

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourant, représenté par
Me Manuela Ryter Godel, avocate, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 10 et 16 LAA.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1984, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en bâtiment depuis 2006.

Après avoir exercé cette profession durant plusieurs années, il a souffert de problèmes lombaires qui ont nécessité un arrêt total de travail dès mars 2011.

Suite au dépôt d'une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en date du 7 juin 2011, il a été mis au bénéfice d'une mesure professionnelle, assortie d'indemnités journalières, et placé en stage auprès de la société A._____Sàrl en tant que chauffeur-livreur à plein temps à compter du 4 mars 2013.

A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance contre les accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. En date du 4 juin 2013, alors qu'il jouait au football, il a été victime d'un accident, un joueur de l'équipe adverse ayant chuté sur la cheville droite de l'assuré.

En arrêt de travail depuis l'accident, il a été adressé au Centre hospitalier B._____ où a été constatée une « luxation traumatique du long péronier de la cheville droite, grade I selon la classification de Ogden (déchirure du rétinaculum superficiel des péroniers avec luxation du long péronier entre le rétinaculum et le labrum antérieur de la gouttière des péroniers) ». L'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale, réalisée

le 24 juin 2013 par le Dr D._____, chef de clinique adjoint, à savoir une « réduction ouverte de la luxation des péroniers » et une « stabilisation par raphie du rétinaculum superficiel des péroniers », pour laquelle il a été hospitalisé jusqu'au 26 juin 2013.

C. La CNA a annoncé servir ses prestations des suites de l'accident du 4 juin 2013 par communication du 27 juin 2013.

A la requête de la CNA, le Dr D._____ a communiqué un tirage de son rapport du 16 juillet 2013, lequel a fait état de « suites opératoires simples », l'assuré étant « immobilisé dans une attelle amovible » et bénéficiant « d'une rééducation à la marche partielle à l'aide deux cannes anglaises ». Une incapacité totale de travail était prononcée.

Sur recommandation du 18 novembre 2013 du médecin précité et avec l'aval de la CNA, l'assuré a séjourné à la Clinique I._____ à [...] du 14 janvier 2014 au 19 février 2014, où il a notamment suivi des traitements de rééducation intensive. Des investigations cliniques ont été également effectuées par les Drs G._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et chirurgie orthopédique, H._____, médecin-assistant, et J._____, spécialiste en neurologie. Ces praticiens ont communiqué leur rapport en date du 25 février 2014, relatant ce qui suit au titre d'appréciation du cas :

« [...] A l'entrée le patient se plaint de douleurs et de raideurs de la cheville D [réd. : droite]. Les douleurs sont cotées à 3-5/10. Pas de douleurs au repos. Le patient rapporte que les traitements antérieurs sont inefficaces. Il mentionne également des troubles sensitifs plantaires qui s'étendent jusqu'aux orteils 04-05. Il se décrit motivé à retrouver au plus vite son activité de chauffeur-livreur. [...] Les examens radiologiques montrent, sur les clichés des pieds et des chevilles, la bonne position des deux vis de stabilisation du tendon du long fibulaire, avec respect des rapports ostéo-articulaires. Au niveau de la cheville gauche, image d'un ancien arrachement infra-malléolaire externe. Aucun nouveau diagnostic n'a été posé pendant le séjour. En particulier, l'ENMG [réd. : électro-neuromyogramme] du pied retrouve des neurographies sensitivo-motrices dans la norme.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas entièrement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels semblent en effet jouer un rôle dans l'évolution : par exemple, une focalisation sur la douleur, des scénarios d'évitement et un manque de réassurance avec les explications médicales.

[...] Des incohérences et des autolimitations ont été relevées : lors des tests sur simulateur de conduite, la force de freinage est passée de 15 kg à 94 kg en une semaine, après explication que la force de freinage du premier test était incompatible avec une autorisation de conduire.

Les limitations fonctionnelles suivantes sont retenues : marche prolongée en terrain irrégulier, port de charge supérieur à 15 kg (limitation retenue par l'Al en raison des lombalgies chroniques). Pour le moment, les montées et descentes fréquentes d'escaliers, d'échelles et les accroupissements devraient encore être limités, mais ces dernières limitations sont transitoires (sauf le port de charge). Une reprise à 50% début mars, pendant un mois, est préconisée. Le patient a fonctionné à satisfaction dans les ateliers professionnels pendant des périodes de 4 heures (port de charge de 5-10kg). Ensuite proposition d'une reprise à 100% dans l'activité de chauffeur-livreur, avec limitation du port de charge, tel que retenu par l'Al.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre encore des progrès et un accompagnement dans le processus de reprise. Le patient a reçu des auto-exercices d'ergothérapie à réaliser.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de chauffeur-livreur est favorable. Il semble important de ne pas promouvoir une trop longue IT [réd. : incapacité de travail], en raison des stratégies d'évitement constatées. [...] »

En date du 24 mars 2014, l'assuré a subi un examen de contrôle au Centre hospitalier B. _____ auprès du Dr K. _____, médecin chef et spécialiste en chirurgie orthopédique. Aux termes de son rapport du 26 mars 2014, ce dernier a souligné les éléments suivants :

« [...] **Anamnèse**

L'évolution a été, comme vous le savez, assez laborieuse. Le patient a toutefois beaucoup profité de son séjour à la Clinique I. _____. Actuellement, sur le plan de la symptomatologie, il se plaint d'une raideur encore importante dans sa cheville. Il dit que son périmètre de marche n'excède pas une heure. Il est aussi très gêné par l'irritation en regard d'un fil non résorbable qui joute le nerf péronier superficiel. Il n'a pas repris le travail, néanmoins une reprise à 50% a été prononcée par la Clinique I. _____ le 24.2.2014. Le problème pour la reconversion vers le métier de chauffeur est qu'il ne veut pas conduire sans autorisation de notre part.

Status

La cheville est parfaitement calme, la cicatrice également, les tendons péroniers sont stables dans leur gouttière, il n'y a pas de laxité. La F/E [réd. : flexion/extension] est limitée à 30/0/0. En extension maximale on a l'impression que le patient contracte ses fléchisseurs et qu'on pourrait aller plus loin. Latéralement, en regard de la malléole, on palpe effectivement le fil non résorbable qui est très sensible et provoque un phénomène de Tinel.

Conclusion, traitement et évolution

Malgré la raideur résiduelle et la diminution du périmètre de marche, l'évolution est, en tout cas objectivement, favorable si l'on excepte cette gêne liée au fil non résorbable en regard de la malléole externe.

En conséquence, pour moi, il n'y a pas de contre-indication à prononcer une reprise du travail à 100% à partir du 1^{er} avril 2014 ce qui signifie la mise en route concrète de la reconversion professionnelle. Parallèlement à ceci, j'écris également un certificat médical pour le patient certifiant qu'il peut conduire un véhicule automobile dès maintenant.

En ce qui concerne le fil non résorbable celui-ci pourra être réséqué en ambulatoire, un jeudi, avec un arrêt de travail consécutif de 4 jours, ce qui permettrait, dès le lundi suivant, de poursuivre son programme de reconversion. [...] »

L'assuré a manifesté son désaccord avec les conclusions du Dr K._____ et a refusé que ce praticien réalise l'intervention destinée à ôter le fil non résorbable, compte tenu d'un contexte conflictuel. Il a exposé son point de vue par courriel et pli des 28 et 30 avril 2014, signalant souffrir de douleurs, de blocage et d'un hématome à la cheville droite, tandis que le Dr K._____ n'aurait pas prêté à son dossier toute l'attention requise.

L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie, le 12 juin 2014. Le rapport du même jour fait état de son appréciation en ces termes :

« [...] Ce jour, subjectivement, le patient se plaint d'une douleur de type déverrouillage le matin au lever pendant 5 à 10 minutes. Il se plaint ensuite de douleurs au niveau de la partie postérieure du pied et des faces interne et externe de la cheville D après, suivant les jours et la météo, 30 à 60 minutes de marche mais arrivant beaucoup plus rapidement à la marche à la montée ou en terrain irrégulier. Le patient déclare en outre ressentir toujours des blocages au niveau de sa cheville D.

Objectivement à l'examen clinique, marche à plat avec boiterie importante due au non déroulement de la phase terminale du pas, avec augmentation de cette boiterie à la marche sur la pointe des pieds, sautellement unipodal D impossible, fortes douleurs à l'inversion et l'éversion de la cheville D rendant ces amplitudes articulaires non mesurables, légère limitation de la flexion dorsale

de la cheville D par rapport à la cheville G [réd. : gauche] (5° à droite contre 10° à gauche), douleurs à la palpation de toute la malléole externe D, douleurs électives avec paresthésies de type décharges électriques à la palpation du fil non résorbable situé en regard de cette malléole externe D, très légères paresthésies à l'effleurement de la cicatrice rétro-malléolaire D, hypertrophie relative de la cuisse D et amyotrophie relative de la jambe D, légère limitation de la flexion des articulations inter-phalangiennes des orteils D.

Du point de vue asséculo-logique, la situation peut être considérée comme stabilisée, même si l'indication à l'ablation du fil situé en regard de la malléole externe D est claire et reste encore à faire. Cette intervention améliorera la situation localement mais n'aura, en principe, pas d'autre conséquence.

Il existe clairement une discordance entre les plaintes et la symptomatologie présentée par le patient et les lésions objectivables.

En ce qui concerne l'exigibilité du patient, il n'y a aucune raison objective de s'écarter des limitations fonctionnelles retenues par nos collègues de la Clinique I._____ en ce qui concerne l'activité professionnelle du patient en relation avec son accident de juin 2013 et qui sont d'avoir une activité professionnelle sans marche prolongée en terrain irrégulier. Dans une telle activité la CT [réd. : capacité de travail] du patient est totale.

Du point de vue médical, en dehors de l'ablation du fil en regard de la malléole externe, qui est à la charge de la Suva, qui ne devrait pas justifier d'incapacité de travail de plus de 1 semaine et qui ne changera pas la situation globale de cette cheville D, restent à la charge de la Suva en vertu de l'article 21 LAA les éventuelles mesures ponctuelles d'antalgie ou d'AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens] prescrites pour la cheville D. La physiothérapie n'est plus médicalement indiquée, le patient devant actuellement être capable de continuer la rééducation de cette cheville par lui-même.

Aucun droit à une IPAI [réd. : indemnité pour atteinte à l'intégrité] n'est ouvert. »

L'assuré a indiqué à la CNA avoir été adressé le 17 juin 2014 auprès du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, aux fins d'obtenir un nouvel avis sur l'état de sa cheville droite. Ce médecin a prononcé une incapacité totale de travail à compter de la date de sa consultation pour une durée indéterminée. Il a par ailleurs rédigé son rapport le 23 juin 2014, notamment comme suit :

« [...] **A l'examen clinique**, signes de Sudeck : raideur dans les articulations adjacentes (orteils), raideur de la cheville dans toutes les directions. Flexion dorsale à 0 en passif et à moins de 10 en actif. Prosupination 10-0-10. Chaque mouvement forcé provoque des douleurs. La marche se fait avec une boiterie d'évitement et accélération du pas lors de la charge. Hypoesthésie du bord externe du pied, en relation avec une lésion due à un bloc poplité lors de l'intervention de la reconstruction de la poulie des péroniers, dit-il. La peau est plutôt atrophique, plus rouge que le côté gauche (2^{ème}

signe de Sudeck). Les douleurs exagérées depuis le début de l'anamnèse en sont un 3^{ème}. Au niveau de la face externe de la malléole externe, on palpe un petit nodule douloureux, attribué par les médecins du Centre hospitalier B._____, à un nœud de fil non résorbé. On palpe nettement une des branches du nerf péronier superficiel au voisinage.

Les radiographies récentes montrent une déminéralisation généralisée, par endroit de forme pommelée (4^{ème} signe de Sudeck). Les deux ancres sont bien en place et n'ont pas l'air de dépasser les contours osseux de la malléole externe. Pas de signe d'arthrose. L'arrière-pied est creux, calcaneum assez vertical, mais bien axé. Les radiographies précédentes n'apportent pas d'information supplémentaire.

Appréciation et proposition : l'optique d'un Sudeck, jamais évoqué par les différents intervenants qui ont vu le patient, me paraît être une nouvelle orientation. J'ai donc prescrit un traitement de physiothérapie spécifique du Sudeck, comportant notamment le massage du tissu conjonctif. Je l'ai mis également sous Miacalcic par voie nasale. Je l'ai rassuré sur la nature bénigne de l'affection et sur la bonne guérison d'un Sudeck. [...] »

Le Dr M._____ a par ailleurs complété un rapport à l'attention de la CNA le 29 juillet 2014, mentionnant un pronostic « réservé », le maintien d'un « arrêt de travail à 100% » et envisageant un dommage permanent sous forme d'une « raideur ».

Le Dr F._____ s'est exprimé sur les rapports du Dr M._____ dans une appréciation du 19 août 2014, libellée notamment en ces termes :

« [...] Les signes de « Sudeck » retenus par le Dr M._____ sont :

- 1) une raideur des articulations de la cheville dans toutes les directions ainsi que des articulations adjacentes
- 2) une peau plutôt atrophique et plus rouge du côté G que du côté D
- 3) une déminéralisation généralisée par endroit de forme pommelée sur des radiographies récentes
- 4) des douleurs exagérées depuis le début de l'anamnèse.

Depuis son accident, le patient a été régulièrement examiné, en particulier par des spécialistes du CRPS [réd. : syndrome douloureux régional complexe] (à la Clinique I._____) et des spécialistes du pied (Dr K._____). Jamais le diagnostic de CRPS n'a été évoqué.

A l'examen clinique à la Clinique I._____, le patient présentait une flexion dorsale de 0°, une flexion plantaire de 15° en actif et de respectivement 10 et 25° en passif, la sous-taliennne était libre.

Lors de l'examen à l'agence du 12.06.2014, la flexion plantaire de la cheville D était symétrique à celle de la cheville G, la sous-astragaliennne D était libre et il existait un léger déficit de flexion des articulations inter-phalangiennes des orteils D. La cheville D et ses articulations adjacentes n'étaient donc pas raides.

Lors des différents examens cliniques dont a bénéficié le patient jusqu'à l'examen à l'agence du 12.06.2014, il n'a jamais été mis en évidence de signe vasomoteur, en particulier de trouble de la température, de la couleur, de la sudation, ou de la trophicité de la cheville et du pied D.

Le bilan radiologique effectué depuis l'accident, avec dernières radiographies de la cheville et du pied D effectuées à notre connaissance le 20.01.2014 n'ont jamais mis en évidence de déminéralisation pommelée.

Les douleurs arguées par le patient ont toujours été très importantes ; elles ont été entendues et n'ont jamais fait évoquer de CRPS, jusqu'à ce que le Dr M. _____ voie le patient.

En fonction de ce qui précède, je peux conclure que le patient n'a pas présenté de CRPS dans les suites de son accident.

Il n'y a donc aucune raison de revenir sur les conclusions de mon examen à l'agence du 12.06.2014. »

Par décision du 27 août 2014, la CNA a considéré que l'assuré était doté d'une capacité de travail de 50% dès le 24 février 2014 et de 100% dès le 1^{er} avril 2014 de sorte que l'indemnité journalière serait versée en conséquence, soit interrompue dès le 1^{er} avril 2014. Elle a précisé que sa prise en charge ultérieure se limiterait aux frais afférents à l'ablation du fil en regard de la malléole externe et aux éventuelles mesures antalgiques, à l'exclusion de la physiothérapie.

D. L'assuré s'est formellement opposé à la décision précitée par correspondance du 21 septembre 2014, arguant de l'origine accidentelle de ses problèmes récurrents au pied droit, alors qu'il ne présentait auparavant aucune pathologie à ce pied.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 30 septembre 2014, rejetant l'opposition de l'assuré et maintenant sa décision du 27 août 2014. Elle a ce faisant écarté l'avis du Dr M. _____ au profit de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr F. _____, laquelle était au demeurant corroborée par les conclusions des spécialistes de la Clinique I. _____ et les constats du Dr K. _____.

Le 29 septembre 2014, le Dr M._____ s'est adressé directement au médecin d'arrondissement de la CNA, relevant les éléments suivants :

« [...] Quoiqu'il en soit, qu'il s'agisse d'un Sudeck au décours ou pas, l'état actuel montre : des douleurs de l'angle astragalien externe, une raideur massive du tendon d'Achille empêchant la marche plantigrade, des paresthésies qui échappent pour l'instant à un diagnostic neurologique. L'IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] de contrôle du 26 septembre dernier montre une ostéochondrite disséquante du dôme astragalien externe, qui avait été taxée de chondropathie sur l'IRM préopératoire de juin 2013. Au vu de ce qui précède, j'estime complètement irréaliste de le renvoyer au travail comme chauffeur-livreur à 100%. [...] »

Était annexé le rapport d'imagerie évoqué, daté du 26 septembre 2014, concluant à la présence d'une « discrète altération dégénérative tibio-talienne postérieure au niveau de l'apophyse trigone », de « lésions ostéochondrales du dôme talien au niveau de la mortaise tibio-péronière » et d'une « discrète tendinopathie achilléenne associée à une petite bursite pré-achilléenne ».

Par ailleurs, est parvenu à la CNA un rapport du 29 septembre 2014 du Dr N._____, spécialiste en neurologie, lequel a conclu à un « status neurologique [...sans] anomalie significative » et exclu une « neuropathie périphérique ».

E. L'assuré, assisté de Me Manuela Ryter Godel, a déféré la décision sur opposition du 30 septembre 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 30 octobre 2014. Il a conclu à l'annulation de la décision sur opposition entreprise sous suite de renvoi à la CNA pour instruction complémentaire et requis la prise en charge par celle-ci des frais de traitement, ainsi que le paiement des indemnités journalières en lien avec l'accident du 4 juin 2013. Il s'est prévalu de l'appréciation divergente du Dr M._____, fondée sur des examens complets, pour relever que des éléments médicaux objectifs avaient été mis en évidence et étaient de nature à faire douter des avis spécialisés antérieurs basant la décision sur opposition de la CNA. Il a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à déterminer

« la nature et la gravité des séquelles » consécutives à l'accident du 4 juin 2013 pour conclure de facto à la prise en charge des frais de traitement et au paiement des indemnités journalières postérieurement au 1^{er} avril 2014. L'assuré a enfin formulé une requête d'assistance judiciaire compte tenu de la précarité de sa situation financière.

Par décision du 4 novembre 2014, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 30 octobre 2014, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me Manuela Ryter Godel comme avocate d'office.

L'intimée a produit sa réponse le 19 février 2015, contestant la nécessité d'une expertise judiciaire et concluant au rejet du recours sur la base de l'opinion exprimée par le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de sa Division Médecine des assurances, dans une « appréciation orthopédique », rédigée à la même date. Ce praticien a fait part de ses observations et conclusions en ces termes :

« **Discussion**

La question posée par le Service juridique était donc de savoir si les derniers documents parvenus à la Suva après décision et décision sur opposition de la part des services administratifs étaient susceptibles de modifier les conclusions médicales émises par le Dr F._____ dans son rapport d'examen médical et dans son appréciation.

À cette question, il peut clairement et simplement être répondu par la négative. En effet, d'un point de vue strictement médical, il n'existe pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de remettre en question les conclusions médicales faites en préalable des décisions administratives par les différents intervenant médicaux, alors unanimes quant au diagnostic et aux capacités fonctionnelles exigibles de l'assuré.

En effet, le diagnostic de suspicion de Sudeck et le résultat des examens radiologiques standards étaient tout à fait connus du Dr F._____ lors de l'établissement de sa dernière appréciation.

Quant à l'examen du Dr N._____, il ne fait que confirmer ce qui avait déjà été retenu auparavant lors du séjour à la Clinique I._____, c'est-à-dire l'absence de déficit neurologique objectif à l'examen clinique ou électrophysiologique. Quant à l'examen de résonance magnétique de la cheville droite, il montre un status satisfaisant après réparation de la gaine des péroniers et un status sinon inchangé. Le Dr M._____ ne fait qu'interpréter différemment une lésion ostéocondrale déjà mise en évidence sur le premier examen IRM en juin 2013, sans arguments pour une modification du

status (séquelle d'ostéochondrite versus lésion chondrale focale). Quant aux signes discrets de tendinite du tendon d'Achille et de légère bursite référés, ils correspondent, en considération du descriptif, à un cadre dégénératif banal, apparaissant de rapport très lointain avec les plaintes référées mais signe néanmoins d'une fonctionnalité préservée, puisqu'on ne développe pas une bursite ou une tendinite en restant totalement inactif.

Ceci étant établi, il m'apparaît loisible - vu la contestation de l'assuré quant aux conclusions de la Suva, respectivement vu la procédure de recours actuelle - de discuter le cas dans sa globalité, ceci afin d'apporter quelques éléments d'appréciation médicale, dans l'espérance que ceux-ci puissent apporter des pistes complémentaires utiles à la compréhension du cas de [l'assuré].

Principalement, il s'agit d'évaluer sur base des éléments à disposition s'il existe chez [l'assuré] des arguments pour retenir un diagnostic de Sudeck (ci-après, CRPS), comme l'a estimé le Dr M._____.

Avant de reprendre et de discuter les arguments des uns et des autres à ce propos, j'aimerais rappeler brièvement quelques fondamentaux sur le CRPS (Complex Regional Pain Syndrome).

Si les premières descriptions de cette maladie remontent vraisemblablement à plusieurs siècles (il existe pour la petite histoire une description clinique d'Ambroise Paré compatible avec un tel diagnostic dans les suites d'une saignée qu'il avait effectué au roi Charles IX), son étiopathogénie et les mécanismes physiopathologiques y attendant restent sujets d'une abondante littérature.

La caractéristique *princeps* d'un CRPS est la douleur, classiquement intense, disproportionnée, c'est-à-dire sans rapport avec le status organique constaté, respectivement non explicable par celui-ci. Le CRPS est donc un diagnostic d'exclusion, *id est* un diagnostic que l'on retient lorsque tout autre cause pouvant expliquer la douleur ou les autres symptômes cliniques ont pu être exclus de manière tranchée. Pour que l'on comprenne mieux, une infection pourra provoquer un status local et un syndrome douloureux tout à fait similaire à un CRPS mais on ne parlera pas de CRPS, bien que les critères objectifs puissent être réunis, puisqu'il existe une autre cause expliquant le status et nécessitant qui plus est une thérapie spécifique. Non seulement le diagnostic de CRPS est un diagnostic d'exclusion mais il est en plus, en conformité avec les dernières mises à jour scientifiques et en particulier l'établissement des critères de Budapest et les travaux de Bruehl, un diagnostic exclusivement clinique, ce qui signifie d'une part qu'il n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic de CRPS d'effectuer des examens complémentaires (mais ceux-ci sont nécessaires pour exclure d'autres diagnostics pouvant entraîner une présentation clinique similaire au CRPS) mais également qu'il n'existe aucun examen complémentaire permettant d'établir de manière probante ce diagnostic de CRPS.

S'il existe en effet assez souvent associées à un CRPS des anomalies sur des examens complémentaires (p. ex. anomalies scintigraphiques suivant les phases de la maladie, altération de la minéralisation osseuse sur les radiographies standards, anomalie du signal osseux variable sur l'examen IRM), aucun des résultats de ces examens ne peut être considéré comme spécifique d'un CRPS et donc permettre le diagnostic. Par exemple, une anomalie scintigraphique rencontrée dans le CRPS peut également se

retrouver lors d'arthrite, la déminéralisation osseuse « typique » du CRPS est indifférenciable d'une déminéralisation liée à la décharge et l'énorme variabilité d'aspect de l'IRM constatée lors de CRPS (au demeurant souvent négative, en présence d'un diagnostic avéré de CRPS) peut également correspondre à d'autres pathologies extrêmement diverses.

Si la pathogénie de la maladie est encore sujet d'interrogations, globalement, les facteurs déclenchants sont connus. On évoque avant tout ce diagnostic dans les suites d'un traumatisme, quelle que soit sa gravité, mais il faut bien être conscient que le traumatisme n'est qu'un des facteurs parmi d'autres facteurs déclenchants. On citera par exemple une paralysie, comme lors d'une attaque cérébrale, ou un infarctus, etc. On estime environ à 40% les CRPS survenant sur une base non traumatique, avec même parmi ceux-ci des CRPS retenus spontanés, car aucune cause déclenchante n'a été identifiée.

Originellement, on considérait trois phases de la maladie, à savoir une phase chaude, caractérisée par une importante tuméfaction, une rougeur et une douleur, puis une phase froide, caractérisée toujours par la douleur mais surtout par un enraidissement et une atrophie et, finalement, une phase de résolution, avec amélioration ou cristallisation des atteintes survenues dans la phase froide. Cette évolution en phases, pourtant cliniquement le plus souvent constatée, n'est plus retenue d'un point de vue médico-scientifique.

Sans entrer dans les détails, la base de la thérapie du CRPS est de calmer la douleur et de mobiliser la partie lésée. Il existe diverses techniques de physiothérapie et d'ergothérapie retenues plus adaptées au problème de CRPS. Du point de vue médicamenteux, on a longtemps cru à l'efficacité de la calcitonine de saumon administrée par voie nasale (Miacalcic®) mais de nombreuses études ont hélas établi depuis l'inefficacité d'un tel traitement, à part peut-être sur l'intensité de la douleur dans la phase précoce, dans une proportion à peine supérieure à celle d'un placebo.

En fine je rappellerai que si cette maladie peut évoluer défavorablement et que sa durée est classiquement de plusieurs semaines voire de plusieurs mois, avec des extrêmes jusqu'à deux ans, trois quarts des patients vont présenter une évolution favorable sans séquelles et moins d'un patient sur dix en gardera des séquelles invalidantes à long terme. Ces quelques éléments scientifiques relatifs au CRPS ayant été abordés (je devrais dire survolés, vu la complexité de cette affection), on peut maintenant s'intéresser plus spécifiquement au cas de [l'assuré].

Comme je l'ai dit ci-dessus, on doit évoquer un CRPS lorsqu'il existe entre autres mais obligatoirement une douleur non proportionnelle à celle qu'on pourrait s'attendre en considération du status organique constaté. Chez [l'assuré], cet élément a clairement été référé, en se rappelant que la douleur est un élément subjectif anamnestique non mesurable. En présence d'une douleur inexplicable comme chez [l'assuré], il est évident que l'évocation du diagnostic de CRPS dans le diagnostic différentiel n'a pu qu'être pris en considération par les spécialiste aguerris et extrêmement au clair, comme traumatologues ou rééducateurs, de cette pathologie particulière qu'est le CRPS. S'ils n'ont donc pas retenu ce diagnostic, même en suspicion et, rappelons-le, en l'absence d'autres explications valables pour le syndrome douloureux reporté, c'est clairement qu'il n'existait pas d'éléments devant faire évoquer ce diagnostic. L'argument avancé par le Dr F. _____ selon lequel l'absence de ce

diagnostic retenu préalablement parlait contre sa réalité est, en considération des médecins qui ont suivi [l'assuré], un argument pleinement valide.

Il est bien entendu évident que l'argument que plusieurs docteurs n'ont pas fait un diagnostic n'est pas un argument valable pour réfuter le diagnostic d'un seul confrère mais, dans la situation spécifique, considérer que des médecins aussi spécialisés que ceux ayant traité [l'assuré] aient pu manquer un tel diagnostic m'apparaît tout simplement invraisemblable.

Intéressons-nous maintenant aux éléments ayant fait retenir au Dr M. _____ ce diagnostic de CRPS. On commencera par rappeler qu'initialement ce spécialiste a retenu un diagnostic de suspicion de CRPS. D'autre part et s'il est bien au courant des critères permettant l'établissement d'un CRPS (critères de Budapest, envoyés en annexe), son argumentation initiale mélange critères radiologiques et critères anamnestic-cliniques, ces derniers au demeurant insuffisants pour retenir un diagnostic de CRPS, selon ces mêmes critères évoqués de Budapest. Il ne suffit pas en effet que quelqu'un se plaigne d'avoir des douleurs et présente une raideur articulaire pour qu'on puisse décemment conclure à un diagnostic de CRPS.

Toujours pour ce qui est des douleurs, on notera tout d'abord que, malgré une variabilité dans les déclarations de l'assuré, celles-ci sont avant tout mécaniques, ce qui est tout à fait atypique d'un CRPS, dans lequel on retrouve classiquement une douleur spontanée, c'est-à-dire au repos, éventuellement aggravée par la mobilisation. De plus, il apparaît difficile de considérer chez [l'assuré] un status douloureux intense, en présence d'un sommeil non perturbé et en considération d'une prise d'anti-inflammatoires ou d'antalgiques de classe I (premier palier d'antalgie) à des doses extrêmement réduites (quatre à cinq comprimés par semaine!). Ainsi, sur base des données anamnestiques, le critère principal et obligatoire de CRPS, à savoir une douleur disproportionnée par rapport au status local constaté, n'apparaît pas pleinement vérifié.

Quant aux signes trophiques qu'a mis en évidence le Dr M. _____, il faut bien admettre que ceux-ci n'ont été constatés qu'à une seule reprise et qu'ils apparaissaient extrêmement discrets.

L'atrophie référée n'a en tout cas pas été constatée ni par le Dr F. _____ précédemment ni par le Dr N. _____ successivement et ces mêmes éléments cliniques n'ont par ailleurs pas été référés itérativement par le Dr M. _____ lors de ses contrôles successifs.

Relativement à la raideur articulaire constatée, on ne pourra que retenir, à reprise des actes, l'extrême variabilité de celle-ci, en l'occurrence sa quasi inexistence si l'on se réfère à l'examen clinique détaillé du Dr F. _____ (cinq degrés de différence à la dorsiflexion). On rappellera à ce propos qu'il a été retenu par plusieurs intervenants médicaux l'impression d'une résistance à l'examen, respectivement de contraction musculaire volontaire antagonisant le mouvement lors du testing passif de la mobilité.

Dans ces conditions, le diagnostic de CRPS retenu par le Dr M. _____ n'apparaît tout simplement pas valable.

On ajoutera que notre confrère n'apparaît pas lui-même complètement persuadé de son diagnostic, puisque comme déjà dit, il a initialement évoqué une suspicion, qu'il écrit dans sa lettre au Dr F. _____, qu'il estime que le status clinique correspond « au moins en partie » à celui d'un CRPS, qu'il ne sait pas s'il s'agit d'un CRPS au décours ou non, dans le même temps qu'il a prescrit une thérapie

que l'on réserve uniquement à la phase aiguë (Miacalcic®), quand bien même encore une fois les dernières données scientifiques retiennent qu'il s'agit d'un traitement inefficace et donc inutile du CRPS.

On notera in fine qu'en même temps que le diagnostic de CRPS, le Dr M._____ évoque comme autre source des plaintes, une ostéochondrite disséquante, une rétraction du tendon d'Achille et les fils de suture non résorbables, toutes causes évoquées en l'occurrence en correspondance extrêmement faible avec la clinique constatée ou la symptomatologie évoquée. On se trouve malheureusement donc face à une espèce de « fourre-tout » de diagnostics dont aucun n'apparaît convainquant pour expliquer les plaintes intenses de l'assuré.

On ajoutera en conclusion par rapport au diagnostic de CRPS que le Dr M._____ propose maintenant un geste opératoire, alors même qu'un CRPS actif ou non résolu est une contre-indication majeure (pour ne pas dire absolue) à effectuer une chirurgie électorale, l'intervention risquant de provoquer une réactivation de la pathologie.

Ces aspects du cas de [l'assuré] étant clarifiés, il apparaît malgré tout loisible, si le diagnostic de CRPS ne peut être confirmé et si le status organique constaté n'est pas à même d'expliquer les plaintes de [l'assuré], d'essayer de comprendre pourquoi celui-ci présente des douleurs telles de ne pouvoir envisager une reprise du travail dans une activité légère. La réponse est malheureusement dans la question, à savoir qu'il n'existe pas, du point de vue médical et sur base organique, d'arguments ou d'éléments valables pour expliquer les douleurs référées par l'assuré ou l'impotence fonctionnelle variable constatée chez lui.

De l'analyse du dossier, y compris les actes transmis de la part de l'AI, il transparaît malgré tout que [l'assuré] semble globalement et indépendamment de ses problèmes de santé éprouver des difficultés à se projeter dans une activité professionnelle régulière. On ne peut en effet qu'être frappé par de nombreuses incongruences, s'associant à de nombreuses revendications et créations de conflits, dès lors qu'il a été question de capacité de travail.

Au chapitre des incongruences, on rappellera malgré tout et sans préjuger des décisions de l'AI qu'une reconversion professionnelle a été décidée alors même que sur base des éléments objectifs aucune pathologie préoccupante ou nécessitant des précautions d'épargne n'a été mise en évidence au niveau lombaire et que le seul diagnostic retenu était celui « d'inflammation sacro-iliaque », le terme d'inflammation étant mis entre guillemets par le Dr [...] lui-même. On notera également que ce status lombalgique ayant nécessité une reconversion professionnelle – pour l'heure non pleinement finalisée – n'a jamais empêché l'assuré ni de jouer au football, ni de rester en station assise prolongée lors de la conduite. On notera dans le même temps que jamais durant toutes les évaluations médicales après l'accident, y compris durant le séjour à la Clinique I._____, l'assuré n'a fait mention de rachialgies invalidantes.

On rappellera également le non-respect du certificat de capacité de travail, certificats définis par la Clinique I._____, sous prétexte d'avoir l'avis complémentaire de l'opérateur, puis la création d'un conflit avec celui-ci, parce qu'il avait conclu dans le même sens que ses confrères de la Clinique I._____.

On se souviendra aussi que l'assuré s'est présenté au gestionnaire AI avec des cannes anglaises, en affirmant ne pouvoir conduire dans ces conditions, alors même qu'il apparaissait clairement des actes précédents que l'assuré avait finalement pu se sevrer complètement de celles-ci.

Si possiblement donc [l'assuré] présente une atteinte à la santé l'empêchant de reprendre son travail, cette atteinte à la santé n'apparaît pas de nature organique.

Il y a lieu donc d'explorer d'autres voies chez ce patient, ceci afin de lui apporter la meilleure aide possible. Une intervention à la cheville droite, même bénigne, m'apparaît dans ce contexte en revanche particulier contre-indiquée.

Fonction de mes observations, je retiens naturellement valables sans restrictions les évaluations des capacités de travail et les limites d'exigibilité définies par mes collègues, rappelant au demeurant que la lésion du rétinaculum des péroniers a été réparée et qu'il n'existe aucun argument pour considérer à moyen ou long terme une quelconque limitation en rapport avec cette pathologie, en l'occurrence guérie.

Quant au déficit de dorsiflexion, encore une fois extrêmement variable selon la période ou l'examineur, on ne saurait considérer qu'il empêche l'assuré de conduire un véhicule. On rappellera à ce propos les différences inexplicables constatées chez l'assuré entre les deux tests de conduite à la Clinique I._____ mais plus généralement le fait que de nombreuses personnes avec arthrodèse de cheville, voire même des personnes avec amputation du pied, peuvent conduire un véhicule sans adaptation aucune, quel que soit le côté atteint.

Conclusions

En application des critères médico-scientifiques actuels en la matière, le diagnostic de CRPS de la cheville droite ne peut pas être retenu chez [l'assuré].

Il n'existe pas d'éléments organiques pathologiques capables d'expliquer les plaintes référées par l'assuré ainsi que la limitation fonctionnelle variable constatée chez lui.

Pour les suites de l'accident du 4 juin 2013, on peut certainement retenir une capacité de travail complète depuis le 1^{er} avril 2014 dans la profession de chauffeur-livreur. »

Par réplique du 22 mai 2015, le recourant a réitéré ses conclusions, en contestant en premier lieu la valeur probante de l'appréciation du Dr T._____. Il a qualifié celle-ci d'orientée en faveur de l'intimée et relevé des erreurs factuelles qui démontraient la connaissance à son sens sommaire de son dossier par ce médecin. Il a signalé en second lieu avoir été fait l'objet d'une arthroscopie de la cheville, réalisée le 18 février 2015 par le Dr M._____, lequel avait été en mesure de procéder à des constatations objectives de nature à expliquer ses douleurs. Les diagnostics d'une « rétractation du tendon d'Achille » et d'un « syndrome de comblement du compartiment antérieur de la cheville », lesquels

excluaient toute reprise de l'activité de chauffeur-livreur à plein temps dès le 1^{er} avril 2014, avaient pu être mis en évidence. L'assuré a annexé à son écriture un tirage du protocole opératoire du 18 février 2015, ainsi qu'un rapport du Dr M. _____ du 18 mai 2015, lequel s'est prononcé notamment comme suit :

« [...] 1. Dans son appréciation orthopédique du 19 février 2015, le Docteur T. _____ conclut que le diagnostic de CRPS que vous avez retenu ne serait tout simplement pas valable. Comment vous déterminez-vous sur ce point ?

Les signes de Sudeck constatés au départ se sont atténués, voire ont presque disparu. Les douleurs et la raideur ont persisté et sont des signes compatibles avec un Sudeck au stade des séquelles (3^{ème} stade). J'ai donc effectué des examens complémentaires, qui montrent une ostéochondrite disséquante, un probable syndrome de comblement du compartiment antérieur de la cheville. Cliniquement, la rétraction du tendon d'Achille était évidente. A ce propos, je n'ai pas du tout la même impression que plusieurs de mes collègues qui l'ont examiné avant, et qui pensent que le patient fait exprès de ne pas pouvoir pratiquer la flexion dorsale.

Si l'on procède avec douceur et psychologie, on arrive à faire totalement détendre sa musculature. Dans ces conditions, j'ai pu constater un défaut de flexion dorsale de 10°.

2. Le Docteur T. _____ qualifie de « fourre-tout » de diagnostics, dont aucun n'apparaît convaincant du cas de [l'assuré] au motif que vous avez également évoqué comme autre source possible de plaintes une ostéochondrite disséquante, une rétraction du tendon d'Achille et les fils de suture non-résorbables. Comment vous déterminez-vous sur cette prise de position ?

En particulier, le fait de retenir plusieurs pistes pour établir l'origine des plaintes est-il de nature à discréditer un diagnostic divergent ?

Les fils de suture gênants ne font pas partie d'un « fourre-tout » de diagnostic, car ils ont aussi été évoqués à [...].

Le fait de retenir plusieurs pistes pour établir l'origine des plaintes est courant dans les cas complexes et difficiles, ne discréditant aucun diagnostic, ni aucune façon de faire.

De plus, comme à la différence de l'expert, j'ai pris mandat d'essayer d'améliorer l'état du patient, il est normal d'évoquer plusieurs pistes. Rajoutons que beaucoup de syndromes douloureux chroniques sont multifactoriels.

3. Quels motifs ont présidé à la décision d'intervenir sur [l'assuré] le 18 février dernier ?

La constatation d'une raideur importante du tendon d'Achille, encore une fois non volontaire, qui empêche la marche plantigrade, ainsi que sur l'IRM une ostéochondrite disséquante, avec un syndrome de comblement antérieur de la cheville.

4. Cette décision d'intervention est-elle, comme le soutient le Docteur T._____, clairement contre-indiquée en cas d'existence d'un CRPS ?

Si le CRPS était au stade aigu, une intervention aurait été contre-indiquée. Comme le CRPS est « burned out », à mon sens, l'intervention n'est pas contre-indiquée. L'opération pratiquée n'a pas confirmé l'ostéochondrite disséquante, par voie endo-articulaire, car la couverture cartilagineuse n'était pas encore atteinte. Par contre, il y a déjà eu en post-op[ératoire], une amélioration nette de la flexion dorsale, et donc de la marche.

5. L'intervention pratiquée a-t-elle confirmé tout ou partie du diagnostic établi ?

Ostéochondrite : non.

Rétraction du tendon d'Achille : oui.

Ablation des fils : oui.

Syndrome de comblement antérieur : oui.

6. Au regard des constatations effectuées lors de l'opération, estimez-vous que [l'assuré] était en mesure de reprendre son travail de chauffeur-livreur à temps complet dès le 1^{er} avril 2014 ?

Non. [...] »

L'intimée a dupliqué le 4 août 2015, persistant à proposer le rejet du recours sur la base d'un nouvel avis du Dr T._____, daté du 31 juillet 2015, lequel a communiqué les remarques ci-dessous :

« Discussion

J'ai donc pris connaissance du rapport opératoire de l'intervention effectuée le 18 février 2015 chez [l'assuré] ainsi que des réponses du Dr M._____ aux questions fort pertinentes de Me Godel.

Si ces dernières informations médicales n'apparaissent pas remettre en question mes conclusions, ni celles du Dr F._____, elles appellent naturellement quelques remarques, en particulier car une intervention a été maintenant effectuée et que de nouvelles considérations diagnostiques ont été émises.

Pour commencer, également grâce aux nouvelles informations fournies par le Dr M._____, on peut sans autre façon et nouvellement confirmer l'absence d'arguments valides pour retenir un diagnostic de CRPS (Sudeck selon ancienne nomenclature).

J'ai suffisamment expliqué dans ma précédente appréciation les motifs pour lesquels je ne cautionnais pas ce diagnostic, au demeurant évoqué sous forme de « suspicion de ». Soit dans son rapport opératoire, soit dans ses réponses à Me Godel, le Dr M._____ n'évoque au demeurant plus explicitement le diagnostic de CRPS, mais uniquement celui de syndrome douloureux chronique, entité avant tout descriptive, sans fondement étiologique univoque ou cadre nosologique bien défini, au contraire d'un CRPS.

D'autre part, il apparaît clairement que mon confrère n'a jamais constaté lui-même des signes cliniques en suffisance pour confirmer un diagnostic de CRPS. Je rappellerai que le Dr M._____ a retenu ce diagnostic de manière pratiquement contemporaine au dernier

examen clinique du
Dr F. _____, lequel niait alors l'existence d'un CRPS.
Comme précédemment, si l'on se réfère à sa réponse à la première question de Me Godel, le Dr M. _____ retient un diagnostic de CRPS avant tout en raison d'importantes douleurs (à relativiser, cf. mon appréciation précédente) et d'une raideur de cheville, élément sur lequel je reviendrai plus avant.
Surtout, on notera que le Dr M. _____ a opéré [l'assuré] dans l'espoir d'amenuiser sa symptomatologie douloureuse, ce qui démontre parfaitement, si besoin était, que lui-même attribue le syndrome douloureux au moins partiellement à un autre problème que le CRPS évoqué, étant clair sinon qu'il ne l'aurait pas opéré, puisqu'il est évident qu'il n'existe aucune intervention locale orthopédique permettant de supprimer ou d'atténuer des douleurs chroniques dues à un CRPS, les seules interventions envisageables dans ce cas de figure étant des interventions palliatives, comme par exemple la mise en place d'un dispositif de neuromodulation.
En l'absence de critères cliniques suffisants constatés par le Dr M. _____ et en considération d'une prise en charge chirurgicale du problème douloureux chronique présenté par [l'assuré], mon confrère admet implicitement que son diagnostic de suspicion de CRPS n'a pas lieu d'être confirmé.
Je ferai maintenant quelques commentaires relatifs à l'intervention effectuée chez [l'assuré] à la cheville droite le 18 février 2015.
Concernant la gêne liée aux fils de suture, que ce soit le premier chirurgien opérateur, le Dr F. _____ ou moi-même, personne n'a jamais nié l'existence de cette gêne mais chacun s'est accordé sur son caractère peu invalidant. On rappellera qu'au moment de l'examen final, l'assuré n'était plus intentionné à effectuer cette intervention pour ablation de ces fils de suture non résorbables et que ni l'opérateur, ni le Dr F. _____ n'avaient retenu une nécessité absolue d'effectuer celle-ci, puisqu'encore une fois la gêne éventuellement liée à ces fils de suture n'aurait pu expliquer à elle seule la symptomatologie présentée par l'assuré ni l'impossibilité alléguée de reprendre une activité professionnelle telle que celle exercée avant l'accident, à savoir une profession de chauffeur-livreur.
En l'occurrence, le Dr M. _____ n'a pas non plus estimé que cette gêne liée aux fils de suture non résorbables fût suffisante pour expliquer toute la symptomatologie, puisqu'il a évoqué d'autres diagnostics dans l'indication à son intervention et qu'il a effectué durant celle-ci d'autres gestes chirurgicaux.
En procédant à l'ablation des fils de suture non résorbables qui provoquaient une gêne chez [l'assuré], le Dr M. _____ n'a fait qu'effectuer un acte chirurgical déjà proposé précédemment, mais alors refusé par [l'assuré], dans des circonstances qu'on aura en mémoire.
Relativement au diagnostic évoqué en préopératoire d'ostéochondrite disséquante, j'avais rappelé dans mon appréciation que cette typique pathologie liée croissance était déjà visible sur le premier examen IRM effectuée pour diagnostic de luxation des péroniers et qu'elle n'était pas en mesure d'expliquer la symptomatologie soufferte par le patient. La mise à disposition des images de l'IRM du 26 septembre 2014 m'a permis de comparer de visu l'aspect de la lésion ostéochondrale sur les deux examens, sans noter de modifications. Il n'y a donc pas lieu d'épiloguer sur ce diagnostic.

Pour ce qui est du conflit antérieur, au demeurant jamais évoqué par le

Dr M. _____ avant l'intervention, je ferai les remarques suivantes :
Premièrement, ce diagnostic n'a jamais été considéré par le Dr K. _____. Deuxièmement, ce conflit osseux (ostéophyte tibial antérieur) est pour ainsi dire invisible sur les radiographies standards, ce qui souligne son caractère extrêmement limité. Troisièmement et de manière indubitable, l'ostéophyte antérieur du tibia visible sur le deuxième examen IRM était déjà visible à l'identique sur le premier examen IRM effectué huit jours après l'accident, ce qui signifie son caractère préexistant à celui-ci. Il en est de même pour le tissu d'aspect cicatriciel antérieur qui a fait l'objet d'une ablation transarthroscopique, dont l'aspect est également superposable en comparant les deux examens IRM. Quatrièmement et finalement, à l'instar des autres diagnostics, ce diagnostic de conflit antérieur, encore une fois très limité d'un point de vue osseux, n'était certainement pas capable d'expliquer l'intensité de la symptomatologie dont se plaignait [l'assuré].

En procédant donc à une ablation d'ostéophyte antérieur du tibia et de tissus cicatriciels du compartiment antérieur de la cheville droite chez _____ [l'assuré], le Dr M. _____ a procédé à la correction d'un problème qui était présent et asymptomatique avant l'accident, mais également très probablement au décours, puisque le Dr K. _____ n'a pas retenu d'indication opératoire en rapport.

En plus d'intervenir sur ce fort modeste conflit antérieur préexistant, le

Dr M. _____ a donc procédé à un allongement du triceps sural par section transverse de la jonction musculo-aponévrotique de ce même muscle.

Parmi les nombreuses techniques à disposition pour effectuer un allongement du triceps sural, respectivement du tendon d'Achille, la technique utilisée est tout à fait indiquée pour les déficits de longueur discrets à modérés. Il s'agissait donc d'un excellent choix technique chez [l'assuré].

À ce propos, je rappellerai tout d'abord que, dans ma précédente appréciation, je n'ai pas nié formellement la possibilité d'un déficit de dorsiflexion chez [l'assuré], puisque j'ai rapporté cet élément, mais j'ai souligné la grande variabilité « inter-observateur » de ce déficit de mobilité et surtout le fait que la mesure référée à l'examen final parlait pour un déficit minime de 5°.

En l'occurrence, le Dr M. _____ rapporte lui-même un déficit de dorsiflexion de 10° par rapport au côté controlatéral. Il n'a malheureusement pas indiqué la valeur mesurée lors de l'examen sous narcose, ce qui est regrettable, ces conditions de mesure étant naturellement les plus idéales, le patient étant alors parfaitement relâché et la contraction volontaire ne pouvant plus interférer sur les mesures cliniques.

Quoi qu'il en soit, pour la valeur référée par mon confrère, nous sommes face à un déficit de mobilité discret. Le fait qu'il existe chez [l'assuré] une petite raideur de la cheville en flexion dorsale, respectivement un petit raccourcissement du triceps sural n'a rien de très surprenant, si l'on sait qu'il faut peu de temps pour développer un tel problème et qu'il s'agit d'une complication fréquente après toute affection de la cheville (traumatismes, chirurgie, etc.). En effet, l'attitude naturelle du pied est d'aller vers le bas et la récupération du mouvement de dorsiflexion est souvent

source de douleurs lors d'un problème aigu à la cheville. Ainsi, nul n'est besoin de souffrir un CRPS pour développer un déficit de dorsiflexion de la cheville. C'est pour cette raison que l'on prend toujours soin de plâtrer une cheville à angle droit (position plantigrade) ou qu'on préconise un déroulement du pas lors de la marche avec cannes en charge partielle. En général et sauf attitudes fixées prolongées, ces déficits de mobilités sont passagers, respectivement peuvent être récupérés par le réentraînement et la physiothérapie.

Chez [l'assuré], il est évident que le fait d'avoir longuement déambulé dans une attitude vicieuse et en évitant la charge a pu entraîner une rétraction du tendon d'Achille ou du triceps sural dans son ensemble, avec pour conséquence un déficit de la dorsiflexion. Ce déficit était toutefois et comme déjà dit discret, si l'on se réfère aux valeurs mesurées par les deux derniers médecins ayant examiné [l'assuré]. Il ne saurait expliquer, même en adjonction aux autres problèmes évoqués de conflit antérieur et de granulome sur fil une incapacité de travail totale au-delà du 1^{er} avril 2014. En cela, je ne rejoins pas l'avis de mon confrère, lequel se heurte à ce sujet également aux avis des autres collègues ayant traité ou examiné [l'assuré] au décours de l'accident.

D'un point de vue strictement thérapeutique, l'attitude du Dr M. _____ m'apparaît en revanche compréhensible. Face à un patient qui réfère une importante gêne à la marche et chez qui l'on peut objectiver un conflit antérieur et un déficit de dorsiflexion, il apparaît logique, d'un point de vue biomécanique et orthopédique, d'effectuer une correction chirurgicale de ces problèmes, afin d'essayer d'améliorer la fonctionnalité. D'autre part, entre la première consultation jusqu'à la décision opératoire, le Dr M. _____ aura eu l'occasion de peser le pour et le contre pour son patient quant au bénéfice possible d'une nouvelle chirurgie.

Dans le même temps et tout en admettant une variabilité interindividuelle dans la traduction symptomatique de certaines affections, je continue à retenir une importante discrédance entre l'entité et la gravité des pathologies diagnostiquées, puis corrigées, et l'ampleur des plaintes et des troubles allégués par l'assuré au moment où il a été question d'une reprise du travail.

De même que, sur la base des nombreuses évaluations cliniques de mes confrères et des examens complémentaires, on peut retenir qu'il n'existait aucun élément suffisant devant faire considérer quelque restriction dans l'exercice à plein temps de la profession de chauffeur-livreur à partir du 1^{er} avril 2014, de même j'estime que cinq mois après une intervention très modérément invasive et actée à corriger des déficits fonctionnels légers, [l'assuré] devrait être pleinement apte à reprendre sans restriction son activité de chauffeur-livreur, surtout que, selon les renseignements à disposition, il y a eu amélioration de la fonctionnalité.

[...]

Conclusions

Les nouveaux éléments médicaux transmis depuis l'établissement de ma précédente appréciation du 19 février 2015 ne modifient en rien les conclusions de celle-ci.

En particulier, il n'existe pas d'arguments médicaux probants pour retenir un CRPS chez [l'assuré] dans les suites de l'accident du 4 juin

2013 et les atteintes organiques diagnostiquées à sa cheville droite et corrigées chirurgicalement le 18 février 2015 n'étaient pas de nature à empêcher une reprise du travail comme chauffeur-livreur à partir du 1^{er} avril 2014. »

Le recourant s'est déterminé sur l'écriture de l'intimée le 29 février 2016, rappelant avoir souffert d'importantes douleurs jusqu'à l'opération réalisée par le Dr M._____, telles qu'attestées par les rapports de ses physiothérapeute et ergothérapeute. Il s'est en outre référé à une prise de position du Dr M._____, non datée, où ce praticien a réitéré le diagnostic de « Sudeck au décours, [soit] dans la phase séquellaire » et indiqué que « des douleurs séquellaires avec une gêne » seraient probablement définitivement présentes en l'occurrence. L'exercice de la profession de chauffeur-livreur n'était, de l'avis de ce médecin, pas envisageable, à l'inverse d'un « métier plus léger, comme chauffeur ».

Me Ryter Godel a au surplus transmis la liste des activités déployées en faveur de l'assuré, à concurrence de seize heures et trente minutes jusqu'au 29 février 2016.

Les parties ont été informées que la cause était gardée à juger par pli du 2 mars 2016.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

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

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La

décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) En l'espèce, le litige est circonscrit par les décisions du 27 août 2014 et décision sur opposition du 30 septembre 2014. Il porte en conséquence exclusivement sur le droit du recourant à la prise en charge des frais de traitement encourus et au versement d'indemnités journalières postérieurement à la date du 1^{er} avril 2014. Singulièrement se pose dès lors la question de savoir s'il existe un rapport de causalité entre la symptomatologie présentée par l'assuré à sa cheville droite au-delà de la date précitée et l'accident du 4 juin 2013.

Dans ce contexte, compte tenu des arguments des parties, il s'agira tout d'abord de déterminer si les documents médicaux versés au dossier permettent de statuer sur le droit litigieux ou si des mesures d'instruction complémentaire, telles que sollicitées par le recourant, se justifient. Ensuite, pour autant que le dossier puisse être qualifié de complet, il y aura lieu de statuer sur les prétentions de l'assuré.

On ajoutera que la décision du 27 août 2014 a expressément admis que l'intervention destinée à l'ablation d'un fil non résorbable était à la charge de l'intimée. L'opération effectuée par le Dr M. _____ le 18 février 2015 a permis de procéder à cette ablation, entre autres mesures thérapeutiques. Il appartiendra dès lors à la CNA de déterminer par décision spécifique dans quelle mesure elle est appelée à servir ses prestations pour tenir compte de l'ablation du fil non résorbable, cet élément sortant du cadre actuel du litige.

3. 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).

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, 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 l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références). A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident

(TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 et TFA U 266/99 du 14 mars 2000 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

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 (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006).

b) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Eu égard spécifiquement au diagnostic de « maladie de Sudeck », « algodystrophie » ou « CRPS », le Tribunal fédéral a eu l'occasion de définir des critères cumulatifs justifiant l'admission d'un lien de causalité entre un accident et une telle pathologie, à savoir :

- la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique ;
- une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines
(TF 8C_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3 ; 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 ; U 436/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.4.2.1).

4. In casu, préalablement, il y a lieu de déterminer si un complément d'instruction médicale, soit une expertise judiciaire, s'avère nécessaire, ainsi que le requiert le recourant aux termes de ses différentes écritures.

a) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la

personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

b) Dans le domaine des assurances sociales, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc).

Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5. En l'espèce, l'instruction du dossier conduite par l'intimée jusqu'à la décision sur opposition du 30 septembre 2014 s'avère très exhaustive et ne prête pas flanc à la critique.

a) Le recourant a en effet été soumis à une rééducation intensive au sein de la Clinique I._____ du 14 janvier 2014 au 19 février 2014, où il a fait l'objet d'une investigation pluridisciplinaire, alors que la CNA a régulièrement requis des rapports des spécialistes ayant assumé son suivi auprès du Centre hospitalier B._____. Il a par ailleurs été examiné cliniquement par le Dr F._____ le 12 juin 2014 avant que la CNA ne statue sur sa situation.

On relèvera à cet égard que tant le rapport d'expertise de la Clinique I._____ du 25 février 2014 que le rapport d'examen du Dr F._____ du 12 juin 2014 remplissent a priori à tous points de vue les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 4a pour se voir accorder pleine valeur probante.

Singulièrement, les médecins ont procédé à des examens extrêmement détaillés du cas, opérant une analyse complète des pièces du dossier, ainsi que requérant éventuellement des bilans cliniques complémentaires (cf. en particulier rapport de la Clinique I. _____ du 25 février 2014). Les éléments pertinents de l'anamnèse et les plaintes alléguées par l'assuré ont par ailleurs été relatés, aussi bien par le Dr F. _____ que par les spécialistes de la Clinique I. _____. Ils ont en outre discuté l'ensemble des diagnostics évoqués en l'occurrence, tandis que leurs conclusions s'avèrent tout à fait convaincantes et exemptes de contradictions, au vu de leurs constats cliniques.

b) Du point de vue diagnostique, on observe que l'ensemble des médecins consultés a repris les éléments rapportés par le Centre hospitalier B. _____, en retenant une « luxation traumatique du long péronier » de la cheville droite, sans mentionner de diagnostics spécifiques de nature à justifier la symptomatologie douloureuse alléguée ultérieurement par le recourant. A cet égard, seul le Dr M. _____, consulté par l'assuré dès le 17 juin 2014, a exprimé la possibilité d'une « maladie de Sudeck », laquelle n'avait jamais été envisagée par les précédents intervenants médicaux.

Les Drs F. _____ et T. _____, dans leurs appréciations respectives des 19 août 2014, 19 février 2015 et 31 juillet 2015, ont toutefois exposé par le détail les motifs les conduisant à écarter ce diagnostic in casu.

On soulignera l'exhaustivité des explications fournies par le Dr T. _____ sur la « maladie de Sudeck », lesquelles peuvent également revêtir une pleine valeur probante, alors que ce dernier s'est prononcé en pleine connaissance du dossier de l'assuré. Compte tenu de l'ensemble des pièces à disposition de ce spécialiste, on ne voit pas de raison impérieuse qui aurait imposé un examen clinique de la part du Dr T. _____, le recourant se limitant à cet égard à poser un postulat de principe sans justification concrète.

En outre, à l'instar du Dr T._____, il convient de constater que le diagnostic de « maladie de Sudeck » est évoqué par le Dr M._____ à titre de suspicion à l'occasion de son rapport médical initial du 23 juin 2014. Ses rapports subséquents des 29 juillet 2014 et 18 septembre 2014 s'avèrent en outre peu circonstanciés sur le sujet, alors que le Dr M._____ est demeuré pour le moins circonspect dans sa correspondance du 29 septembre 2014. On ne voit pas davantage que ce praticien eût été affirmatif à la rédaction de ses réponses à la mandataire de l'assuré du 18 mai 2015.

On peut ainsi douter de la pertinence de ce diagnostic, lequel ne permettrait de toute façon pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 4 juin 2013 et la symptomatologie présentée par l'assuré, ainsi qu'il sera exposé au considérant 6 ci-après.

Partant, le point de savoir si la « maladie de Sudeck » est de nature à expliquer les limitations alléguées par le recourant peut souffrir de rester indécis.

c) Quant à l'appréciation de la capacité de travail du recourant, force est d'observer la convergence des avis médicaux y afférents.

Les spécialistes de la Clinique I._____ ont en effet estimé que l'assuré était doté d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle dès le 1^{er} avril 2014, ce qui a été expressément confirmé par le Dr K._____ au sein du Centre hospitalier B._____ selon son rapport du 26 mars 2014, puis corroboré par les Drs F._____ et T._____ à l'issue de leurs analyses respectives.

On ne voit dès lors pas que l'opinion manifestement isolée du Dr M._____ dans ce contexte, lequel n'est d'ailleurs intervenu qu'en date _____ du 17 juin 2014, soit de nature à ébranler objectivement les conclusions convergentes de l'ensemble des autres spécialistes.

Qui plus est, il n'est pas davantage nécessaire de déterminer si une « maladie de Sudeck » affecte effectivement la capacité de travail du recourant depuis l'été 2014, cette question demeurant sans incidence sur l'issue du litige (cf. considérant 6 infra).

d) En définitive, en l'absence d'élément objectif susceptible de faire douter de l'exhaustivité des examens opérés et de remettre en question une appréciation unanime de la capacité de travail de l'assuré, on ne voit pas qu'une mesure d'instruction complémentaire puisse désormais fournir un éclairage nouveau ou différent sur l'état de santé du recourant.

La mesure requise par ce dernier, soit une expertise judiciaire, peut donc être écartée par appréciation anticipée des preuves.

6. A ce stade, reste à se prononcer sur le lien de causalité éventuel entre la symptomatologie présentée par le recourant au-delà du 1^{er} avril 2014 et l'accident du 4 juin 2013.

A l'instar de la CNA Il y a lieu de se référer aux conclusions de la Clinique I._____, ainsi que des Dr F._____ et T._____, pour considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint le 1^{er} avril 2014, les séquelles de l'accident du 4 juin 2013 devant être considérées comme amendées au plus tard depuis lors.

Un tel résultat concorde d'ailleurs avec l'opinion exprimée par les spécialistes du Centre hospitalier B._____, singulièrement celle du Dr K._____ du 26 mars 2014, ce dernier ayant également retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 1^{er} avril 2014.

En outre, le fait que le Dr M._____ ait posé le diagnostic alternatif de « maladie de Sudeck » et apprécié différemment la capacité

résiduelle de travail ne saurait modifier la rupture du lien de causalité au plus tard à la date du 1^{er} avril 2014.

Le diagnostic de « maladie de Sudeck » (ou « algodystrophie » ou « CRPS ») ne remplit en l'occurrence pas au moins un des critères cumulatifs dégagés par le Tribunal fédéral pour fonder un lien de causalité avec l'accident incriminé, soit la courte période de latence – au maximum six à huit semaines – entre l'accident et son apparition (cf. jurisprudence citée au considérant 3c supra).

Les rapports médicaux versés au dossier de l'assuré durant la période de latence – s'étendant in casu jusqu'à fin août 2013 – ne permettent en effet en aucun cas de considérer que les conditions justifiant un tel diagnostic fussent à ce moment-là réunies.

Vu l'exposé qui précède, l'intimée était fondée à considérer que le statu quo sine vel ante a été atteint au plus tard le 31 mars 2014 et, partant, à refuser de prendre en charge les conséquences financières des troubles présentés par le recourant dès le 1^{er} avril 2014.

7. Le recours de l'assuré, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Manuela Ryter Godel à compter du 30 octobre 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Ryter Godel a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant en date du 29 février 2016, ayant fait état en tout de seize heures et trente minutes déployées dans la présente cause.

Les opérations comptabilisées entrant dans le champ temporel et matériel du mandat, l'activité de Me Ryter Godel peut en définitive être arrêtée à seize heures et trente minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours à concurrence de 100 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 3'315 fr. 65 pour l'ensemble des opérations assumées en faveur de l'assuré.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 3'315 fr. 65 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités dudit remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Manuela Ryter Godel, conseil du recourant, est arrêtée à 3'315 fr. 65 (trois mille trois cent quinze francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Manuela Ryter Godel, à Yverdon-les-Bains (pour Z. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,

- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :