

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 et 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1 et 16 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante espagnole née en 1965, travaillait comme nettoyeuse pour le compte d'I. _____ SA au taux de 31 % depuis le 22 août 2013. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 septembre 2013, l'assurée est tombée sur le sol d'une chambre d'hôtel durant son travail et s'est blessée au niveau de la jambe et du bras droits (cf. déclaration d'accident du 11 novembre 2013).

La CNA a pris le cas en charge.

Le 7 octobre 2013, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale, a rédigé un certificat médical faisant état d'une incapacité de travail totale du 29 septembre au 13 octobre 2013, qu'il a prolongée le 16 octobre 2013 au 23 octobre 2013.

Selon l'ultrason du mollet droit du 22 novembre 2013, il n'y avait pas de rupture partielle ou totale, fraîche ou ancienne, du talon d'Achille (cf. rapport du 25 novembre 2013 des Drs T. _____ et J. _____, spécialistes en radiologie).

Selon l'écho-Doppler du mollet droit du 5 décembre 2013 du Dr B. _____, spécialiste en radiologie, il n'y avait pas de signe de thrombose veineuse profonde dudit mollet, mais un status après déchirure et décollement myo-aponévrotique de la partie distale du muscle jumeau interne, avec persistance d'un léger épaissement de la cloison inter-aponévrotique et d'une discrète rétractation musculaire.

Le 5 décembre 2013, le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que la

patiente présentait toujours des plaintes au niveau de la musculature du mollet droit. Toutefois, les constatations sonographiques permettaient d'exclure une importante lésion musculaire. Un contrôle à six semaines était prévu.

L'assurée a fait par la suite de la physiothérapie.

Dans son rapport du 25 mars 2014 à la CNA, le Dr W. _____ a indiqué que la patiente ne s'était pas présentée au rendez-vous de suivi.

Le 14 avril 2014, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, a posé les diagnostics de déchirure du mollet droit le 28 septembre 2013 et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, en relevant que l'assurée prétendait ne pas pouvoir travailler étant donné les douleurs résiduelles surtout en orthostatisme. Il a fait état d'un pronostic favorable, avec reprise du travail à 50 % prévue le 1^{er} mai 2014.

Les conclusions de l'échographie du mollet droit du 17 avril 2014 du Dr B. _____ avaient la teneur suivante :

« Remaniement hypoéchogène d'aspect plutôt cicatriciel, siégeant sur la zone d'insertion distale et pré-aponévrotique du muscle jumeau interne du mollet droit. Pas d'élément échographique en faveur d'une redéchirure. »

Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la jambe droite du 6 mai 2014 du Dr E. _____, spécialiste en radiologie, hormis une petite zone d'altération de signal de la jonction myo-tendineuse du jumeau interne droit distal (diagnostic différentiel : petite cicatrice résiduelle), le reste de l'examen était sans problème.

Le 6 mai 2014, le Dr K. _____ a posé le diagnostic de déchirure du jumeau droit interne. Il a constaté une évolution qui avait été étonnement lente avec des douleurs persistantes à la station debout, même récidivantes lors d'un effort sur la pointe des pieds, si bien qu'un nouvel ultrason avait été nécessaire récemment. Le pronostic demeurait

favorable avec reprise à 50 % le 1^{er} mai 2014, le Dr K._____ relevant toutefois au titre des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison un désir d'obtenir des prestations plus importantes de la part de l'assurance.

Selon le rapport d'IRM lombaire du 13 mai 2014 du Dr E._____, l'assurée présentait des discopathies débutantes étagées, à peine protrusives en L4-L5 et L5-S1 mais sans conflit disco-radicaire, une légère spondylarthrose L4-L5, une ostéophytose et un léger pincement discal en D11-D12 ainsi qu'un kyste cortical polaire inférieur du rein droit.

Le 21 mai 2014, le Dr F._____, médecin praticien, a posé le diagnostic de lésion myo-tendineuse du jumeau interne du mollet droit récidivante après mauvaise cicatrisation, faisant toutefois état d'une nette amélioration de la symptomatologie.

Un nouvel écho-Doppler artériovoineux du membre inférieur droit a été effectué le 31 juillet 2014. Le Dr B._____ a relevé ce qui suit dans son rapport du même jour :

« Pas d'anomalies significatives mises en évidence sur les veines et les artères du membre inférieur droit.

Remaniement hypoéchogène d'allure cicatricielle de la zone d'insertion distale du muscle jumeau interne avec discret épaissement de la cloison interaponévrotique. Pas de nouvelle lésion ni d'hématome récemment apparu. »

Le 18 août 2014, le Dr Y._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait savoir à la CNA qu'il avait examiné l'assurée le 19 juin 2014 à la demande de son médecin traitant qui l'avait mise à l'arrêt depuis le 3 mai 2014 par suite de l'accident du 28 septembre 2013. Le Dr Y._____ a expliqué avoir également examiné les rapports d'imagerie, et avoir mis la patiente sous anti-inflammatoire non stéroïdien, notant un syndrome « psycho somatoforme » assez important. Il avait reconnu une reprise du travail à 100 % pour le 28 juillet 2014 et avait signalé à son médecin traitant

qu'elle était parfaitement capable de travailler. Son dernier contrôle avait eu lieu le 29 juillet 2014.

Selon le rapport d'écho-Doppler du jumeau interne et des veines jumelles du 14 octobre 2014 du Dr S._____, spécialiste en radiologie, l'image était compatible avec une petite cicatrice fibreuse sur ancienne déchirure au tiers moyen du jumeau interne mesurant tout au plus 1,5 cm de hauteur x 1,2 cm x 0,5 cm. Il n'y avait pas de thrombose associée, ni d'autre anomalie mise en évidence. Il n'y avait pas de déchirure musculaire aiguë.

L'assurée a déposé le 15 octobre 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant quant au genre de l'atteinte « claquage, rupture et décollement du mollet droit » existant depuis le 28 mars [recte : septembre] 2013.

Le 18 octobre 2014, le Dr F._____ a posé le diagnostic de déchirure fibrosée du jumeau interne droit avec persistance de douleurs à plus de dix-huit mois et récurrence régulière.

Le 3 novembre 2014, le Dr Y._____ a posé le diagnostic de claquage du jumeau interne de la jambe droite. L'assurée l'avait consulté les 19 juin, 24 juin, 12 juillet et 18 août 2014. Pour ce médecin, le travail pouvait être repris le 28 juillet 2014, date dès laquelle il avait reconnu une capacité de travail de 100 %. Il a expliqué avoir refusé de prolonger l'arrêt car la capacité était réelle.

L'assurée a été examinée le 12 février 2015 par le Dr H._____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 17 mars 2015, ce médecin a posé le diagnostic de status dix-huit mois après déchirure musculaire du jumeau interne droit au tiers médian. Le Dr H._____, après avoir résumé son examen de l'assurée, a fait l'appréciation suivante du cas :

« **Appréciation**

Il s'agit d'une patiente de 50 ans, 48 au moment des faits, employée dans une entreprise de nettoyages, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Du point de vue médical, l'examen clinique de ce jour ne permet pas de mettre en évidence de tuméfaction, d'érythème ou de gradient thermique à hauteur du mollet D [réd. : droit]. A notre sens, nous sommes en présence d'une morphologie tout à fait symétrique et physiologique. En ce qui concerne la mobilité articulaire, celle-ci est dans la norme tant au niveau du genou que de la cheville D [réd. : droite].

Enfin, l'examen du rachis lombaire ne met pas en évidence de contracture significative avec une DDS [réd. : distance doigts-sol] de 10 cm et surtout une mobilité parfaitement indolore tant en rotations qu'en inclinaisons du tronc.

Sur la base de notre examen clinique ainsi que sur les constatations faites au dernier examen par ultrasonographie du 14.10.2014, nous devons admettre que la lésion musculaire est cicatrisée. De ce fait, nous n'avons aucune proposition thérapeutique particulière à formuler.

Du point de vue asséurologique, l'examen de ce jour ne met en évidence aucune limitation fonctionnelle nous permettant de justifier une incapacité même partielle dans la profession exercée.

S'agissant des lombalgies, nous précisons qu'une IRM lombaire a permis de mettre en évidence des lésions dégénératives sous la forme de discopathies débutantes étagées à peine protrusives en L4-L5 et L5-S1, sans conflit disco-radiculaire ainsi qu'une spondylarthrose L4-L5. De plus, l'examen clinique ne nous permet pas de mettre en évidence d'anomalie fonctionnelle à ce niveau avec en particulier l'absence d'une myogélose lombaire et une mobilité indolore en rotations et en inclinaisons du tronc.

Compte tenu d'une apparition tardive et des éléments cités ci-dessus, nous estimons que les lombalgies dont se plaint l'assurée sont sans relation de causalité avec l'événement qui nous occupe. »

Par décision du 14 avril 2015, la CNA a fait savoir à l'assurée qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 28 septembre 2013 et les troubles déclarés. La CNA ne pouvait dès lors pas allouer les prestations d'assurances.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 15 mai 2015. Elle a complété son opposition le 5 août 2015 en faisant valoir un suivi régulier auprès du Dr F. _____, des traitements de physiothérapie, l'absence de

reprise du travail, sa reconversion professionnelle auprès de l'assurance-invalidité, un suivi psychiatrique et une vie dans un stress permanent lié à l'instabilité de sa situation et à l'incertitude sur son avenir, estimant que si l'accident n'avait pas eu lieu, elle n'en serait pas là.

Par décision sur opposition du 19 août 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a toutefois précisé que malgré le libellé de la décision, la CNA Zurich avait accepté d'intervenir et avait versé les prestations d'assurance jusqu'au 13 mars 2015.

B. Par acte daté du 18 septembre 2015, reçu le 22 septembre 2015 au greffe de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, V._____ a recouru contre cette décision, en concluant implicitement à la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance en sa faveur et subsidiairement à ce qu'une reconversion professionnelle lui soit reconnue dans une activité lui permettant de travailler en alternant les positions debout et assise, estimant que sa situation allait demeurer chronique, et qu'elle possède des certificats fédéraux de capacité (CFC) de professeur de sport et de coiffeuse qu'elle ne pouvait plus utiliser depuis l'accident. En substance, elle a fait valoir qu'elle suivait encore de la physiothérapie à la suite de l'accident du 28 septembre 2015 [recte : 2013], qu'elle avait toujours de fortes douleurs au niveau du mollet droit et n'était pas encore apte à reprendre le travail, requérant que la CNA prenne en charge son cas jusqu'à ce qu'il y ait guérison et que ses médecins traitants soient d'accord de lui fournir un certificat de travail (sic) confirmant qu'elle était apte à reprendre le travail. A ses yeux, les documents radiologiques attestaient de son incapacité à reprendre le travail, la recourante reprochant au Dr Y._____ de l'avoir remise au travail sans connaître son cas ni son évolution, alors que son médecin traitant habituel l'avait remise à l'arrêt. Avec son écriture, la recourante a produit un rapport d'écho-Doppler du 27 juillet 2015 du Dr B._____, lequel faisait état d'un aspect échographique peu évolutif comparativement à l'examen du 17 avril 2014, notant un remaniement cicatriciel de la zone d'insertion distale du chef médial du muscle gastrocnémien du mollet droit, associé à un léger épaissement de la

cloison inter-aponévrotique, séparant le muscle jumeau interne du soléaire. Elle a également produit plusieurs certificats médicaux du Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, faisant état d'une incapacité de travail totale, ainsi qu'un courrier du Dr F._____ du 26 septembre 2014 qui mentionnait une déchirure musculaire ayant entraîné une séquelle fibreuse du muscle du mollet droit générant une faiblesse permanente, nécessitant fort probablement un acte chirurgical.

Dans sa réponse du 6 octobre 2015, la CNA a conclu au rejet du recours.

Le 4 mai 2016, la recourante a encore produit un rapport du 19 février 2016 du Dr F._____ selon lequel sa situation médicale ne lui permettait plus d'exercer son ancien métier, une reconversion professionnelle étant nécessaire. Elle a par ailleurs exposé que sa situation s'était décompensée à la suite de l'accident, et que cela avait provoqué une grande angoisse et une possible dépression.

La CNA a maintenu sa position en duplique du 23 mai 2016.

C. Le dossier de la recourante auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a été produit et les parties ont été invitées à le consulter.

Il en résulte en particulier que l'intéressée a bénéficié de la prise en charge par l'OAI de plusieurs mesures sous forme d'orientation professionnelle auprès d'I._____, destinées à l'aider à se réinsérer. Selon une note d'entretien établie le 6 août 2015 lors d'un passage spontané de l'assurée auprès de l'OAI, cette dernière s'était plainte de sa conseillère auprès d'I._____, en relevant notamment que les « grands maîtres Tibétains » lui avaient dit qu'elle [réd. : sa conseillère] n'était « pas nette ». Les conclusions du rapport d'I._____ du 7 septembre 2015 ont la teneur suivante :

« Mme V._____ nous a informé à de nombreuses reprises qu'elle vivait avec beaucoup de stress. Ses problèmes habituels sont

toujours présents : elle cherche un appartement et son fils n'a pas encore trouvé d'apprentissage, il va rentrer dans la mesure Forjad pour laquelle il fallait fournir beaucoup de documents. Elle doit également gérer des poursuites reçues injustement. Et le plus important, Mme V. _____ vit une pression en rapport à son permis de séjour en Suisse et elle veut trouver au plus rapidement un emploi.

En parallèle, elle doit aussi gérer ses douleurs. Récemment, elle a vu son médecin de famille qui a constaté une hypertension artérielle et lui a donné un traitement qui relaxe entre autre ses muscles. Elle ressent aussi régulièrement un fort mal de tête du côté droit. Durant le temps de la prolongation elle a ralenti le rythme, elle est devenue un peu plus calme et, comme elle dit, moins angoissée. Elle essaie d'écouter davantage son corps qui lui montre clairement des limites.

Il n'était pas toujours simple d'accompagner Mme V. _____. Nous lui avons souvent rappelé les objectifs de la prolongation de la mesure : la recherche de stage comme aide de bureau dans le but d'effectuer une expérience professionnelle dans ce domaine en Suisse et d'acquérir des nouvelles compétences.

La fois suivante, elle venait avec des idées complètement opposées aux démarches convenues. Par exemple, Mme V. _____ avait envie de se mettre à son compte et de demander des aides pour acheter une remorque dans laquelle elle voulait faire des « churros espagnols » et les vendre partout en Suisse. Quand elle a une idée en tête, elle apparait avec une persuasion telle que l'interlocuteur n'a aucune chance de s'exprimer. Elle donne une impression d'écouter, mais ne change rien de ce qu'elle a prévu. Si nous ne la soutenons pas, elle a tendance à se fermer ou encore à nous estimer responsable.

Concernant le projet comme indépendante, elle a cherché des informations partout et a appris que la réalisation serait impossible et elle a finalement abandonné. Cette dispersion est un frein sérieux pour sa réinsertion professionnelle.

Après ce détour, nous sommes revenus à nos tâches prévues au départ. Nous avons rappelé à Mme V. _____ de consulter des annonces et nous l'avons inscrite aux ateliers concernant des contacts directs avec les décideurs : « téléphone » et « entretien d'embauche. » Elle a pris des informations pour un poste dans le domaine de la sécurité. Nous l'avons encouragée à proposer un stage. Au départ, elle nous a transmis un vif intérêt du responsable chez [...], mais à ce jour, elle n'a pas procédé à d'autres contacts avec lui. Elle possède une candidature pour le projet l'aide (sic) dans les bureaux. En parallèle à sa participation chez I. _____, Mme V. _____ a bénéficié des services de la commune de [...] et a vu de temps à autre la personne qui accompagne les demandeurs d'emploi. Nous espérons qu'elle a compris finalement comment cibler chaque postulation. Par une de ses connaissances, Mme V. _____ a présenté son CV chez [...] à [...], mais n'a pas obtenu suite à cette démarche.

Mme V. _____ n'a pas participé à l'atelier « téléphone », mais est venue à l'atelier de prospection intensive. Elle a effectué une

trentaine d'appels téléphoniques et a eu d'assez bons résultats. Suite à ses actions concrètes, elle a eu la possibilité d'envoyer 16 dossiers de candidature ! Mme V._____ a commencé récemment à s'intéresser aux postes d'hôtesse d'accueil à [...]. À plusieurs reprises elle a désiré des cours d'anglais car cette compétence est très demandée et elle estime que ce manque de connaissances linguistiques est la raison principale des échecs de ses postulations. Elle désire également une formation très couteuse en tant que hôtesse d'accueil. Elle imagine pouvoir effectuer un stage dans cet organisme de formation et par la même occasion se former.

Le secteur social et l'aide aux personnes l'intéressait beaucoup et nous avons maintenu l'idée de stage comme aide bureau dans un EMS, foyer ou institution. Mme V._____ n'a malheureusement pas persisté.

Il est aussi difficile d'écrire ce bilan car Mme V._____ a tellement changé, passé d'un domaine ou d'un métier à l'autre. Elle peut être très touchante dans son enthousiasme, cependant un tel niveau de déstructuration était parfois décourageant. Quelques fois, elle était cohérente, elle comprenait et expliquait son fonctionnement, mais elle restait dans l'incapacité de changer, de passer à un niveau plus profond vers la recherche de solution.

Elle termine la mesure en disant qu'elle est actuellement davantage prête à reprendre une activité professionnelle, mais de temps à autre, nous remarquons encore le décalage entre sa perception et la réalité du marché du travail.

Dans la continuité de ses démarches, il sera souhaitable qu'elle :

1. Consulte des offres d'emploi
2. Effectue des appels téléphoniques pour demander des entretiens
3. Relance toutes les postulations

Elle quitte la mesure dans un état plus calme, elle ne semble plus être dans les actions en permanence. Lors des deux dernières semaines, elle a trouvé un certain rythme dans ses recherches, nettement plus dynamique qu'auparavant et elle a surtout gagné en autonomie. Même au niveau d'image extérieure, les changements sont visibles.

Mme V._____ n'a plus jamais contacté la psychiatre qu'elle a vu une fois au début de notre collaboration. »

Selon le rapport de la Dresse C._____ du Service médical régional assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 27 août 2015, ni au moment du traumatisme, ni lors de l'examen du 12 février 2015, des limitations fonctionnelles empêchant une activité n'avaient été relevées, si

bien qu'il n'y avait pas lieu de retenir une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

Par projet de décision du 7 septembre 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente et au reclassement.

Le Dr U._____, spécialiste en neurochirurgie, a pour sa part relevé ce qui suit dans son rapport du 5 avril 2016 à l'OAI :

« Madame, Monsieur,

Vous trouverez ci-joint une copie de mon unique consultation qui vous renseignera partiellement sur l'état de santé de cette patiente.

Il s'agit d'une professeur de sport à temps partiel ainsi que coiffeuse à temps partiel, son activité professionnelle me paraît fortement compromise, en tout cas dans une activité physique actuellement.

Il serait judicieux de vérifier quelles sont les possibilités de réinsertion professionnelle dans un métier moins « sportif » ».

Le Dr U._____ a pour le surplus posé les diagnostics de status après déchirure musculaire au mollet droit (muscle jumeau), de douleurs musculo-tendineuses multiples avec dysbalance musculaire et de tendinopathies multiples. Il a noté que la patiente avait présenté un accident il y a environ 18 mois lors d'un sprint ; elle était monitrice de sport à l'époque où elle avait ressenti une violente douleur du mollet droit ; on lui avait diagnostiqué une déchirure du muscle jumeau. Elle avait développé progressivement des douleurs le long du trajet du sciatique à droite, des douleurs lombaires basses, dans la fesse droite, des douleurs à la jonction thoraco-lombaire et des douleurs également de nuque. L'examen neurologique sommaire montrait des points musculo-tendineux très douloureux multiples dans la région sacro-iliaque, des points d'insertion sur la crête iliaque, rétro-tronconthérienne ; le Dr U._____ avait arrêté l'examen en raison des douleurs induites par ses palpations. L'IRM lombaire était à considérer comme totalement normale pour l'âge. A ses yeux, la patiente souffrait de douleurs musculo-tendineuses multiples, possiblement sur un déséquilibre induit par la boiterie suite à son accident

de sport. D'un point de vue neurochirurgical il n'y avait strictement aucune sanction à proposer et certainement pas non plus d'infiltration péridurale. Cette patiente devrait être entreprise en traitement multidisciplinaire, l'aide d'un spécialiste de médecine physique et rééducation de médecine du sport pouvant être utile, de même qu'une prise en charge de chiropraxie, d'antalgie dans un centre d'antalgie et la pratique de médecine alternative par exemple l'acupuncture. Le Dr U. _____ déclarait toutefois ignorer la véritable raison des douleurs, évoquant l'hypothèse d'une dysbalance musculaire.

