou une plastie, en fonction de la qualité ligamentaire.

Par décision sur opposition du 2 juillet 2015, l'assureur a confirmé sa position, estimant en particulier que les lésions de l'assurée ne pouvaient être assimilées à un accident dès lors qu'elles n'avaient pas

été provoquées ou déclenchées par l'action d'un événement extérieur objectivement constatable et d'une importance significative.

B. Par acte daté du 1^{er} août 2015, E. _____ a interjeté un recours de droit administratif à l'encontre de cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais, concluant implicitement à son annulation. A l'appui de sa position, elle a fait valoir pour l'essentiel avoir été victime d'une déchirure du ligament collatéral ulnaire du pouce droit, ce qui constituerait, selon elle, une lésion corporelle assimilée à un accident. La recourante relève également en substance que l'intimée aurait pris sa décision « sans avoir étudié le dernier rapport médical émanant du Centre E. _____ en date du 3 juin 2015 » qui démontrerait l'existence de la déchirure ligamentaire dont elle se prévaut, une opération chirurgicale étant au surplus nécessaire.

En annexe de son acte de recours, la recourante a produit notamment le rapport établi le 3 juin 2015 à l'attention de la Dresse C. _____ par le Dr L. _____, dont il ressort ce qui suit :

« Diagnostic(s) important(s) :

- 15.01.15 : douleurs persistantes du 1^{er} rayon de la main D depuis le 05.01.15 avec au status [des] signes de :
- Tunnel carpien D.
 - Ténosynovite sténosante du pouce D.
 - Possible œdème osseux (région trapézo-métacarpienne).
- 26.02.15 : Ténosynovite sténosante pouce D.

Antécédents :

Nihil.

Anamnèse :

28.01 : Patiente de 47 ans, instrumentiste à l'Hôpital A. _____, que vous nous adressez pour suite de prise en charge de douleurs persistantes à la base du pouce D depuis le 05.01.2015. Le 05.01.2015, en posant un plateau d'instruments face dorsale de la main contre la table, la patiente a ressenti une très forte douleur avec une décharge à la base du pouce D irradiant dans le poignet D. Douleurs persistantes depuis malgré l'immobilisation par attelle. [Elle] ressent des paresthésies dans le pouce D mais également dans les autres doigts. A l'anamnèse, pas d'antécédent d'acroparesthésies nocturnes ni d'antécédent de traumatisme au niveau du poignet D ou de la main D.

Suivi :

29/5 : contrôle, IRM pas claire, douleurs en testant clairement au niveau de la tête du 1^{er} métacarpien, patiente a le tendon palmaris longus, on propose une op. (refixation si qualité ligamentaire le permet sinon plastie.)

29/4 : persistance des douleurs avec stabilité absolue, ne peut pas tenir des objets avec son pouce en abduction. L'IRM montre une continuité avec une cicatrisation encore en cours. LCU gris par rapport au LCR. Gantelet pour 4 semaines, si stagne -> discuter l'opération.

19.03 : suite à l'infiltration a eu de très fortes douleurs pendant une semaine. Pas d'amélioration des douleurs (elle s'y habitue). Porte toujours l'attelle. Par contre n'a plus jamais eu de symptômes de tunnel carpien (depuis la 1^{ère} consultation aux urgences le 28.01.2015).

26.02 : A eu une IRM le 18.02.15, ne montrant pas d'anomalie osseuse, fibro-cartilagineuse ni ténosynoviale pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse. Persistance de douleurs au niveau de l'éminence thénar et de la poulie A1 pouce D. N'a par contre plus de paresthésies (n'a pas encore eu l'ENMG car avait dû reporter le rendez-vous).

Historique des traitements :

26.02 : infiltration de cortisone au niveau de la poulie A1 du pouce D ce jour par Dr L._____. Attelle durant 10 jours. PC dans 3 semaines. Explications des complications possibles et des signes devant l'amener à reconsulter en urgence.

28.01 : vue et examinée par le Dr Z._____, signes de tunnel carpien D et de ténosynovite sténosante débutante pouce D. Douleurs de la base du 1^{er} rayon de la main D. Ad IRM à la recherche d'un œdème osseux au niveau de la base du pouce D + tunnel carpien D + ténosynovite sténosante pouce D. Nous organisons également un ENMG chez le Dr T._____ au vu des signes de tunnel carpien D.

Traitement habituel :

Nihil.

Examens complémentaires :

RX : pas de lésion osseuse visualisée.

IRM 18.02.15 :

Absence d'anomalie osseuse, fibro-cartilagineuse ni ténosynoviale pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse. Dégénérescence mucoïde de la portion palmaire du ligament scapho-lunaire associée à un kyste d'inclusion du pôle proximal du scaphoïde, deux autres lésions kystiques respectivement de l'os triquetrum et de l'extrémité du 3^{ème} métacarpe.

IRM 04.2015 :

Pas d'anomalie du signal osseux ou d'œdème musculaire identifiable. Au niveau de la MCP1, pas de luxation. Respect de l'interligne articulaire. Pas d'érosion. Pas d'épanchement. Le ligament collatéral radial apparaît en hypo-signal, continu. Au niveau du ligament collatéral ulnaire, celui-ci apparaît en iso-signal, continu avec des remaniements à son attache à la fois proximale et distale. L'aponévrose de l'adducteur du pouce ne semble pas s'interposer entre les deux berges ligamentaires.

Conclusion :

Entorse du LCU avec anomalies de signal à son attache proximale et distale, sans lésion visible.

Pas d'argument pour un Stener.

Conclusions, traitement et évolution :

Attitude diagnostique et thérapeutique :

19.03 : vue chez Dr L._____, étant donné la non-amélioration des symptômes malgré l'infiltration, décision d'effectuer une seconde IRM (lors de la 1^{ère} [IRM], ils s'étaient arrêtés en-dessous de la MCP1...). Ad IRM le 08.04 puis contrôle pour discussion des résultats le 27.04 avec Dr L._____.

29/4->AT->fin mai, PC dans 4 semaines.

29/5 : op. planifiée pour le 6/7/2015.

Incapacité de travail :

AT->31.07.2015 à 100 %. »

La recourante a également joint un certificat médical établi le 6 août 2015 par le Dr B._____, médecin généraliste en France et spécialiste en traumatologie du sport, dont les termes sont les suivants :

« Je soussigné, Dr B._____, Docteur en médecine, [...] après avoir examiné le dossier de Madame E._____ suite à son accident du 05/01/2015, certifie que les douleurs qu'elle a toujours sont en rapport avec une entorse du LCU [ligament collatéral ulnaire] pouce droit, lésion diagnostiquée par l'IRM du 21/04/2015. En conséquence, cette lésion est en rapport direct avec son accident du travail du 05/01/2015. »

Par décision du 28 août 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais, constatant que la recourante n'avait jamais eu de domicile en Suisse et que le siège de son employeur se trouvait dans le canton de Vaud, s'est déclaré incompétente à raison du lieu et a transmis d'office la présente cause à la Cour de céans.

Le recours et ses annexes ont été enregistrés par la Cour de céans le 1^{er} septembre 2015.

Par réponse du 14 septembre 2015, la W._____ a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens, estimant en substance que même si la lésion de la recourante pouvait être assimilée à un accident, la condition d'un facteur déclenchant d'une importance significative faisait de toute façon défaut, le fait de porter un container d'instruments chirurgicaux d'un

poids d'environ 3 kg constituant un geste banal de la vie quotidienne, sans aucun risque spécial de lésion.

Dans sa réplique du 13 octobre 2015, la recourante a souligné en particulier le fait que le rapport médical du Centre E._____ du 3 juin 2015 ne faisait pas état d'une maladie ou d'un phénomène dégénératif mais d'une déchirure ligamentaire, le chirurgien proposant « une refixation, sinon plastie ».

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 du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; 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 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et transmis au tribunal compétent à raison du lieu, compte tenu du domicile de la recourante en France et du domicile de son dernier employeur dans le canton de Vaud (cf. art. 58 al. 2 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 5 janvier 2015. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en cause constitue un accident ou a provoqué une lésion assimilée à un accident et, le cas échéant, s'il existe un lien de causalité entre celui-ci et les lésions dont se plaint l'intéressée.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur

extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a et les références citées).

Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur («mouvement non programmé», cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 74). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur – l'interaction entre le corps et l'environnement – constitue en même temps le facteur extraordinaire en

raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références citées). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (cf. RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références citées).

b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- les fractures (let. a),
- les déboîtements d'articulations (let. b),
- les déchirures du ménisque (let. c),
- les déchirures de muscles (let. d),
- les élongations de muscles (let. e),
- les déchirures de tendons (let. f),
- les lésions de ligaments (let. g) et
- les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par

l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références citées, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4, 123 V 43 ; cf. TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1, 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

c) S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4 et les références citées).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

4. En l'occurrence, la recourante soutient avoir subi une atteinte assimilée à un accident, sous la forme de lésions ligamentaires et tendineuses.

Pour qu'une atteinte mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA soit assimilée à un accident, il faut qu'un facteur extérieur ait joué un rôle dans la survenance de la lésion. En l'espèce, toutefois, il ressort de la description de l'événement du 5 janvier 2015 dans l'annonce de l'employeur à l'assurance, dans le rapport médical initial LAA du 2 février 2015 et des réponses de la recourante au questionnaire de l'assureur du 9 février 2015, qu'aucun facteur extérieur n'est intervenu. Aucun autre document médical produit dans le cadre de la présente procédure ne vient contredire ce constat et la recourante elle-même n'a jamais fait état d'aucun faux mouvement ni geste brusque comme cause de ses lésions. Par surabondance, la Cour de céans considère également, à l'instar de l'intimée, que le fait de déposer un plateau d'instruments d'un poids de 3 kg sur une table d'opération est un geste tout à fait habituel pour une infirmière instrumentiste dans un bloc opératoire. On relèvera au surplus que, de manière générale, le fait de porter et de déposer une charge de 3 kg sur une table n'a rien d'inhabituel pour tout un chacun et constitue un geste banal de la vie quotidienne, sans aucun risque spécial de lésion.

Dans ces conditions, force est de constater que les lésions de la recourante sont survenues dans un contexte tout à fait banal et qu'en l'absence de facteur extérieur, elles ne peuvent être assimilées à un accident. Il s'avère également exclu a fortiori de constater la survenance d'un accident.

Le fait que le Dr L. _____ fasse état de la nécessité d'une opération par refixation ou plastie (rapports des 3 et 25 juin 2015), ne remet pas en cause cette appréciation, contrairement à ce que soutient la recourante, car l'intimée aurait de toute façon été habilitée à refuser de prester, qu'elle ait eu ou non connaissance de cette information, dès lors que ces rapports ne mettent pas en évidence l'existence d'un fait extérieur expliquant les lésions de l'intéressée. Quant à l'avis médical du Dr B. _____ du 6 août 2015, il ne s'avère pas non plus pertinent en l'espèce puisqu'il n'apporte aucun élément nouveau sur les circonstances de l'événement du 5 janvier 2015.

5. a) En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté

- II. La décision sur opposition rendue le 2 juillet 2015 par la W._____ est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- E._____,
- W._____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :