

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 novembre 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant,

et

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, à Lausanne,
intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA ; 9 al. 2 OLAA.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1982, est avocat-stagiaire auprès de l'Etude E._____.

En cette qualité, il est assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée).

B. L'assuré a effectué deux week-ends successifs de marche intensive, en haute montagne et à l'occasion d'une visite professionnelle à [...]. Le _____ mardi 8 octobre 2013 suivant, au réveil, il a ressenti de vives douleurs au pied gauche, accompagnées de difficultés à la marche et de boiterie. Il s'est rendu le même jour à la Clinique M._____ où lui ont été dispensés les premiers soins.

Par dépôt du formulaire ad hoc le 7 novembre 2013, l'employeur de l'assuré a déclaré le sinistre du 8 octobre 2013 à la Vaudoise. Le descriptif de l'événement incriminé a été libellé comme suit par l'assuré :

« Après deux week-ends prolongés consécutifs de marche intense (le premier en haute montagne avec 2 randonnées de plus de 5 heures chacune, le deuxième de visite à [...], en tenue et chaussures de ville mal appropriées), pendant lesquels j'ai sollicité mon pied bien plus que d'habitude, je me suis réveillé le 8 octobre 2013 en boitant fortement tant le fait de poser le pied par terre me faisait mal. »

Étaient relevés le diagnostic de « fracture lente » et une situation « en voie d'amélioration » du fait de la cicatrisation en cours. Aucune incapacité de travail n'était en revanche mentionnée.

Le Dr G._____, médecin auprès de la Clinique M._____, a complété un rapport médical initial en date du 25 novembre 2013 à la demande de la Vaudoise. Il a fait état du diagnostic de « tendinite

calcifiante du cinquième métatarsien du pied gauche », préconisant une immobilisation du pied et un « repos sportif » sans avoir prononcé d'incapacité de travail. Il a précisé que le traitement était terminé à la date de son rapport.

Par correspondance du 11 décembre 2013, la Vaudoise a signalé à l'assuré que l'événement du 8 octobre 2013 ne pouvait à son sens pas être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. Les symptômes présentés ne réunissaient pas davantage les critères permettant de retenir une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA. Par conséquent, la Vaudoise déclinait toute participation aux frais encourus et renvoyait l'assuré à son assureur contre la maladie.

Le 18 décembre 2013, l'assuré s'est enquis auprès de la Vaudoise de la nature de la correspondance précitée, à savoir s'il s'agissait d'une décision formelle, et a sollicité un tirage de l'intégralité de son dossier.

C. La Vaudoise a rendu une décision formelle, datée du 30 décembre 2013, reprenant les observations communiquées le 11 décembre 2013. Elle a nié la survenance d'une cause extérieure extraordinaire et soudaine, qui aurait été à l'origine des symptômes présentés dès le 8 octobre 2013, et derechef décliné la prise en charge des frais afférents au sinistre en question.

Par écriture du 29 janvier 2014, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, faisant valoir que les « fractures de fatigue ou fractures lentes » entraient de son point de vue dans le champ d'application de l'art. 9 al. 2 OLAA, compte tenu de la jurisprudence fédérale rendue à ce sujet. Rappelant que la fracture dont il avait été victime était survenue à l'issue d'un effort physique important, soit après deux week-ends prolongés comprenant « des dizaines d'heures de marche intense », il a estimé que l'art. 9 al. 2 OLAA devait être appliqué à son cas, puisque la Vaudoise n'avait pas argué d'une maladie ou d'un phénomène dégénératif qui

aurait causé la symptomatologie présentée dès le 8 octobre 2013. Il a implicitement conclu à l'annulation de la décision incriminée.

La Vaudoise a établi sa décision sur opposition le 18 février 2014, rejetant l'opposition de l'assuré et maintenant les termes de sa décision du 30 décembre 2013. Elle a rappelé les cinq éléments composant la notion d'accident contenue à l'art. 4 LPGA, et contesté en l'occurrence la survenance d'un événement précis, qui constituerait un facteur extérieur extraordinaire à l'origine de l'atteinte de l'assuré. En outre, elle a relevé que le diagnostic retenu par le Dr G._____, soit celui de « tendinite calcifiante du cinquième métatarsien gauche », n'était pas inclus dans la liste exhaustive des affections énumérées par l'art. 9 al. 2 OLAA. Dans l'hypothèse où une « fracture de fatigue ou lente » devait être prise en compte en faveur de l'assuré, l'art. 9 al. 2 OLAA ne serait toujours pas applicable au cas particulier, faute de facteur dommageable extérieur, qui aurait comporté un risque accru de lésion, indépendamment de tout caractère extraordinaire.