Figure enfin dans le dossier de l'assurance-invalidité un courrier du 9 avril 2016 de la Dresse P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a expliqué ne pas être en mesure de répondre aux questions de l'OAI, dans la mesure où elle n'avait vu cette patiente qu'une ou deux fois à sa consultation de manière très erratique, et ne disposait donc pas d'assez de renseignements pour pouvoir préciser les aspects diagnostics et de potentielle incapacité de travail.

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).

Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer.

b) Ayant été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est dès lors recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; 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 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance au-delà du 13 mars 2015, singulièrement sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et les troubles allégués au niveau du mollet droit, respectivement au plan psychiatrique.

3. a) Aux termes de 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur 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 la survenance de l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). 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) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

c) En présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave (ATF 115 V 133 consid. 6 et 7 ; 403 consid. 5 et 6 ; TF 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.2).

4. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la

personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1).

b) Selon l'art. 43 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 (al. 1). 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 (al. 2). 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).

5. En l'espèce, la recourante fait pour l'essentiel valoir qu'elle fait encore de la physiothérapie à la suite de l'accident du 28 septembre 2015 [recte : 2013], qu'elle a toujours de fortes douleurs au niveau du mollet droit et qu'elle n'est pas apte à reprendre le travail, estimant qu'il incombe à la CNA de prendre en charge les suites dudit accident jusqu'à ce qu'elle soit guérie et que ses médecins traitants certifient de son aptitude à reprendre le travail.

a) Sur le plan somatique, l'atteinte dont la recourante a souffert à la suite de l'événement du 28 septembre 2013 est uniquement celle du mollet droit. Tous les médecins s'accordent également quant au fait que ladite atteinte a consisté en une déchirure du muscle jumeau interne (cf. rapport d'écho-Doppler du 5 décembre 2013 du Dr B._____, rapports du Dr K._____, des 14 avril 2014 et 6 mai 2014, rapport du Dr F._____, du 21 mai 2014).

Les examens d'imagerie mis en œuvre ont permis d'exclure en particulier une rupture, partielle ou totale, fraîche ou ancienne, du talon d'Achille (cf. rapport d'ultrason du mollet droit du 25 novembre 2013 des Drs T._____ et J._____), de même qu'une thrombose veineuse profonde du mollet droit (cf. rapport du Dr B._____ du 5 décembre 2013). Quant à l'IRM lombaire, elle a établi l'existence de discopathies débutantes étagées, à peine protrusives en L4-L5 et L5-S1 mais sans conflit disco-radiculaire, d'une légère spondylarthrose L4-L5, d'une ostéophytose et d'un léger pincement discal en D11-D12 ainsi que d'un kyste cortical polaire inférieur du rein droit (cf. rapport du 13 mai 2014 du Dr E._____), étant constant que ces atteintes sont de nature dégénérative et non imputables à l'événement accidentel (cf. rapport du Dr H._____ du 17 mars 2015).

S'agissant de l'évolution de la déchirure du muscle jumeau interne, le Dr W._____ a expliqué le 5 décembre 2013 que sa patiente présentait toujours des plaintes à ce niveau, mais que les constatations sonographiques permettaient d'exclure une importante lésion musculaire. De l'avis du Dr K._____, le pronostic était favorable, avec une reprise

d'activité à 50 % dès le 1^{er} mai 2014 (cf. rapport du 14 avril 2014). Du reste, une redéchirure a été écartée (cf. rapport du 17 avril 2014 du Dr B._____) et l'IRM de la jambe droite a permis de faire état d'un examen sans problème hormis une petite zone d'altération de signal de la jonction myo-tendineuse du jumeau interne droit distal (diagnostic différentiel : petite cicatrice résiduelle ; cf. rapport d'IRM du 6 mai 2014 du Dr E._____. Le Dr K._____ a confirmé le 6 mai 2014 qu'à ses yeux, le travail pouvait être repris à 50 % dès le 1^{er} mai 2014, relevant cependant comme circonstances pouvant influencer défavorablement le processus de guérison un désir de la patiente d'obtenir des prestations plus importantes de la part de l'assurance. Quoi qu'il en soit, le Dr F._____ a lui aussi indiqué en mai 2014 une amélioration nette de la symptomatologie. Le rapport d'écho-Doppler du B._____ du 31 juillet 2014 a également permis de constater l'absence de nouvelle lésion et d'hématome récemment apparu au niveau du membre inférieur droit.

C'est dans ce contexte que le Dr Y._____ a examiné l'assurée. Ce spécialiste ne s'est pas limité à la voir à une seule occasion, mais l'a rencontrée les 19 juin, 24 juin, 12 juillet et 18 août 2014. C'est en outre le médecin traitant de l'assurée qui la lui avait adressée, ce médecin l'ayant mise en arrêt depuis le 3 mai 2014. Or de l'avis du Dr Y._____, l'assurée était apte à reprendre son activité à 100 % le 28 juillet 2014 (cf. rapport du 18 août 2014). Interpellé par la CNA, ce spécialiste a répété le 3 novembre 2014 que la capacité de travail de l'assurée était totale dès le 28 juillet 2014, et qu'il avait dès lors refusé de prolonger l'arrêt de travail, la capacité de travail étant réelle.

L'assurée a ensuite été examinée par le Dr H._____, qui, comme le Dr Y._____, est spécialiste en chirurgie orthopédique. Le Dr H._____ a fait une appréciation du cas en tout point semblable à celle du Dr Y._____ : il a en particulier posé le diagnostic de status 18 mois après déchirure musculaire du jumeau interne droit au tiers médian, comme les autres médecins. A l'examen, il a constaté que la morphologie était tout à fait symétrique et physiologique. La mobilité articulaire était dans la norme tant au niveau du genou que de la cheville droite. Le Dr H._____

a constaté sur la base de son examen clinique ainsi que sur les constatations faites au dernier examen par ultrasonographie le 14 octobre 2014 que la lésion musculaire était cicatrisée. Aucun élément ne justifie de s'écarter de l'avis, bien documenté et clair du Dr H. _____, qui repose sur un examen détaillé des pièces médicales au dossier, ainsi que sur l'examen clinique de l'assurée. Il en résulte que la recourante ne présente plus d'incapacité de travail imputable à l'événement accidentel, et qu'elle est en mesure de travailler dans son activité habituelle. L'intéressée ne peut en particulier être suivie, lorsqu'elle affirme que les documents radiologiques attestent de son incapacité à reprendre le travail, lesdits documents attestant au contraire d'une cicatrisation de la déchirure, respectivement d'atteintes dégénératives et non post-traumatiques au niveau lombaire, sans lien avec l'accident en cause. Quant au rapport d'écho-Doppler du 27 juillet 2015 du Dr B. _____ produit en procédure, il confirme un aspect échographique peu évolutif comparativement à l'examen du 17 avril 2014, examen dont le Dr H. _____ a pris connaissance dans le cadre de son appréciation. Pour le surplus, il ne peut être fait grief au Dr Y. _____ d'avoir pris position sur le cas de l'assurée sans bien le connaître, ce spécialiste l'ayant examinée à quatre reprises. Quant au Dr F. _____, il s'est limité dans son rapport du 26 septembre 2014 à faire état d'une déchirure musculaire - déjà connue -, laquelle était au demeurant, comme l'a relevé le Dr S. _____ le 14 octobre 2014, cicatrisée. Pour le surplus, ce médecin avait fait état le 26 septembre 2014 de la nécessité « fort probable » d'acte chirurgical, alors que le Dr H. _____ a estimé qu'il n'y avait aucune proposition thérapeutique à formuler, le Dr U. _____ ayant également relevé qu'il n'y avait aucune sanction à proposer d'un point de vue neurochirurgical. Cela étant, l'avis, isolé, du Dr F. _____ - qui n'est pas un médecin spécialiste mais le médecin traitant et qui, dans le cadre de la relation de confiance le liant à la recourante, va plutôt pencher, en cas de doute, en sa faveur - n'est pas propre à remettre en cause l'appréciation des Drs H. _____ et Y. _____, respectivement de la Dresse C. _____ du SMR du 27 août 2015 qui a également constaté l'absence d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Le Dr F. _____ n'a en effet pas mis en évidence dans ses rapports des éléments qui auraient été ignorés par le Dr H. _____. Le Dr

F._____ n'a en outre pas expliqué dans ses rapports les raisons le conduisant à affirmer que sa patiente ne pouvait plus exercer son ancien métier. Le seul élément sur lequel ce médecin s'appuie en faveur d'un rapport de causalité entre les troubles actuels de l'assurée et l'accident est celui fondé sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », qui n'est à lui seul pas suffisant, selon la jurisprudence (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb), pour établir un tel lien de cause à effet. La recourante a du reste été à même de suivre les mesures mises en œuvre par l'assurance-invalidité, et ce n'est pas une problématique somatique qui a été mise en avant par sa conseillère dans le rapport du 7 septembre 2015 de fin de mesure, mais bien plutôt un état de stress lié à des difficultés dans sa vie personnelle (recherche d'un logement, poursuites, permis de séjour, apprentissage à trouver pour son fils), une dispersion dans ses projets professionnels, ainsi qu'un niveau de déstructuration qualifié de décourageant. Quant au Dr R._____, qui travaille au demeurant dans le même cabinet que le Dr F._____, il s'est limité à signer des attestations d'incapacité de travail, sans les motiver. Le Dr U._____ n'a pour sa part pas émis un avis divergent de celui du Dr Y._____ (qui a fait état en 2014 déjà d'un syndrome somatoforme important) en relevant ignorer la véritable raison des douleurs présentées par la recourante. Pour le surplus, l'allégation de fortes douleurs au mollet, non documentées, et le fait que la recourante déclare poursuivre des séances de physiothérapie, ne permet pas non plus d'établir un lien de causalité entre ces douleurs et l'événement du 28 septembre 2013. La recourante ne peut pas plus être suivie lorsqu'elle exige que l'intimée prenne en charge son cas jusqu'à ce que ses médecins traitants soient d'accord de certifier qu'elle est apte à reprendre le travail : il n'est en effet pas 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).

Or en l'occurrence, ainsi qu'on l'a vu, les causes accidentelles ne jouent plus de rôle, l'autorité intimée n'ayant pas erré en reconnaissant le droit aux prestations d'assurance jusqu'au 13 mars 2015, cette solution étant au demeurant très favorable à l'assurée.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait valoir que l'accident avait fait naître chez elle une grande angoisse et une possible dépression. Toutefois, quand bien même les troubles allégués au plan psychiatrique devaient être établis – ce qui n'est pas le cas en l'absence de tout élément médical faisant état d'une atteinte à ce niveau –, il n'en demeure pas moins que d'éventuels troubles de ce registre affectant l'assurée n'engageraient de toute façon pas la responsabilité de la CNA dans la mesure où l'événement accidentel assuré, qu'il convient de qualifier d'accident banal, n'était pas propre à entraîner des troubles de nature psychique. On relèvera que de façon surprenante, la recourante a d'abord fait état d'une chute survenue dans le cadre de son activité de nettoyeuse, ainsi que cela ressort de la déclaration d'accident déposée par l'employeur. Elle a toutefois déclaré au Dr U. _____ qu'alors qu'elle était monitrice de sport, elle avait, lors d'un sprint, ressenti une violente douleur du mollet droit (cf. rapport de ce médecin du 5 avril 2016). Quoiqu'il en soit, tant la chute évoquée en premier lieu, que la douleur ressentie lors du sprint – pouvant possiblement être qualifiée de lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. d OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202 ; dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2017, applicable en l'espèce, ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2) – doivent être considérées comme des événements accidentels insignifiants, conduisant ainsi à nier d'emblée l'existence du lien de causalité adéquate.

6. La recourante a pris des conclusions subsidiaires tendant à la mise en œuvre de mesures de reclassement par l'intimée, estimant ne plus être en mesure de travailler en qualité de coiffeuse, respectivement de monitrice de sport, et devant pouvoir alterner les positions assise et debout.

Or en cas d'accident relevant de la LAA, la réadaptation professionnelle incombe à l'assurance-invalidité (ATF 139 V 514 consid. 2.3 ; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 4.2). La conclusion de la recourante relative à la mise en œuvre de mesures de reclassement, pour autant que recevable, doit dès lors également être rejetée.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision attaquée confirmée.

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

N'obtenant pas gain de cause, et étant demeurée non assistée, la recourante n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours, en tant que recevable, est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 août 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** 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 :

- V. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :