

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2017

Composition : M^{me} DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

A. _____ **ASSURANCE-MALADIE SA**, au [...], recourante,

et

S. _____ **ASSURANCE-ACCIDENTS SA**, à [...], intimée,

et

R. _____, à [...], tiers intéressé.

Art. 4 et 43 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée) travaillait comme infirmière pour le compte du Centre hospitalier G._____ depuis le 1^{er} novembre 2010. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels ainsi que de maladie professionnelle auprès de S._____ Assurance-accidents SA (ci-après : l'intimée). Elle était affiliée pour l'assurance-maladie obligatoire auprès d'A._____ Assurance-maladie SA (ci-après : la recourante) dès le 1^{er} janvier 2012.

Par déclaration d'accident du 21 août 2015, l'employeur a annoncé à S._____ Assurance-accidents SA que le 29 juillet 2015, l'assurée, alors qu'elle était en vacances, avait chuté d'une hauteur de plus ou moins 2,5 mètres en faisant de l'escalade en salle et s'était blessée au pied droit. Selon les pièces au dossier, à la suite de cet événement, l'intéressée s'est rendue dans un centre hospitalier en France les 1^{er} et 2 août 2015, où deux avis d'arrêt de travail total ont été successivement établis, soit jusqu'au 7 août 2015 avec comme motif « fracture/entorse pied droit », respectivement jusqu'au 12 août 2015 avec comme motif « tendinite calcanéenne ». De retour en Suisse, elle a bénéficié d'un arrêt de travail complet du 12 au 28 août 2015. Elle a par ailleurs subi une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la cheville droite le 12 août 2015, examen concluant à une déchirure partielle du fascia plantaire avec signes d'une fasciite plantaire surajoutée, ainsi qu'à une péri-tendinite de la loge péronière.

Dans un rapport du 10 novembre 2015, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par S._____ Assurance-accidents SA :

« 1. Diagnostic ?

Fasciite plantaire plutôt corporéale du faisceau médian, sans signe de rupture.

2. Date de la 1^{ère} consultation auprès de vous ?

Le 24.08.2015.

3. Etiologie de l'affection en cause ?

La patiente a eu un accident sur un cube d'escalade le 29.07.2015 avec multiples chutes jusqu'à 3 mètres sur un matelas souple, sans trop de douleurs sur le moment mais avec exacerbation des douleurs au niveau de la voûte plantaire dès le lendemain le 30.07.2015 à droite. Elle avait également fait toute une journée de randonnée le 28.07.2015. Les douleurs du pied étaient plutôt au niveau plantaire interne associées à une tuméfaction locale.

4. Evolution du cas et état actuel (subjectif et objectif) ?

Selon la consultation du 29.10.2015 du Dr J. _____ de la médecine du sport, l'évolution est fluctuante, la patiente s'étant représentée après une accalmie de ses plaintes au niveau du membre inférieur droit avec réactivation des douleurs sans nouvel événement.

A l'examen clinique, la cheville droite se présente avec une légère tuméfaction autour de la malléole externe avec douleurs au niveau de l'insertion du court péronier sur le 5^{ème} métatarse. Douleurs également aiguës à la palpation de la tubérosité inféro-médiale calcanéenne.

5. Des circonstances sans rapport avec l'accident jouent-elles un rôle dans l'évolution du cas ? Si oui, lesquelles ?

Pas à ma connaissance.

6. Traitement en cours et proposition ?

Le Dr J. _____ a renouvelé la prescription d'Arcoxia 30 mg 2 fois par jour pour au moins 1 semaine. Il a également laissé réaliser le 29.10.2015 une séance d'ondes de choc du fascia plantaire, à renouveler 1 fois par semaine pour au moins 5 séances. Il a également prescrit une orthèse de cheville de type Malleofit

7. Quelle sera encore la durée du traitement ?

Impossible de me déterminer.

8. De nouvelles investigations vont-elles être réalisées ?

Dans son rapport de consultation, le Dr J. _____ parle de l'éventualité d'une prise de sang afin d'exclure un éventuel problème rhumatismal, qui pourrait également être en relation avec les plaintes que présente la patiente.

9. Remarques ?

Cette patiente a été vue une seule fois à ma consultation en date du 24.08.2015. Elle est suivie depuis septembre 2015 par le Dr J. _____ du service de la médecine du sport à l'Hôpital [...] et du Centre hospitalier G. _____. Je vous prie par conséquent, d'adresser toute demande de renseignement ultérieure directement au Dr J. _____. ».

Le 16 mars 2016, le Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a répondu en ces termes aux questions qui lui ont été posées par S. _____ Assurance-accidents SA :

« 1. Évolution du cas et état actuel ?

Vue initialement à ma consultation le 18.09.2015 pour des douleurs de la tête du métatarse de l'hallux gauche, des cervicalgies et une instabilité de la cheville droite. Elle décrit un accident sur un cube d'escalade le 29.07.2015 avec une chute d'environ 3 mètres sur un matelas souple avec exacerbation des douleurs de la voûte plantaire. Elle avait consulté aux urgences en France le 01.08.2015 avec des RX [radiographies] sans particularité et elle a consulté son médecin généraliste à [...] le 08.07.2015 réalisant une IRM retrouvant une fasciite d'insertion plantaire et une inflammation des tendons péroniers. Elle a également été évaluée par le Dr [...] en traumatologie du Centre hospitalier G. _____ le 18.08.2015 puis par le Dr Z. _____ le 24.08.2015. L'évolution a été favorable par la suite sous anti-inflammatoires.

L'examen clinique retrouve des douleurs sur le trajet distal du court péronier au niveau rétro-malléolaire interne avec une sensibilité également à la palpation du fascia plantaire, proche de l'insertion calcanéenne. Douleur à la palpation précise de la tête métatarsienne du pied G [gauche] sans signe inflammatoire local.

Au niveau cervical, raideur musculaire des trapèzes avec une mobilité globalement réduite dans tous les plans en rotations et en flexion/extension cervicale. Douleur à la palpation cervicale haute sans dysesthésie ni paresthésie associée. Contracture diffuse des trapèzes sur tous les faisceaux moyens et postérieurs.

J'ai encouragé la patiente à poursuivre les séances de physiothérapie déjà instaurées et continuer avec les anti-inflammatoires tant que les douleurs persistent. Je l'ai revue en contrôle le 29.10.2015 avec des douleurs persistantes même si une amélioration avait été notée durant quelques temps et disparition des douleurs de l'hallux gauche. La patiente a poursuivi la physiothérapie et l'Arcoxia et je lui prescris une orthèse de cheville pour limiter les douleurs et la mobilisation à droite. J'ai également réalisé des ondes de choc du fascia plantaire droit (5 séances du 29.10.2015 au 23.11.2015) avec disparition des douleurs du fascia plantaire. Entre temps, elle avait consulté aux urgences pour des douleurs importantes de la nuque revenant avec un bilan tout à fait rassurant.

Lors de la consultation du 26.01.2016, elle note une nouvelle crise douloureuse de la face externe de sa cheville droite, avec tuméfaction associée. Une échographie de cette cheville est réalisée le 28.01.2016 par le service de rhumatologie ne retrouvant pas de signe de synovite ou ténosynovite.

Dans ce contexte, la patiente a réalisé une IRM de la cheville droite le 02.02.2016 retrouvant une enthésopathie à l'insertion du fascia plantaire, sur la tubérosité du cuboïde, et aux insertions du rétinaculum des fibulaires et des fléchisseurs, associé à une synovite talo-crutale et ténosynovite des fibulaires ainsi que des tendons du tibial postérieur et long fléchisseur des orteils, le tout évoquant une spondylarthropathie.

Après discussion avec nos collègues rhumatologues, le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est évoqué et le labo sanguin retrouve

une VS [valeur sanguine] à 52 ainsi qu'une CRP [protéine C réactive] à 18 avec des ANA [anticorps antinucléaire] positifs à 1/80 m. Je l'ai vu[e] la dernière fois le 03.02.2016 pour discuter de la suite de prise en charge qui sera réalisée par nos collègues rhumatologues du Centre hospitalier G. _____.

2. Des circonstances sans rapport ?

L'accident initial d'escalade est vraisemblablement responsable des douleurs initiales durant l'été et la fin de l'année 2015 mais les douleurs plus récentes du début de l'année 2016 sont vraisemblables (sic) en lien avec une décompensation inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthrite ankylosante avec bilan encore en cours.

3. Traitement en cours et proposition ?

Comme décrit précédemment des traitements de physiothérapie ont été posés ainsi que des traitements par ondes de choc et traitement par anti-inflammatoires à base d'Arcoxia puis Tilur.

4. Date de la prochaine consultation ?

Je n'ai pas prévu de revoir la patiente qui sera suivie par nos confrères rhumatologues.

5. Quelle sera encore la durée du traitement ?

Impossible à évaluer actuellement.

6. De nouvelles investigations vont-elles être réalisées ?

Oui, très probablement en fonction de l'évolution.

7. Remarques ?

- ».

Entendue à son domicile le 18 mai 2016 par un enquêteur de S. _____ Assurance-accidents SA, les propos de l'assurée ont été relatés comme suit dans un rapport daté du lendemain, qu'elle a signé pour confirmation :

« **1. Description** Le 29 juillet 2015, j'effectuais la pratique de l'escalade **des faits / Raison** au [.....]. C'était ma première tentative. Lors **de l'incapacité** ou de ma première ascension, je me souviens avoir chuté **du traitement** et réceptionné sur le flanc ou les fesses d'une hauteur d'environ 2/3 mètres sur un tapis au sol. J'ai pu me relever et continuer cette activité. Je me souviens avoir encore chuté à deux ou trois reprises avec réception sur les pieds.

J'ai commencé à ressentir des douleurs le soir même et des violentes douleurs à la voûte plantaire le lendemain.

En l'état, je souffre de divers troubles dont :

- Enfllement de la cheville droite
- Douleurs nocturnes au pied droit
- Douleurs constantes ressentie[s] si pas de médication
- Raideur à la nuque
- Tension dans la colonne
- Maux de dos
- ...

2. Antécédents

J'ai été victime de plusieurs épisodes d'entorse au niveau de ma cheville droite par le passé. La dernière il y a environ plus de trois ans. Le cas avait été déclaré comment (sic) accident et pris en charge par S. _____ Assurance-accidents SA. Je n'ai jamais subi d'intervention, uniquement un traitement conservateur. Depuis le dernier sinistre, je n'ai pas été victime de restrictions particulière[s]. Au contraire, j'ai pu effectuer mes tâches professionnelle[s] et augmenter mes activités sportives (perte de 12 kilos ces trois dernières années). Aucune problématique de mobilité ressentie.

3. Situation j'étais **médicale** en date du Application de cheville

Premiers soins en France en urgence alors que en vacances dans la région de la Vendée 1^{er} août 2015. Radiographie réalisée. glace et Tramadol prescrit avec repos de la droite.

J'ai dû à nouveau consulté (sic) en urgence car je n'arrivais plus à poser le pied à terre. Béquilles prescrite[s] ainsi que de l'Apranax.

A mon retour en Suisse, j'ai consulté le Centre Médical [...] le 8 juillet 2015. Une IRM a été effectuée. Arrêt de travail d'un mois attesté. Début du traitement de physiothérapie

J'ai été vue au Centre hospitalier G. _____ le 18 août 2015 par le Dr [...], puis le 24 août 2015 par le Dr Z. _____.

Par la suite, traitement via anti-inflammatoires, puis consultation auprès du Dr J. _____, Médecin du sport dès le 18 septembre 2015.

Traitement par ondes de choc réalisé du 29 octobre 2015 au 23 novembre 2015 Entre temps consultation en urgences pour des douleurs au niveau cervicales.

Fin janvier 2016, nouvelle crise de douleur de la cheville droite. Echographie réalisée le 28 janvier 2016 par le service de rhumatologie du Centre hospitalier G. _____.

Une nouvelle IRM a été réalisée le 2 février 2016 avec évocation d'une éventuelle spondylarthrite ankylosante.

Prise de sang effectuée. Dernière consultation avec le Dr J. _____ le 3 février 2016.

Un rendez-vous auprès d'un rhumatologue auprès du Centre hospitalier G. _____ est programmé d'ici environ deux semaines.

En l'état actuel, je prends des Dafalgan, salazopirine et Vimovo.

Physiothérapie en cours à raison d'une séance par semaine auprès du Centre hospitalier G. _____ et d'une séance par semaine concernant des drainages auprès de Mme [...] à [...]. ».

Par décision du 3 juin 2016, S. _____ Assurance-accidents SA a signifié à l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge le cas, qui relevait selon elle de la compétence de l'assureur-maladie. Elle a exposé qu'il ressortait de ses déclarations du 18 mai 2016 que l'événement du 29 juillet 2015 n'était pas constitutif d'un accident, soulignant l'absence de cause extérieure extraordinaire dès lors que plusieurs chutes avaient été décrites sans la mention de la survenance d'un événement sortant de l'ordinaire de la pratique de l'escalade. Elle a également indiqué que le diagnostic posé ne constituait pas une lésion assimilée à un accident. Copie de cette décision a été adressée à A. _____ Assurance-maladie SA.

Le 24 juin 2016, A. _____ Assurance-maladie SA a soumis le cas de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, qui a indiqué qu'il n'y avait pas lésion assimilée à un accident et qu'il s'agissait d'une péjoration d'un état maladif préexistant, fixant le *statu quo* à 4 mois, soit au 24 novembre 2015.

Le 27 juin 2016, A. _____ Assurance-maladie SA a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle a exposé que le facteur extérieur extraordinaire était réalisé dans la mesure où l'assurée avait été victime d'une chute de 2,5 à 3 mètres. Elle a également relevé que son

médecin-conseil estimait que l'événement du 29 juillet 2015 avait momentanément péjoré un état maladif préexistant, un *statu quo sine* devant être fixé à 4 mois de cet accident. Elle a ainsi requis la prise en charge du cas par S._____ Assurance-accidents SA au moins jusqu'au 24 novembre 2015.

Par décision sur opposition du 3 octobre 2016, S._____ Assurance-accidents SA a rejeté l'opposition d'A._____ Assurance-maladie SA et a confirmé sa décision du 3 juin 2016. Elle a exposé que l'assurée avait déclaré être tombée une première fois sur le flanc ou les fesses, puis avoir continué à grimper, avoir par la suite chuté à deux ou trois reprises avec réception sur les pieds et avoir ressenti des douleurs le soir même et des violentes douleurs à la voûte plantaire le lendemain. Dans ces conditions, la condition de la soudaineté de l'atteinte n'était pas réalisée, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un accident.

B. Par acte du 2 novembre 2016, A._____ Assurance-maladie SA a recouru contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation, à la prise en charge par l'intimée de l'événement du 29 juillet 2015 et à l'allocation de prestations jusqu'au 24 novembre 2015. Elle a exposé que l'affection dont souffrait l'assurée résultait des deux ou trois chutes d'une hauteur de 2,5 à 3 mètres avec réception sur les pieds survenues le 29 juillet 2015, ce qui constituait un facteur extérieur extraordinaire et fondait la notion d'accident. Elle a également relevé que le Dr H._____ avait indiqué que l'accident avait péjoré un état maladif préexistant, pour lequel un *statu quo sine/ante* pouvait être fixé à quatre mois, soit au 24 novembre 2015.

Dans sa réponse du 6 décembre 2016, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 3 octobre 2016. Elle a exposé que l'assurée n'avait pas fait état d'un mouvement précis qui constituerait une cause extérieure extraordinaire, relevant que les douleurs avaient été provoquées par le cumul de plusieurs sollicitations des membres inférieurs. Elle a également indiqué que les salles d'escalades étaient

équipées de tapis au sol afin d'adoucir les chutes, que le lâchage d'une prise avec réception sur le sol faisait partie des risques inhérents à l'escalade et que l'assurée n'avait pas relaté s'être mal réceptionnée lors des chutes. Dans ces conditions, les critères définissant un accident n'étaient pas remplis.

Par réplique du 23 décembre 2016, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a relevé que le Dr J._____ avait indiqué que l'accident initial d'escalade était vraisemblablement responsable des douleurs initiales durant l'été et la fin de l'année 2015 et que les douleurs plus récentes du début de l'année 2016 étaient vraisemblablement en lien avec une décompensation inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthrite ankylosante, ce qui rejoignait l'avis du Dr H._____. Elle a également rappelé que l'événement du 29 juillet 2015 remplissait la notion de soudaineté.

Dans sa duplique du 16 janvier 2016, l'intimée a confirmé ses conclusions. Elle a rappelé que les douleurs ressenties par l'assurée ne pouvaient pas être rattachées à un mouvement précis et unique, de sorte qu'il n'y avait pas de facteur extérieur extraordinaire.

Invitée à se déterminer sur les écritures précitées en sa qualité de tiers intéressé à la procédure, l'assurée n'a pas procédé.

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 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du

dépôt du recours (art. 58 LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

Dans le canton de Vaud, 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 la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à 30'000 fr. au vu de la période d'incapacité de travail subie par l'assurée et des frais médicaux du 29 juillet au 24 novembre 2015, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique.

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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 29 juillet 2015 jusqu'au 24 novembre 2015 - date du *statu quo sine vel ante* fixé par la recourante -, singulièrement si celui-ci réunit les conditions pour être qualifié d'accident.

3. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

a) Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. 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 et, 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

b) Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Soziale Sicherheit [SBVR]* vol. XIV, Bâle 2016, p. 921, n° 88). 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. 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 et la référence citée ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

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 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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références citées). 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* ; RAMA 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 citées).

Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, 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).

c) Pour les accidents survenant dans l'exercice d'un sport, le Tribunal fédéral a à diverses reprises considéré que l'existence d'un événement accidentel devait être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise. En d'autres termes, il a souvent nié le caractère extraordinaire de la cause externe lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier, la notion d'accident n'étant réalisée que si l'exercice sportif se déroule autrement que ce qui est prévu. Le Tribunal fédéral a admis, ou à l'inverse, nié l'existence d'un événement accidentel dans les exemples suivants : le fait de subir une charge contre la balustrade au cours d'un match de hockey sur glace constitue un

mouvement non programmé excédant ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et habituel, soit un « mouvement non coordonné », de sorte que l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admis ; il en va de même dans le cas d'un skieur qui a glissé sur une plaque de glace dans un champ de bosses, sans tomber, puis, alors qu'il avait perdu le contrôle de ses skis, a abordé une nouvelle bosse, a été soulevé, est retombé lourdement au sol, le haut du son corps ayant pivoté ; il y a par ailleurs accident lorsqu'un gymnaste manque sa réception au sol après exécution d'un « saut carpe » ou lorsqu'un assuré, en pratiquant le snowtubing, se heurte le coccyx contre la piste de neige dure en glissant à l'intérieur de la bouée ; l'événement accidentel ne peut être nié du fait que certaines lésions sont courantes pour tel type de sport en particulier (par exemple les blessures qu'occasionne la pratique du football) ; en revanche, la cause extérieure extraordinaire a été niée dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule ; une cause extraordinaire a également été niée dans le cas d'une assurée qui, le lendemain d'un entraînement de Tae Bo au cours duquel elle a ressenti des douleurs à la tête et à la nuque en réalisant l'exercice du « pantin » sans avoir été touchée par un autre participant ou reçu un coup, a subi une dissection de l'artère vertébrale, qui en raison d'une thrombose a conduit à une paralysie pratiquement complète ; il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute « ratée » en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle a roulé non pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque, ne constituant pas un mouvement qui sort de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, pp. 925-926, n° 100 et les références citées).

d) 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 (TF 8C_520/2009 du 24

février 2010 consid. 4.2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, pp. 919-920, n^{os} 77-78).

Le critère de la soudaineté détermine donc un cadre temporel, alors que la jurisprudence n'a, jusqu'à maintenant, pas fixé de durée minimale. Il faut et il suffit que l'atteinte survienne soudainement et revête un caractère unique (ATF 140 V 220 consid. 5.1 ; TF 8C_39/2014 du 12 novembre 2014 consid. 4.2 ; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 6 ; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG]*, Zurich/Bâle/Genève 2012, p. 51 ; Ueli Kieser, *ATSG-Kommentar*, Zurich/Bâle/Genève 2009, nn. 13 ss *ad* art. 4 LPGA).

4. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

a) S'agissant du 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 le droit des assurances sociales. 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 402 consid. 4.3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF

118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 930 n° 107) ; 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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

b) La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

5. Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une

expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. a) En l'espèce, la déclaration d'accident du 21 août 2015 faisait état d'une chute de plus ou moins 2,5 mètres survenue le 29 juillet 2015 dans le cadre de la pratique de l'escalade en salle, ayant entraîné une blessure au pied droit. Entendue le 18 mai 2016, l'assurée a précisé les circonstances de l'événement en ce sens qu'en pratiquant l'escalade en salle pour la première fois, lors de sa première ascension, elle avait chuté d'une hauteur de 2 ou 3 mètres avec réception sur le flanc ou les fesses sur un tapis de sol, puis avait continué cette activité et avait encore chuté à deux ou trois reprises avec réception sur les pieds. L'intéressée a expliqué avoir commencé à ressentir des douleurs le soir même et des violentes douleurs à la voute plantaire dès le lendemain. L'IRM réalisée le 12 août 2015 a démontré une déchirure partielle du fascia plantaire avec signes d'une fasciite plantaire surajoutée ainsi qu'une péri-tendinite de la loge péronière.

Au vu de ces éléments et contrairement à ce que soutient l'intimée, on ne saurait considérer que l'affection a été provoquée par le cumul de plusieurs sollicitations des membres inférieurs sans qu'un événement particulier ne se soit produit. Compte tenu de la description

des évènements, il y a en effet lieu de retenir que l'atteinte dont souffre l'assurée s'est produite pendant un laps de temps relativement court et peut être rattachée à un événement particulier, soit les deux ou trois chutes d'une hauteur de 2 ou 3 mètres avec réception sur les pieds survenues le 29 juillet 2015 lors de la pratique de l'escalade en salle. Mouvements non programmés, ces chutes constituent un facteur extérieur extraordinaire.

L'intimée soutient que le lâchage d'une prise avec réception sur le sol fait partie des risques inhérents à l'escalade en salle, activité se pratiquant dans des locaux équipés de tapis de sol afin d'adoucir les chutes, de sorte que facteur extérieur n'était pas extraordinaire. Cet argument ne convainc pas. En effet, au regard des principes et exemples jurisprudentiels précités (*cf. supra* consid. 3c), les deux ou trois chutes d'une hauteur de 2 ou 3 mètres avec réception sur les pieds subies par l'assurée - vraisemblablement à la suite de lâchages des prises - excèdent ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et d'habituel dans la pratique de l'escalade et constituent des « mouvements non coordonnés ». Partant, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise.

b) Compte tenu de ce qui a été exposé, il convient de considérer que l'événement du 29 juillet 2015 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, de sorte que l'intimée doit prendre en charge le cas.

On constate au surplus que l'intimée n'a pas spécifiquement instruit la question du *statu quo ante vel sine*. En effet, le Dr J. _____ a exposé dans son rapport du 16 mars 2016 que les douleurs ressenties par l'assurée durant l'été et la fin de l'année 2015 étaient vraisemblablement en lien avec l'événement du 29 juillet 2015, mais que les douleurs plus récentes du début de l'année 2016 étaient vraisemblablement en lien avec une décompensation inflammatoire dans le cadre d'une possible spondylarthrite ankylosante, ce qui démontre que des circonstances sans lien avec l'accident ont pu jouer un rôle dans l'évolution du cas. Le Dr H. _____, médecin conseil de la recourante, a d'ailleurs indiqué le 24 juin

2016 que l'on était en présence d'une péjoration d'un état maladif préexistant, fixant le *statu quo* à 4 mois. Dans ces conditions, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - pour qu'elle détermine la date à laquelle le *statu quo sine vel ante* a été rétabli.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident du 29 juillet 2015, la cause lui étant renvoyée pour le surplus pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Bien qu'obtenant gain de cause, la recourante ne saurait se voir allouer des dépens, en sa qualité d'institution chargée de tâches de droit public dans le domaine des assurances sociales. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 3 octobre 2016 par S._____ Assurance-accidents SA est réformée en ce sens que cette dernière est tenue de prendre en charge les suites de

l'événement survenu le 31 juillet 2015, la cause lui étant renvoyée afin qu'elle détermine la date à laquelle le *statu quo sine vel ante* a été rétabli.

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

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A. _____ Assurance-maladie SA
- S. _____ Assurance-accidents SA
- R. _____
- 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 :