D. L'assuré a déféré cette décision sur opposition à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 14 mars 2014, concluant à son annulation sous suite principalement de réforme en sa faveur, subsidiairement de renvoi pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il s'est prévalu en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendu, vu que la Vaudoise n'avait donné aucune suite à sa requête de consultation du dossier. Dans un second moyen, il a fait grief à l'intimée d'avoir procédé à une instruction lacunaire de son cas en n'ayant sollicité que le rapport du Dr G._____, alors qu'un rapport médical initial aurait dû être exigé du Dr P._____, médecin ayant reçu l'assuré en première consultation au sein de la Clinique M._____. Il a enfin contesté l'absence de facteur extérieur dommageable dans son cas, soulignant que la fracture de fatigue était apparue consécutivement à des heures de marche intense, ce qui constituait d'après lui un risque accru de lésion. Il a enfin relevé que l'intimé ne mettait pas en doute - à juste titre - le défaut de maladie ou de problèmes dégénératifs à l'origine de sa

symptomatologie. Il a requis au surplus l'interpellation du Dr P. _____ pour détermination sur la nature de la lésion constatée le 8 octobre 2013.

La Vaudoise a préavisé le rejet du recours en date du 29 avril 2014, concédant avoir omis de faire parvenir un tirage de son dossier au recourant et remédié à ce défaut dans l'intervalle. Quant à l'instruction du cas, elle a relevé avoir adressé une demande de rapport médical à la Clinique M. _____, sans avoir eu connaissance de la prise en charge initiale assurée par le Dr P. _____. Sur le fond, elle a renvoyé aux considérants de sa décision sur opposition du 18 février 2014, tout en ajoutant que le caractère soudain de l'atteinte - soit une des autres conditions mises à la reconnaissance d'un accident - n'était également pas avéré dans le cas du recourant.

L'assuré a répliqué le 7 mai 2014, mettant derechef en exergue la violation de son droit d'être entendu du fait de la réception tardive du dossier constitué par la Vaudoise. S'agissant du critère de la soudaineté de l'atteinte, il a observé que la lésion apparue le 8 octobre 2013 était survenue dans un très court laps de temps, entre le 28 septembre 2013 et le 8 octobre 2013, et qu'elle ne pouvait en conséquence résulter de « microtraumatismes quotidiens ». Il a derechef sollicité un complément d'instruction auprès du Dr P. _____.

Par duplique du 27 mai 2014, l'intimée a souligné que la détermination de ce praticien demeurerait sans incidence sur l'issue du présent litige, faute de réalisation des autres critères d'application de l'art. 9 al. 2 OLAA, et persisté dans ses précédentes conclusions.

Le recourant s'est déterminé une ultime fois le 24 juin 2014, maintenant sa requête d'instruction complémentaire auprès du Dr P. _____, vu que ce praticien était seul à avoir procédé à un examen complet de l'état de son pied gauche consécutivement aux symptômes apparus le 8 octobre 2013.

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). 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 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 al. 1 let. a LPA-VD).

c) S'agissant de contestations relatives aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

d) Le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile par l'assuré qui a qualité pour agir (art. 59 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Sont litigieux en l'espèce le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement du 8 octobre 2013, singulièrement la question de la qualification dudit événement, l'assuré soutenant que les éléments constitutifs d'un accident au sens de la LAA sont réunis dans son cas. Dans ce contexte, il convient également d'examiner si les conditions d'application de l'art. 9 al. 2 OLAA sont remplies en présence potentiellement d'une « fracture de fatigue ou fracture lente », ainsi que le fait valoir le recourant.

Préalablement, il s'agira de se prononcer sur la violation du droit d'être entendu dont se plaint le recourant, puisque ce dernier n'a pas eu l'opportunité de consulter le dossier constitué par l'intimée au stade de la procédure d'opposition, en dépit de sa demande expresse à cette fin.

Il y aura lieu également d'analyser les griefs du recourant en lien avec l'instruction conduite par la Vaudoise, en particulier s'agissant de son caractère éventuellement incomplet, l'assuré reprochant à l'intimée de ne pas avoir sollicité des rapports médicaux auprès de l'ensemble des médecins consultés, en particulier auprès du Dr P._____.

3. L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 I 265 consid. 3.2 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 132 V 368 consid. 3.1 et les références citées). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que

l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 132 V 387 consid. 3.1 ; 128 V 272 consid. 5b/bb ; 115 V 297, consid. 2a). Les intéressés doivent ainsi être informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit de consulter le dossier, en tant que condition à l'exercice du droit d'être entendu, est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond, sous la seule réserve des cas où la violation du droit d'être entendu n'est pas d'une gravité particulière et où la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 I 68 consid. 2 ; 126 V 130 consid. 2b ; 106 la 73 consid. 2 et les références citées). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

In casu, il est incontesté que l'intimée n'a pas donné suite à la requête de consultation du dossier formulée par l'assuré aux termes de sa correspondance du 18 décembre 2013, ce qui constitue à l'évidence une violation de son droit d'être entendu.

Cela étant, ainsi que la jurisprudence citée supra l'a souligné, une violation de cette nature est exceptionnellement susceptible d'être réparée pour autant que l'instance supérieure soit dotée d'un plein pouvoir d'examen. Tel est le cas de la Cour de céans dans la mesure où le recours régi par les art. 56 et suivants LPGA est un moyen de droit complet, permettant l'examen de la décision sur opposition entreprise en fait et en droit (cf. sur cette question spécifique : TF [Tribunal fédéral] 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2).

Le recourant a au demeurant eu l'opportunité de consulter son dossier dans l'intervalle, l'intimée ayant annoncé l'expédition de ces documents à l'issue de sa réponse au recours du 29 avril 2014. En outre, l'assuré avait tout loisir, si nécessaire, de se rendre auprès de la Cour de céans en vue d'y consulter le dossier produit par la Vaudoise.

Dès lors, la violation du droit d'être entendu ne revêt pas en l'espèce un degré de gravité justifiant le renvoi de la cause à l'intimée, étant précisé que les éléments contestés, y compris l'éventuel diagnostic de « fracture de fatigue ou fracture lente », seront discutés infra (cf. considérants 5 à 7).

4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C_513/2011 du 22 mai 2012 consid. 5.1).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF

consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

En l'occurrence, l'on ne voit pas que la production d'un rapport médical par le Dr P._____ soit de nature à influencer sur le sort du présent litige, étant souligné que l'éventualité et les conséquences d'un diagnostic de « fracture de fatigue ou fracture lente » seront examinés plus bas par la Cour de céans (cf. considérant 7 en particulier).

En effet, les questions pertinentes ont trait spécifiquement à la réalisation d'un facteur extérieur ayant causé les symptômes présentés, à la soudaineté de cette atteinte au sens de l'art. 4 LPGA, ainsi qu'à l'applicabilité de l'art. 9 al. 2 OLAA. Il apparaît dès lors que sont bien davantage déterminantes les circonstances de faits, soit in casu la description de leur déroulement telle que communiquée par l'assuré le 7 novembre 2013, ce au détriment de l'appréciation médicale, forcément postérieure, des conséquences de ces faits.

Partant, compte tenu d'une appréciation anticipée des preuves, force est de déduire qu'un nouvel avis médical, même émanant du premier médecin ayant pris en charge l'assuré, s'avère parfaitement superflu pour se prononcer sur les éléments querellés.

Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la requête d'instruction complémentaire formulée par le recourant, ni de prononcer le renvoi de la cause à la Vaudoise à cette fin.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

a) Par accident, on entend 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).

b) Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose 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 à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

c) Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, [SBVR] vol. XIV, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, p. 859 n° 66 ; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). 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. 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 (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 p. 79 ainsi que la référence citée ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. 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 »). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis, 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 (ATF 130 V 118

consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine, 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 (RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références). En particulier, dans le cas d'une lésion survenue dans l'exercice d'un sport, le critère du facteur extraordinaire et, partant, l'existence d'un accident, doivent être niés en l'absence d'un événement particulier (ATF 130 V 118 consid. 2.2 et les arrêts cités ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, l'on ajoutera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

d) Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un événement unique et non pas consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2 ; cf. également Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op.cit., p. 857 n° 59).

6. A teneur de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles

ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

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

a) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c).

b) La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGGA). En particulier, 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 qui présente 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 (ATF 129 V 466 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2).

L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA.

De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2. et 4.3 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2 ; TF 8C_184/2012 du 21 février 2013 consid. 4).

c) L'on ajoutera que le diagnostic de « fracture de fatigue » n'exclut pas forcément la reconnaissance d'une lésion assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA, si cette atteinte survient sur un os apparemment sain et à l'occasion d'une sollicitation du corps, en particulier des membres, qui est physiologiquement plus élevée que la normale et qui dépasse ce qui est normalement maîtrisé du point de vue psychologique (ATF 129 V 466 ; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid.

4.2 ; cf. également Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 203-204).

7. Il sied de confronter la jurisprudence détaillée ci-avant aux éléments factuels du cas d'espèce.

a) A titre préliminaire, on relèvera que le diagnostic posé par le Dr G._____ dans le rapport médical communiqué à l'intimée le 25 novembre 2013 mentionne le diagnostic de « tendinite calcifiante du cinquième métatarsien gauche », lequel n'est à l'évidence pas englobé dans la liste exhaustive contenue à l'art. 9 al. 2 OLAA. A cet égard, le recourant invoque toutefois le diagnostic de « fracture de fatigue ou fracture lente » retenu à l'occasion de sa première consultation à la Clinique M._____ où il a été reçu par le Dr P._____.

Quand bien même il n'y a pas lieu - dans le doute - de favoriser la version de l'assuré au détriment de celle ressortant des pièces du dossier, la question du diagnostic devant être effectivement retenu pour qualifier la symptomatologie présentée dès le 8 octobre 2013 n'a pas d'influence significative sur l'issue du litige au vu de la prépondérance des faits survenus. En effet, même si le diagnostic avancé par le recourant devait être seul retenu, cela ne modifierait en rien le résultat de la présente procédure.

L'analyse des circonstances de fait, telles que décrites par l'assuré dans la déclaration de sinistre du 7 novembre 2013, dotées d'une présomption de vraisemblance et non remises en cause par les parties à ce stade de la procédure, suffit au demeurant pour déterminer si la décision sur opposition entreprise est ou non bien fondée.

b) Le recourant considère que la condition du facteur dommageable extérieur est réalisée en l'espèce, motif pris que la lésion diagnostiquée à son pied gauche le 8 octobre 2013 est survenue dans un concours de circonstances exceptionnel présentant un risque accru de

lésion. Il soutient en effet que tel serait le cas de la pratique intensive de la marche pendant « des dizaines d'heures » au cours de deux week-ends consécutifs.

L'on peut certes concéder que des marches successives de plus de cinq heures chacune sur un terrain inégal ou accidenté, comme c'est le cas en haute montagne, impliquent un effort important pour l'organisme. Cet effort ne saurait cependant être qualifié de physiologiquement anormal dans le cas d'une personne en bonne santé habituelle, âgée d'un peu plus de 31 ans au moment des faits. L'on ajoutera qu'une durée de cinq à six heures de marche par étape journalière est considérée comme moyenne et parfaitement usuelle dans le cadre de randonnées montagne.

Le recourant n'a pas précisé le nombre d'heures de marche consacrées à sa visite professionnelle à [...]. L'on peut toutefois douter qu'il ait excédé quelques heures par jour, compte tenu précisément du but professionnel du séjour. Qui plus est, la profession d'avocat implique en général bien davantage la position assise que debout. En outre, l'argument tiré du port de « chaussures de ville mal appropriées » paraît tomber à faux, alors que la marche en milieu urbain n'est pas supposée entraîner un effort physique accru, ni d'ailleurs requérir de chaussures particulièrement adaptées.

En conséquence, il n'y a pas lieu de considérer que les marches sportives et urbaine de l'assuré, effectuées en l'espace de deux week-ends consécutifs, soient significatives d'une situation particulièrement atypique.

En outre, le recourant n'allègue pas avoir effectué un mouvement non coordonné, brusque ou violent qui serait survenu au cours de l'un ou l'autre de ses nombreux déplacements.

Partant, la survenance d'un facteur extérieur, qui revêtirait en sus un caractère éventuellement extraordinaire, au sens entendu par l'art.

4 LPGA, ne peut être retenue en l'occurrence. Ce constat exclut dès lors clairement l'intervention de l'assureur-accidents dans le cas particulier, indépendamment du diagnostic pris en compte.

Enfin, force est également de constater, à l'instar de l'intimée, que le critère de la soudaineté de l'atteinte n'est à l'évidence pas réalisé, la « fracture de fatigue » consistant en une fracture dite « progressive » des suites de micro-traumatismes répétés, précisément en l'absence de mouvement particulier brusque ou non coordonné. Si une telle atteinte n'exclut certes pas l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA, l'on se doit de constater en l'espèce que, quoi qu'en dise le recourant, un intervalle de plus de deux semaines (deux week-ends) avant l'apparition de la symptomatologie douloureuse ne peut permettre de considérer comme réalisé le caractère soudain de l'atteinte exigé par la loi.

En l'absence de deux des cinq éléments constitutifs d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, la prise en charge des frais afférents à la symptomatologie présentée dès le 8 octobre 2013 doit être niée tant sous l'angle de l'art. 6 al. 1 LAA que de l'al. 2 de cette même disposition.

Il s'ensuit que la Vaudoise était légitimée à rendre la décision de refus du 30 décembre 2013, confirmée sur opposition le 18 février 2014.

8. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représenté par un mandataire professionnel (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 18 février 2014 par la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- X. _____, à [...],
- Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :