

VD_GERICHTE ZA19.002750 vom 2. Februar 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.002750

FR: VD_GERICHTE ZA19.002750 du 2 février 2021

IT: VD_GERICHTE ZA19.002750 del 2 febbraio 2021

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 8/19 - 17/2021 ZA19.002750 CO UR DE S ASSURANCES
S OCIALES _____ Arrêt du 2 février
2021 _____ Composition : Mme DURUSSEL, présidente Mme
Röthenbacher et M. Neu, juges Greffier : M. Schild ***** Cause pendante entre :
W. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Kim-Lloyd Sciboz, avocat à
Assens, et B. _____, à Martigny, intimée. _____ Art. 4 LPG, art. 6 et 36
LAA, art. 18 LPA-VD, art. 97 CPC 402

- 2 - E n f a i t : A. W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 21 août 1981, est employée au [...] ([...]) en tant qu'infirmière. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de B. _____. Le 27 avril 2015, alors qu'elle pratiquait le football en salle, l'assurée a heurté son pied gauche contre le sol. Depuis, W. _____ a ressenti des douleurs au pied touché. L'assurée a séjourné au Service des Urgences du [...] entre le 10 et le 11 mai 2015. A l'occasion d'un rapport de sortie établi le 11 mai 2015, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, a relevé une douleur à la voûte plantaire gauche sur probable surcharge musculaire dans un contexte de choc direct sur la voûte plantaire en jouant au foot en salle. Le 15 mai 2015, l'employeur de l'assurée a transmis une déclaration d'accident à Mutuel Assurances SA, indiquant une contusion au pied gauche suite à un choc intervenu le 27 avril 2015 lors de la pratique du football. D'une imagerie par résonance magnétique réalisée le 3 juillet 2015, les Drs [...] et [...], spécialistes en radiologie, ont mis en évidence de discrets signes d'insertionnisme distale au niveau du tibia postérieur et du long fibulaire ainsi qu'une arthrose métatarso-phalangienne débutante du 1er rayon. Dans un rapport médical du 7 janvier 2016 adressé à B. _____, le Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu un diagnostic de tendinopathie du jambier postérieur gauche, post-traumatique.

- 3 - Ce médecin a établi un second rapport en date du 17 mars 2016, relevant la persistance des douleurs au pied gauche de l'assurée malgré de nombreuses séances de physiothérapie, une adaptation du chaussage et la mise en place des supports plantaires. Cliniquement, le Dr K. _____ notait un affaissement des voûtes longitudinales des deux côtés, de manière prédominante à gauche dans un contexte de pied plat valgus, avec une bonne correction de la voûte lors de la mise sur la pointe des pieds. Une sensibilité à la palpation du trajet du jambier postérieur en retro- et en sous-malléolaire, ainsi que des douleurs de conflit antéro-externe de la cheville étaient également relevés. Dans un tel contexte, le Dr K. _____ a adressé sa patiente au Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur afin de se déterminer sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Le 27 juillet 2016, le Dr T. _____ a examiné l'assurée en compagnie du Dr L. _____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et en

traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce dernier a dressé un rapport médical en date du 3 août 2016, retenant en tant que diagnostic une décompensation post-traumatique d'un pied plat valgus constitutionnel à gauche suite à l'accident du 27 avril 2015. Ce médecin retenait notamment qu'alors qu'elle jouait au football le 27 avril 2015, l'assurée s'était réceptionnée de tout son poids en charge axiale sur son pied gauche, entraînant une décompensation de son pied plat valgus constitutionnel. Malgré les traitements conservateurs entrepris, les douleurs au pied gauche ont subsisté. Une prise en charge chirurgicale a dès lors été proposée sous forme de correction de son pied plat valgus constitutionnel par un traitement chirurgical fonctionnel. Face à ces différents éléments médicaux, l'assurance-accident a requis un rapport de son médecin d'arrondissement, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce dernier s'est exécuté le 31 août 2016, appréciant le cas de la manière suivante : « L'intervention préconisée est très clairement en lien avec la pathologie de pieds plats valgus. L'ostéotomie du calcaneum vise à médialiser le tendon achilléen. L'ostéotomie de flexion de M1 sert à

- 4 - améliorer la voûte longitudinale. Le renforcement du tibia postérieur évite sa faillite (toujours possible en cas de pieds valgus non traités). Quant à l'allongement des gastrocnémiens, il semble qu'il joue un rôle dans l'amélioration de la fonction musculaire. Ces gestes chirurgicaux, dans le cas de Mme W. _____, n'ont ainsi pas de lien causal avec l'événement du 27 avril 2015. Reste à apprécier la notion de « décompensation » de ce pied plat constitutionnel, à gauche. Aucun élément probant ne permet d'approuver cette hypothèse. La situation aurait été tout autre en cas de rupture du tendon tibia postérieur suite à l'événement qui nous occupe, lésion qui peut précipiter l'affaissement du pied. Ce ne fut pas le cas. Tout au plus, l'IRM a montré une insertionite dudit tendon, banale dans le cas d'un pied plat. En outre, l'asymétrie dans le cadre de pieds plats n'a rien d'exceptionnel, tant sur le plant statique que (surtout) dynamique. En conclusion, l'intervention projetée pour traiter un pied plat valgus gauche n'a pas de lien causal (haute voir très haute invraisemblance) avec l'événement du 27 avril 2015. » L'assurée a été opérée avec succès en date du 1er novembre 2016. Un rapport d'intervention a été établi le 2 novembre 2016 et transmis à l'assurance-accident. Par décision du 18 octobre 2017, Mutuel Assurances SA a refusé la prise en charge de soins au-delà du 3 juillet 2015. En effet, les troubles au pied gauche de l'assurée qui justifient la réalisation d'une intervention chirurgicale ne pouvaient être mis en relation avec l'événement du 27 avril 2015, à tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante. A l'occasion d'un rapport du 9 novembre 2017, le Dr L. _____ a signifié son désaccord quant à la décision de Mutuel Assurances. Ce médecin a rappelé que l'assurée présentait des Pieds Plats Valgus Constitutionnels des deux côtés depuis son enfance, qui, comme son nom l'indique, sont constitutionnels et non dégénératifs. L'intéressée n'avait présenté aucune douleur avant l'accident du 27 avril 2015. Ce dernier constituait effectivement la cause naturelle et adéquate du dommage, ayant effectivement entraîné une tendinopathie du tibia postérieur, qui était indemne avant l'accident.

- 5 - Le 14 novembre 2017, W. _____ s'est opposée à la décision 18 octobre 2017 reprenant en substance la position de son médecin traitant, le Dr L. _____. Mutuel Assurances SA a interpellé une nouvelle fois son médecin d'arrondissement, le Dr M. _____. Ce dernier a ainsi établi une appréciation complémentaire le 30 janvier 2018, prenant position comme suit : « En effet, pour qu'un événement soit impliqué dans la constitution d'une tendinite ou d'une tendinopathie, il faut une lésion structurelle aiguë,

diagnostiquée dans les suites (court ou moyen terme) de l'événement, en l'occurrence une solution de continuité tendineuse, qu'elle soit partielle ou totale. Ce ne fut pas le cas chez Mme W._____. En revanche, la décompensation d'un jambier postérieur dans le cadre d'un pied plat valgus est une entité nosologique connue, largement reconnue dans la littérature mondiale. Cette décompensation (évolution vers une tendinopathie, ou tendinite, ou insertionite) n'est peut-être pas la règle, mais elle est fréquente en cas de pied plat valgus, quelle que soit son origine. Elle semble plus fréquente chez les sportifs (surmenage), chez les personnes présentant une surcharge pondérale (surmenage), voire chez ceux qui souffrent de troubles systémiques chroniques (troubles micro-vasculaires susceptibles de catalyser une usure par surcharge). En définitive, chez Mme W._____, les conditions furent réunies pour développer une surcharge du jambier (tibial) postérieur, c'est-à-dire une anomalie constitutionnelle et une activité sportive, de surcroît astreignante pour les chevilles/pieds. Aucune « décompensation aiguë » suite à l'événement qui nous occupe n'a été démontrée, en l'absence d'une lésion structurelle abrupte et significative, dans le sens d'une déchirure, fracture, luxation, etc. L'événement du 27 avril 2015, responsable d'une lésion bénigne, a surtout permis de révéler une pathologie préexistante. L'IRM du 3 juillet 2015 ne démontrant pas de lésion traumatique, elle peut constituer la limite atteinte du status quo ante/sine en lien avec l'événement annoncé. Au-delà, il paraît manifeste que le cursus de la cheville gauche (et du pied gauche) de Mme W._____ était en lien avec un état pathologique préexistant. » Le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en rhumatologie ainsi qu'en médecine du sport, a, dans un

- 6 - rapport du 9 août 2018, confirmé le diagnostic de tendinopathie du tibialis postérieur sans pour autant se prononcer sur un lien de causalité entre l'événement du 27 avril 2015 et les douleurs présentées par l'assurée. Il soulignait également que l'intéressée n'avait pas reçu de coup dans la région incriminée. Le dossier a été une nouvelle fois soumis au Dr M._____, afin de tenir compte du protocole opératoire du 2 novembre 2016 et du rapport du Dr H._____ du 9 août 2018. Le médecin d'arrondissement a confirmé ses positions dans un rapport du 28 novembre 2018. Dans une décision sur opposition du 5 décembre 2018, Mutuel Assurances SA a rejeté l'opposition et maintenu la décision attaquée. L'assurance-accident a rappelé que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité. Elle a ensuite confirmé que les troubles du pied gauche pour lesquels l'assurée était en traitement au-delà du 3 juillet 2015 n'étaient manifestement pas en relation de causalité naturelle avec l'événement du 27 avril 2015. B. a) Par acte du 21 janvier 2019, W._____, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Kim-Lloyd Sciboz, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que Mutuel Assurances SA doit prendre en charge l'intégralité des frais médicaux à compter du 4 juillet 2015, notamment les frais liés à l'intervention chirurgicale du 1er novembre 2016. Subsidiairement, elle concluait à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. Elle faisait en substance valoir qu'un lien de causalité naturel et adéquat existait bel et bien entre les soins et les traitements médicaux nécessités par ses douleurs au pied et l'accident du 27 avril 2015. En effet, trois médecins s'étaient prononcés sur son état de santé, tous arrivant à la même conclusion, soit que la recourante souffrait effectivement d'une tendinopathie du tibial postérieur en lien avec l'accident, seul le médecin conseil de l'intimée estimant que les soins nécessités postérieurement au 3 juillet 2015 n'étaient pas en lien

- 7 - de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 27 avril 2015. Par ailleurs, un éventuel état maladif antérieur ne saurait à lui seul justifier une rupture de ce lien de causalité. L'assurée a également requis l'assistance judiciaire et la désignation de Me Sciboz en qualité d'avocat d'office. b) Dans sa réponse du 24 avril 2019, Mutuel Assurances SA a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée. Pour l'assurance-accident, les troubles présentés par l'assurée au-delà du 3 juillet 2015 n'étaient pas en relation de causalité avec l'événement du 27 avril 2015. L'avis médical du Dr M._____ était en ce sens probant, dans la mesure où aucun des avis médicaux présents au dossier ne venait sérieusement remettre en cause ses conclusions. c) Par réplique du 20 mai 2019, l'assurée a confirmé ses conclusions prises à l'occasion de son recours. Elle soutenait que l'avis du Dr M._____ ne saurait être qualifié de probant. Ce dernier a en outre tenu des propos en inadéquation avec le code suisse de déontologie de la FMH, le médecin conseil de l'assurance-accident ayant procédé sans retenue à la critique de ses confrères. d) Dupliquant en date du 11 juin 2019, Mutuel Assurances SA a renvoyé à ses précédentes écritures et a maintenu ses conclusions. Elle a produit un rapport médical établi le 2 mai 2019 dans lequel le Dr H._____ notait qu'il s'agissait de douleurs de surcharge attribuées à un syndrome du canal tarsien, pas du tout attribuées à un problème traumatique. Par ailleurs, on ne saurait considérer que le Dr M._____ est contrevenu au code de déontologie, ce dernier ayant uniquement donné une appréciation différente de la causalité entre des troubles et un événement. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

- 8 - expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Dans le cas d'espèce, le litige a pour objet le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 3 juillet 2015. b) On précisera que les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce, dans la mesure où l'accident subi par le recourant est survenu antérieurement au 1er janvier 2017. 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. b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V

- 9 - 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est

- 10 - manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). 4. a) S'agissant des lésions qui surviennent lors de la pratique d'un sport, le Tribunal fédéral a considéré à diverses reprises que l'existence d'un événement accidentel doit 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 (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 100 p. 925 s.; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2018, n° 30 ad art. 4). Un accident a été admis dans le cas d'un cavalier qui s'est blessé parce que son cheval est tombé tête la première (TFA U 296/05 du 14 février 2006 consid. 2.3) ou d'un joueur victime d'une charge contre la balustrade durant un match de hockey sur glace (ATF 130 V 117 consid. 3). Il a en revanche été nié pour un joueur professionnel de hockey sur glace qui s'est blessé à l'épaule lors d'un tir en frappant la glace avec sa crosse (TF 8C_141/2009 du 2 juillet 2009 consid. 7.2), pour une personne qui a trébuché sur une pierre, sans chuter, lors d'une séance de « nordic walking » (TF 8C_978/2010 du 3 mars 2011 consid. 4.2) ou encore pour une personne qui, à l'occasion d'un plongeon d'une hauteur de sept mètres à la piscine, a subi un choc en raison du mauvais positionnement de son corps lors de la pénétration dans l'eau (TFA U 17/02 du 10 décembre 2002 consid. 2 ; pour d'autres exemples : Frésard/Moser-Szeless, loc. cit. ; Perrenoud, loc. cit.). b) Dans le domaine de l'assurance-accident, il appartient à la personne assurée de rendre plausible que les éléments d'un accident, tel qu'il est défini sont réunis (TF 8C_827/2017 consid. 2.1 et 4.1). Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir ces éléments pour établis ou du moins

- 11 - pour vraisemblables (à ce sujet, voir ATF 139 V 176 consid. 5.3 p. 186; 138 V 218 consid. 6 p. 221 et les références), le juge constatera l'absence de preuves ou d'indices et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident. Les mêmes principes sont applicables en ce qui concerne la preuve d'une lésion assimilée à un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b p. 140). c) Au vu de la description de l'événement du 27 avril 2015 faite par la recourante, il y a lieu de considérer que cet événement ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA. En effet, un facteur extraordinaire excédant, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier d'habituels dans le contexte de la pratique du football, fait défaut. Le fait de taper le pied au sol ne paraît pas extraordinaire dans le cadre de la pratique de ce sport et la recourante n'a allégué aucun incident particulier ayant causé un mouvement non coordonné (chute, glissade,...). Le Dr H. _____ a d'ailleurs précisé que la recourante avait eu des douleurs à la face interne de son pied gauche sans cependant avoir reçu un coup dans la région incriminée (rapport du 9 août 2018). Le présent recours peut ainsi être rejeté pour ce seul motif. 5. Par souci d'exhaustivité, il sied d'examiner les différentes pièces médicales versées au dossier afin de déterminer un lien de causalité entre l'événement, non-accidentel, du 27 avril 2015 et les douleurs ressenties par la recourante nécessitant des soins au-delà du 3 juillet 2015. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour

- 12 - lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). c) En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 6. a) Compte tenu de la jurisprudence précitée, on constate que les rapports médicaux du médecin conseil, le Dr M. _____, apparaissent comme probants. Ils prennent en compte l'entier du dossier médical de la recourante, sont fondés sur des éléments objectifs et comprennent des conclusions claires, détaillées et convaincantes. Particulièrement, le Dr M. _____ expose de manière détaillée les raisons pour lesquelles

la

- 13 - décompensation d'un jambier postérieur dans le cadre d'un contexte de pied plat valgus est intervenue, soit la réalisation de plusieurs facteurs de risques, au contraire d'une atteinte traumatique. Il remarque en outre que pour qu'un événement soit impliqué dans la constitution d'une tendinite ou d'une tendinopathie, une lésion structurelle aiguë (dans le sens d'une déchirure, fracture, luxation) diagnostiquée dans les suites de l'événement est nécessaire, ce qui n'est pas le cas chez la recourante. Contrairement à la position de la recourante, les conclusions du Dr M. _____ ne sauraient être remises en cause par les éléments médicaux présents au dossier. En effet, le Dr L. _____ fonde la causalité uniquement sur le principe post hoc, ergo propter hoc, élément qui n'est pas suffisant afin d'établir un rapport de causalité naturelle avec l'événement du 27 avril 2015 (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb et consid. 3 du présent arrêt) et s'abstient d'apporter les éléments médicaux nécessaires afin de justifier un tel lien de causalité. Par ailleurs, la position du Dr M. _____ est partagée tant par le Dr C. _____ qui, à l'occasion de ses premières constatations (rapport médical du 11 mai 2015) évoque déjà une douleur à la voûte plantaire gauche sur probable surcharge musculaire, que par le Dr H. _____ qui, dans son dernier rapport du 2 mai 2019, relève l'origine essentiellement dégénérative des douleurs de la recourante et non attribuées à une lésion traumatique. Quant au Dr K. _____, dans son second rapport, plus détaillé et établi en date du 17 mars 2016, il ne se prononce pas directement sur le lien de causalité querellé. Ainsi, on peine à cerner le raisonnement de la recourante qui soutient que l'entier des médecins consultés, à l'exception du Dr M. _____, soutiennent l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs et l'événement du 27 avril 2015. Sur le vu de ce qui précède, la position du Dr M. _____ retenant que les douleurs ressenties au niveau de la cheville gauche et du pied gauche de la recourante nécessitant notamment une intervention

- 14 - chirurgicale étaient en lien avec un état pathologique préexistant et non avec l'événement du 27 avril 2015, peut être suivie. b) On relèvera également que l'atteinte dont souffre la recourante ne saurait être considérée comme une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 aLAA et de l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance sur l'assurance- accident ; RS 832.202), la tendinopathie ne figurant pas sur la liste détaillée à cet article, cette dernière comprenant uniquement les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures de muscles, les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan, dite liste étant exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1). c) Finalement, quant au grief relatif à l'absence de déontologie du Dr M. _____, il peut être écarté. Le fait d'apporter une appréciation différente sur une problématique médicale ne saurait constituer une atteinte au Code de déontologie de la Fédération des médecins suisses, la sollicitation d'un second avis médical étant pratique courante dans l'exercice de la profession de médecin. Par ailleurs, à la lecture des rapports établis par le Dr M. _____, à aucun moment ce médecin ne tient des propos inconvenants, respectivement des attaques personnelles formulées à l'encontre des autres médecins consultés par la recourante. d) Les griefs formulés par la recourante sont ainsi tous infondés, ce qui justifie le rejet du recours. 7. A l'occasion de son recours déposé le 21 janvier 2019, la recourante a requis l'assistance judiciaire et la désignation de Me Sciboz en qualité d'avocat d'office. Elle indiquait également que les documents nécessaires seraient transmis à la Cour de céans par pli séparé. a) Selon l'art. 29 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), toute personne qui ne dispose pas de

ressources suffisantes a droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire

- 15 - gratuite. Elle a en outre droit à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. b) L'art. 18 al. 1 LPA-VD – qui s'applique à la procédure devant les autorités administratives, y compris la procédure de réclamation, et à la procédure de recours de droit administratif – prévoit que l'assistance « judiciaire » est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés. Selon l'art. 18 al. 2 LPA-VD, si les circonstances de la cause le justifient, l'autorité peut désigner un avocat d'office pour assister la partie au bénéfice de l'assistance judiciaire. Aux termes de l'art. 18 al. 3 LPA-VD, les autorités administratives sont compétentes pour octroyer l'assistance judiciaire pour les procédures qu'elles mènent. L'octroi de l'assistance judiciaire est soumis à trois conditions cumulatives, à savoir l'indigence du requérant, la nécessité de l'assistance, respectivement celle de la désignation d'un avocat et les chances de succès de la démarche entreprise (cf. Bernard Corboz, *Le droit constitutionnel à l'assistance judiciaire*, in: SJ 2003 II p. 66- 89, ch. 7 let. a p. 75). Le Tribunal fédéral considère le droit à l'assistance judiciaire comme une émanation du principe de l'égalité des armes, en particulier lorsqu'il s'agit d'examiner le droit éventuel à un conseil d'office et que la partie adverse est assistée. Cependant, il n'existe pas d'automatisme dans ce cas et il convient de prendre en considération les circonstances concrètes du cas d'espèce (ATF 128 I 225 consid. 2.5; TF 8C_376/2014 du 14 août 2014 consid. 3.3. et les références) et de se demander si un administré ou un justiciable raisonnable et de bonne foi, présentant les mêmes caractéristiques que le requérant, disposant cependant de moyens suffisants, ferait appel à un mandataire professionnel (TF 5A_244/2014 du 25 juin 2014 consid. 4.2.1 et les références). Il se justifie en principe de désigner un avocat d'office à l'indigent lorsque sa situation juridique est susceptible d'être affectée de manière particulièrement grave par l'issue de la procédure concernée; lorsque, sans être d'une portée aussi capitale,

- 16 - la procédure met sérieusement en cause les intérêts de l'intéressé, il faut en outre que l'affaire présente des difficultés en fait et en droit que l'intéressé ne peut surmonter seul (ATF 144 IV 299 consid. 2.1 et la référence). Le point décisif est toujours de savoir si la désignation d'un avocat d'office est objectivement nécessaire dans le cas d'espèce. A cet égard, il faut tenir compte des circonstances concrètes de l'affaire, de la complexité des questions de fait et de droit, des particularités que présentent les règles de procédure applicables, des connaissances juridiques du requérant ou de son représentant, du fait que la partie adverse est assistée d'un avocat et de la portée qu'a pour le requérant la décision à prendre, avec une certaine réserve lorsque sont en cause principalement ses intérêts financiers (ATF 123 I 145 consid. 2b/cc; TF 1B_2013/2016 du 28 septembre 2016 consid. 2.1; 1D_1/2013 du 7 mai 2013 consid. 5.2). c) D'après la jurisprudence, un procès est dépourvu de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une personne raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter; il ne l'est pas, en revanche, lorsque les chances de succès et les risques d'échec s'équilibrent à peu près, ou que les premières ne sont que légèrement inférieures aux secondes. La situation doit être appréciée à la date du dépôt de la requête et sur la base d'un examen sommaire (ATF 133

III 614 consid. 5 et les arrêts cités). Il est ainsi déterminant de savoir si une partie qui disposerait des ressources financières nécessaires se lancerait ou non dans le procès après une analyse raisonnable. Une partie ne doit pas pouvoir mener un procès qu'elle ne conduirait pas à ses frais, uniquement parce qu'il ne lui coûte rien (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1). d) En application de l'art. 97 CPC (applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), le tribunal doit renseigner la partie non assistée d'un mandataire professionnel sur les conditions de l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite et sur les informations requises pour pouvoir trancher

- 17 - cette question (ATF 120 Ia 179 consid. 3a; arrêts 5A_726/2014 du 2 février 2015 consid. 4.3; 5A_451/2012 du 27 août 2012 consid. 2.1; 4A_675/2012 du 18 janvier 2013 consid. 7.2). Le juge doit en conséquence inviter la partie non assistée d'un mandataire professionnel dont la requête d'assistance judiciaire est lacunaire à compléter les informations fournies et les pièces produites afin de pouvoir vérifier si les conditions de l'art. 117 CPC sont valablement remplies (arrêts 5A_382/2010 du 22 septembre 2010 consid. 3.2.2; 4A_661/2010 du 16 février 2011 consid. 3.5). Ce devoir d'interpellation du tribunal, déduit de l'art. 56 CPC, vaut avant tout pour les personnes non assistées et juridiquement inexpérimentées (Haldy, in: Code de procédure civile commenté, 2011, n° 3 ad art. 56 CPC). Il est en effet admis que le juge n'a pas, de par son devoir d'interpellation, à compenser le manque de collaboration qu'on peut raisonnablement attendre des parties pour l'établissement des faits, ni à pallier les erreurs procédurales commises par ces dernières (arrêts 4A_114/2013 du 20 juin 2013 consid. 4.3.2; 5A_115/2012 du 20 avril 2012 consid. 4.5.2; 4A_169/2011 du 19 juillet 2011 consid. 5.4). Or, le plaideur assisté d'un avocat ou lui-même expérimenté voit son obligation de collaborer accrue dans la mesure où il a connaissance des conditions nécessaires à l'octroi de l'assistance judiciaire et des obligations de motivation qui lui incombent pour démontrer que celles-ci sont remplies. Le juge n'a de ce fait pas l'obligation de lui octroyer un délai supplémentaire pour compléter sa requête d'assistance judiciaire lacunaire ou imprécise (TF 5A_380/2015 consid. 3.2.2 ; voir également Wuffli, Die unentgeltliche Rechtspflege in der Schweizerischen Zivilprozessordnung, Zurich/St-Gall 2015, n° 657 à 659; s'agissant de la condition des chances de succès: Huber, in: ZPO Schweizerische Zivilprozessordnung Kommentar, Zurich/St-Gall 2011, n° 7 ad art. 119 CPC). e) Dans le cas d'espèce, on constate que la demande d'assistance judiciaire déposée par la recourante est incomplète et ne permet pas de constater l'indigence de la recourante. En effet, cette dernière n'a produit aucune pièces justificative ni même entièrement exposé sa situation financière, malgré avoir indiqué produire

- 18 - prochainement les documents nécessaires. Une interpellation de la part de la Cour de céans à ce sujet n'est pas nécessaire. En effet, la recourante a vu son obligation de collaboration accrue dans la mesure où elle était assistée d'un mandataire professionnel, ce dernier ayant connaissance des modalités nécessaires au dépôt d'une telle demande. Il n'appartient pas au juge d'assister un avocat dans la demande d'assistance judiciaire déposée au nom de son client. Ensuite, on relèvera que la cause était dénuée de chances de succès. En effet, un événement accidentel fait en l'occurrence défaut, cette seule constatation annihilant d'ores et déjà les chances de succès d'une procédure en matière d'assurance-accident. Par ailleurs, aucun lien de causalité entre les troubles et l'événement du 27 avril 2015 n'a été rendu vraisemblable, la recourante ne se fondant que sur le seul avis, isolé et non-objectivé, de son médecin traitant, en prétendant en outre de manière

erronée que les autres spécialistes consultés étaient du même avis. Ainsi, la requête d'assistance judiciaire doit être rejetée pour la présente procédure de recours. 8. a) Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 19 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 5 décembre 2018 par Mutuel Assurances SA est confirmée. III. La requête d'assistance judiciaire déposée 21 janvier 2019 par W. _____ pour la procédure de recours est rejetée. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Sciboz, pour la recourante, - Mutuel Assurances SA, - l'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

- 20 - 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 :

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