

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Gabellon et Pelletier, assesseures
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le jeudi 4 août 2016, Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], employé en qualité de monteur en ascenseur auprès de [...] AG, s'est tordu la cheville droite sur son lieu de travail, en marchant dans la fosse d'un ascenseur. Il n'a pas chuté et a continué à travailler.

Le 7 août 2016, il a consulté le Service des Urgences du Centre hospitalier R._____ (ci-après : R._____). Selon le rapport de sortie du 8 août 2016, signé du Dr S._____, médecin assistant au Service susmentionné, l'assuré se plaignait d'une douleur latérale aux genoux et à la cheville et précisait avoir pu travailler normalement le vendredi sans présenter d'impotence dans la charge ou la marche. Au status, la cheville droite ne présentait ni tuméfaction, ni hématome, et la palpation du ligament latéral externe était sensible de même que sa mise sous tension. Pour le surplus, le reste de la cheville, du péroné et de l'avant-pied était indolore et aucun trouble neurovasculaire n'était présent. L'intéressé présentait une minime boiterie à la marche. Les radiographies du genou et de la cheville n'avaient pas révélé de lésions osseuses. Les diagnostics d'entorse bénigne du genou droit et d'entorse de stade 1 du ligament latéral de la cheville droite ont été posés.

L'accident a été déclaré à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) le 12 août 2016.

En date du 6 janvier 2017, l'assuré a consulté le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Du rapport adressé le même jour par ce praticien au médecin-conseil de la CNA, il ressort que l'assuré se plaignait notamment de douleurs mécaniques à la cheville droite, soit à la marche, dans les escaliers, en terrain irrégulier, avec une fatigabilité après 30 minutes. A l'examen, la marche était sans boiterie, le mouvement pointe talon sans

particularité, l'arrière pied en valgus physiologique, se réduisant sur la pointe des pieds, et la flexion ainsi que l'extension de la cheville étaient complètes et symétriques. Il n'existait pas de trouble neurovasculaire du membre inférieur et l'état cutané était en ordre. Le Dr K. _____ précisait qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 3 octobre 2016 avait mis en évidence un œdème sous-talien et une suspicion de fracture-chondrale de la tête du talus, signant la sévérité du traumatisme. Ce médecin concluait à l'existence d'un problème mixte, soit mécanique à la cheville droite post entorse sévère, auquel s'était ajouté une lombosciatalgie. Il suggérait une prise en charge par la Clinique L. _____ (ci-après : L. _____) à G. _____. Il ressort par ailleurs de ce rapport que l'intéressé avait repris le travail six semaines après l'accident, avant un nouvel arrêt de travail octroyé dès le 25 novembre 2016 en raison des douleurs.

L'assuré a séjourné du 22 février 2017 au 22 mars 2017 à la L. _____. Dans leur rapport du 10 avril 2017, les Drs M. _____ et Z. _____, spécialiste en rhumatologie, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la L. _____, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur persistante de la face interne de la cheville droite, les diagnostics supplémentaires d'inversion forcée de la cheville droite au travail en date du 4 août 2016 et de fracture sous-chondrale de la tête du talus droite ainsi que d'œdème sous-talien révélés par l'IRM du 3 octobre 2016. De l'examen des chevilles et des pieds, il ressortait ce qui suit :

« **Chevilles et pieds :**

Inspection : pied droit légèrement rougeâtre.

Légère différence de **température**. A droite température dorsale du pied 33.4°C ; à gauche 34.6°C. Plante du pied à droite 31.3°C ; à gauche 33.5°C.

Périmètres : péri-malléolaire 25 cm ddc (des deux côtés), et médio-pied 26 cm ddc.

Pieds normo-axés. Arrière-pied en valgus physiologique ddc.

Palpation : douleurs à la palpation des malléoles et du sinus tarsien. Palpation des pouls pédieux et en rétro-malléolaire présents et symétriques.

Mobilité et amplitudes : extension-flexion 20°-0-50° ddc. Inversion-éversion 100 % ddc. Pas de limitation articulaire.

Stabilité : stabilité latérale normale. Pas de tiroir antérieur. Syndesmose non douloureuse ddc. »

Le rapport du 19 avril 2017 du Dr K. _____ à la CNA, consécutif à un examen clinique du même jour, indique que le status du pied droit était identique au précédent examen. Le Dr K. _____ précisait que l'IRM de contrôle pratiqué à la L. _____ le 2 mars 2017 montrait une régression quasi-complète de l'œdème sous-talien et l'absence de signe de nécrose du talus. Il retenait une bonne évolution de la cheville droite et concluait à la nécessité d'une consultation auprès de spécialistes du rachis en raison des lombosciatalgies non déficitaires irradiant aux deux membres inférieurs.

D'un rapport du 2 mai 2017 du Prof. N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de service à l'Hôpital [...], adressé au Dr K. _____, il ressort que l'assuré se plaignait d'une douleur essentiellement lombaire et à la face antérieure de la cuisse gauche. L'examen clinique révélait une diminution de la mobilité du rachis, surtout en inclinaison droite, en flexion et en extension par la douleur et une cheville droite en ordre. Le Prof. N. _____ retenait finalement une bonne évolution de l'entorse de la cheville droite, parallèlement à des lombocruralgies gauches prédominantes, non déficitaires, possiblement en rapport avec un syndrome facettaire.

En date du 7 juin 2017, l'intéressé a été reçu à la consultation du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé auprès de l'Unité de chirurgie spinale du R. _____. Dans son rapport, non daté, ce praticien a conclu à l'existence de lombalgies avec des sciatalgies bilatérales probablement avec un déconditionnement musculaire important, assorti d'un raccourcissement des chaînes postérieures non négligeable provoquant des douleurs aux membres inférieurs. Il n'avait aucune indication thérapeutique chirurgicale à proposer.

Selon un second rapport du Prof. N. _____ du 30 juin 2017, consécutif à une nouvelle consultation le 27 juin 2017, l'assuré a évoqué

des douleurs devenues plus intenses, au niveau lombaire avec irradiations à la face antérieure de la cuisse et à la face externe des deux jambes, surtout à gauche, avec une gêne à la marche majeure, les douleurs et un tremblement des membres inférieurs imposant un arrêt après 100 mètres. A l'examen clinique, le Prof. N._____ a retenu une aggravation de la symptomatologie et demandé une nouvelle IRM pour la recherche d'une éventuelle compression radiculaire.

Par communication du 22 août 2017, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles présentés par l'intéressé à la colonne vertébrale lombaire, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, avec l'événement du 4 août 2016.

D'un rapport établi le 21 septembre 2017 par les Drs V._____ et X._____, spécialiste en neurologie et médecin associé, respectivement médecin assistant à la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du R._____, où l'assuré a été examiné le 21 août 2017, il ressort ce qui suit :

« Conclusions, traitement et évolution

Le patient présente des troubles de la marche avec une limitation fonctionnelle, suite à une entorse bénigne de la cheville droite il y a une année, avec des signes suggestifs d'une dysautonomie rapportée (œdème de la cheville, changement de la couleur) par à-coups. Néanmoins, ces symptômes, et notamment les troubles de la marche, sont inconstants avec plusieurs inconsistances cliniques. En effet, le patient présente des mouvements non rythmiques, irréguliers, scandés, d'amplitude et de fréquence différentes lors de la marche ou de la station debout, présentant un fort élément de suggestion, ainsi qu'une modification de la symptomatologie sous distraction. Le caractère de ce mouvement, ainsi que l'examen neurologique normal, hormis des signes de surcharge fonctionnelle, sont rassurants quant à une origine organique. Nous n'avons notamment pas d'arguments en faveur d'un tremblement orthostatique, d'un syndrome extra-pyramidal, d'une myélopathie, d'un syndrome radiculaire, d'une myopathie ou d'une lésion centrale.

En ce qui concerne les épisodes paroxystiques d'érythème du pied pouvant évoquer un syndrome régional douloureux, M. Q._____ nous montre ce jour plusieurs photos qu'il a lui-même prises lors de ces épisodes. Notons une discrète différence de la coloration de la peau, sans œdème associé, pour ce qui est visible sur les photos. Monsieur décrit son pied parfois rouge, parfois violacé et même parfois noir, très algique sans notion d'hyper/hyposudation. L'étude de la conductance du chlore revient dans la norme, rendant

l'hypothèse d'une dysautonomie peu probable. La durée prolongée de ces épisodes (2-3 jours à la fois) est également inhabituelle pour un syndrome régional douloureux.

L'origine reste donc indéterminée, une composante fonctionnelle est probable. Nous restons à disposition de compléter le bilan par un enregistrement électrophysiologique. Nous incitons le patient à reprendre une activité sportive régulière, à poursuivre la physiothérapie. »

D'une note d'entretien du 3 octobre 2017 avec un collaborateur de la CNA, il résulte que l'assuré s'est plaint d'une péjoration de son état de santé consécutivement à son séjour à la L._____. Il précisait souffrir du dos depuis dix ans, sans que cette situation, qu'il estimait stable, ne l'ait jamais empêché de travailler. En revanche, l'état de son pied droit était très problématique : il ne pouvait pas appuyer sur son pied droit en raison des douleurs, tout essai dans ce sens créant des mouvements irrépessibles de retrait donnant un peu l'impression d'une danse sur place. Il monopolisait donc sa jambe gauche, laquelle faiblissait rapidement.

Du rapport d'examen clinique final du 13 novembre 2017 établi par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, il ressort ce qui suit :

« **Appréciation**

[...]

M. Q._____, qui est venu avec sa fille, dit que les tremblements dont il est maintenant affligé et qui l'empêchent de marcher normalement ont commencé à G._____, même si rien n'est mentionné dans le rapport de sortie de cet établissement, et qu'ils se sont aggravés progressivement par la suite. Ils apparaissent de manière inopinée, même lorsque le patient est assis ou couché, mais systématiquement quand il se met debout, entravant considérablement la marche, qui est parfois totalement impossible. Selon le patient, ils seraient en relation avec des douleurs résiduelles de la face interne du pied D [droit], notamment du talon, mais sans lien avec des lombo-cruralgies qu'il n'évoque même pas, insistant sur le fait qu'il allait parfaitement bien avant l'accident. Il conduit quand même sa voiture sur de courts trajets.

En station debout, le patient est inexaminable. Il danse littéralement sur place, se tenant sur la pointe des pieds, les genoux légèrement fléchis, incapable de rester immobile, agité de tremblements d'amplitudes et de fréquence variables, strictement limités au MI

[membres inférieurs], qui vont complètement s'arrêter une fois qu'il sera couché.

En décubitus dorsal, la cheville D a un aspect parfaitement normal avec une artère tibiale postérieure dont on voit la pulsation mais comme à G [gauche]. Il n'y a aucun signe réactif manifeste. Il n'y a pas de discoloration, pas de différence de température entre les chevilles. Les téguments sont sp. [sans particularité]. Le pied D est transpirant mais pas plus que le G. La mobilité de la tibio-talienne est complète et symétrique. La sous-talienne n'est pas enraidie. Il n'y a pas de laxité anormale, les tendons péroniers sont en place. On note une discrète amyotrophie du mollet D mais le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. La coque talonnière est totalement indolore à la palpation. Il n'y a pas d'allodynie, pas de Tinel, notamment au niveau de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur. Les callosités sont bien marquées, normalement réparties, symétriques.

L'IRM de contrôle de la cheville D, réalisée le 02.03.2017, lors du séjour à la L._____, ne montre pas de lésions significatives.

A noter également un examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme] le 08.03.2017, sans anomalie objectivable.

Pour ma part, je n'identifie pas de séquelles de l'accident du 04.08.2016.

Le tableau clinique actuel est dominé par des mouvements anormaux qui semblent d'origine psychogène.

[...] »

Par décision du 20 novembre 2017, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 26 novembre 2017, au motif que selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident.

En date du 14 décembre 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, se fondant en particulier sur les avis du Prof. N._____ et du Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin adjoint au Centre d'antalgie du R._____. Il a produit divers rapports médicaux, dont :

- un rapport du 24 novembre 2017 du Dr K._____, lequel, observant des tremblements de tout le corps en position debout, s'est référé à la description de ce phénomène par le Dr V._____ en date du 21 septembre 2017, pour ensuite

retenir, à l'examen des membres inférieurs, l'absence de trouble trophique, un état cutané en ordre, une cheville en flexion et extension complète et symétrique, stable dans les deux plans, la marche talon pointe étant impossible, des douleurs électives à la palpation et à la mise sous tension du tibia postérieur, qui restait compétent, et enfin une allodynie aux deux membres inférieurs.

- un rapport du 11 décembre 2017 du Dr F._____, lequel, ensuite d'une consultation du 29 août 2017, posait le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après également : CRPS/SDRC) après possible fracture du calcanéum droit et d'état dépressif. S'agissant de l'évolution du traitement, le Dr F._____ mentionnait les douleurs et phénomènes de sensation de chaud, de chaud et de froid ainsi que de transpiration au pied droit, apparemment rapportés par son patient. Ce médecin concluait à l'existence d'une symptomatologie de syndrome douloureux complexe régional au membre inférieur droit dont « l'origine pourrait être en traumatisme direct au mois d'août 2016 » (sic).

- un rapport du 12 décembre 2017 du Prof. N._____, consécutif à une consultation de la veille, au cours de laquelle ce médecin a constaté cliniquement une légère sudation du pied droit et, sur la base des photographies présentées par l'assuré, un œdème et une modification de la coloration du pied. A l'examen, la zone la plus douloureuse était la palpation rétro-malléolaire interne. Aucune modification de la sensibilité du pied n'était observée. Il observait encore que la station debout et la marche étaient, selon les douleurs, parasitées par des mouvements incontrôlés de l'ensemble du membre inférieur droit, mouvements qui avaient déjà été explorés en neurologie et sans explication autre que fonctionnelle. Ses constatations étaient compatibles avec un CRPS.

L'intéressé a également produit des photographies de son pied droit prises entre le 1^{er} et le 11 décembre 2017.

Après avoir pris connaissance de ces pièces, le Dr B. _____ s'est livré à une seconde appréciation en date du 29 décembre 2017. Il a observé que les lésions mises en évidence sur l'IRM du 3 octobre 2016 n'étaient plus visibles sur l'IRM de contrôle du 2 mars 2017, que le diagnostic de CRPS posé par le Dr F. _____ ne reposait que sur des éléments anamnestiques et a rappelé que ce diagnostic était essentiellement clinique, avec pour exigence qu'un certain nombre de critères soient remplis pour être retenu (critères de Budapest). Il concluait cette seconde appréciation ainsi :

« Des douleurs disproportionnées par rapport à l'atteinte organique ne sont pas suffisantes. Il faut que le patient présente un certain nombre d'autres symptômes dans différentes catégories répertoriées, tels qu'hyperesthésie, changement de couleur de la peau, asymétrie de température ou de sudation, œdème, altération trophique, changement de pilosité etc. mais aussi que des signes cliniques correspondants soient objectivés.

M. Q. _____ évoque effectivement un certain nombre de symptômes de ce type, montre des photos à l'appui de ses affirmations, diversement interprétées selon les intervenants thérapeutiques, mais finalement, il n'y a rien d'objectivable. En conséquence, le diagnostic de CRPS ne peut pas être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, l'impression qui prévaut étant clairement celle d'un trouble fonctionnel. »

L'opposition de l'assuré a été rejetée par décision sur opposition du 5 janvier 2018. La CNA s'est fondée sur les appréciations de son médecin d'arrondissement pour retenir que l'intéressé ne présentait pas de séquelles de son accident du 4 août 2016, que le diagnostic de CRPS pouvait être exclu et que le tableau clinique était dominé par des mouvements anormaux semblant d'origine psychogène. Cette éventuelle origine psychogène des troubles ne pouvait s'expliquer d'un point de vue organique et le lien de causalité adéquate entre lesdits troubles psychogènes et l'événement accidentel ne pouvait être retenu, celui-ci étant de peu de gravité.

B. Par acte du 2 février 2018, Q._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre cette décision sur opposition, concluant principalement à son annulation et au droit à de plus amples prestations d'assurance-accident, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Se prévalant des rapports médicaux du Dr F._____ du 11 décembre 2017 et du Prof. N._____ du 12 décembre 2017, il a considéré qu'il était établi de manière convaincante qu'il était atteint d'un Südeck. Il faisait valoir que les rapports du Dr B._____ souffraient d'erreurs et d'incohérences manifestes, notamment lorsqu'il constatait que le diagnostic de Südeck ne reposerait sur aucune anamnèse ou examen clinique ou encore que les symptômes constatés médicalement ne seraient pas objectivables. L'assuré émettait encore l'hypothèse que le Dr B._____ pourrait s'être fondé sur une publication de l'intimée laissant entendre selon lui que les personnes à qui l'on diagnostique un Südeck étaient majoritairement des simulatrices. Il a requis notamment la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, son audition personnelle ainsi que la tenue de débats publics.

Dans sa réponse du 20 avril 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle observait que les rapports médicaux du Dr B._____ étaient clairs, cohérents, dûment motivés et n'étaient pas contradictoires et que pour le surplus, l'intéressé ne démontrait pas que ce médecin aurait apprécié subjectivement son cas.

Le recourant a répliqué le 4 mai 2018. Il a fait valoir que le Dr F._____ comme le Prof. N._____ avaient retenu le diagnostic d'un Südeck sur la base de constatations objectives à la faveur de l'examen clinique. En annexe à ses observations, il a produit un rapport médical complémentaire du Dr F._____ du 9 février 2018 et a confirmé ses conclusions. Il ressort du rapport précité ce qui suit :

« 1. Quel est le status de Monsieur Q._____ et le diagnostic correspondant ?

La dernière fois que le patient a été vu au début du mois de janvier 2018, il présentait toujours une symptomatologie douloureuse essentiellement au membre inférieur droit, en particulier calcanéum

et la face latérale du pied. Il présentait encore des phénomènes de transpiration importante et des œdèmes fugaces. Le tremblement qui était très important au début de la prise en charge, semble avoir diminué en intensité et en fréquence.

2. Pouvez-vous confirmer que Monsieur Q. _____ souffre d'un Sudeck ? Si oui, à quel stade ?

Lors de la première consultation avec ce patient le 29.08.2017, le diagnostic de syndrome douloureux complexe régional (Sudeck) me semblait assez évident.

Le patient avait eu un traumatisme tissulaire, il présentait des douleurs continues avec des caractéristiques de neuropathie, il présentait un gradient thermique, il présentait des œdèmes et sudations abondantes, et il n'y avait pas d'autres causes pour expliquer la symptomatologie.

Vu le temps entre le traumatisme initial et la date de la première consultation, il s'agit donc d'un état chronique.

3. Afin de nous permettre de pouvoir fournir les explications nécessaires à nos différents interlocuteurs, pourriez-vous préciser quels éléments vous permettent de retenir l'existence d'un Sudeck ?

Nous avons un traumatisme initial (04.08.2016), une douleur continue, disproportionnée aux événements précipitants, présence d'œdèmes, anomalies de perfusion, anomalie de la sudation de la région douloureuse, et d'autres conditions pathologiques avaient été exclues lors des différents tests diagnostiques.

Il présentait une hyperalgésie de la région de la cheville et du talon, des anomalies de la coloration de température cutanée, des anomalies de sudation, faiblesse musculaire et des tremblements.

4. Cette affection a-t-elle, de manière très vraisemblable, été causée par l'accident dont Monsieur Q. _____ a été victime en date du 04.08.2016 ?

A ma connaissance, la symptomatologie a été décrite la première fois après le traumatisme à la suite d'une chute dans une fosse de 1,10 m de profondeur avec réception sur le pied droit et les mains. Il y a donc de toute façon une correspondance chronologique entre les plaintes et un traumatisme. »

L'intimée a dupliqué le 4 juin 2008 en se référant principalement à une appréciation médicale du Dr B. _____ du 31 mai 2018. En substance, le médecin d'arrondissement de la CNA observait qu'il avait vainement recherché les signes d'une maladie de Südeck lors de l'examen clinique, y compris une sous-utilisation, voire une exclusion fonctionnelle du membre touché, que ses confrères retenaient le diagnostic de Südeck essentiellement sur la base d'éléments anamnestiques, qu'il doutait qu'un tel diagnostic, avant tout clinique, soit passé inaperçu lors du séjour de l'assuré à la L. _____, qu'il n'avait pas été relevé par les médecins précédemment consultés par le recourant, et

enfin que les manifestations changeantes d'un examen clinique à l'autre étaient évocatrices d'un trouble factice.

Le 13 août 2018, l'assuré s'est prévalu d'une tentative de reprise de son activité professionnelle nonobstant son incapacité de travail et a annoncé que son employeur avait résilié son contrat avec effet au 30 novembre 2018.

Le 3 septembre 2018, le recourant a produit spontanément un nouveau rapport médical, daté du 15 août 2018, établi par le Dr T._____. Ce médecin a posé le diagnostic de status après une entorse grave de la cheville droite le 4 août 2016 et considéré que les troubles de l'assuré étaient objectivables. Selon lui, du point de vue uniquement orthopédique, son patient présentait une diminution de la mobilité de la cheville droite avec un status pouvant évoquer un syndrome douloureux régional complexe.

Une audience de jugement s'est tenue le 5 novembre 2018. Le recourant s'y est présenté, assisté de son conseil, l'intimée ayant été dispensée de comparaître. L'intéressé a sollicité son audition formelle, que la Cour de céans lui a refusée.

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 (cf. 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 (cf. art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, le recours est déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée de prestations au-delà du 26 novembre 2017.

c) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées ; cf. TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 avec la référence citée ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 107 p. 930). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C_283/2017 précité consid. 4.2 *in fine*).

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 en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 142 V 435 consid. 1 avec les références citées).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 6a ; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* avec les références citées).

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, non par des experts médicaux (cf. ATF 107 V 173 consid. 4b ; cf. TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; cf. TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur

patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc avec les références citées ; cf. TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; cf. également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé algo(neuro)dystrophie, reflex sympathetic dystrophy, Morbus (ou maladie de) Südeck ou causalgie, est caractérisé par une douleur régionale, continue, spontanée ou provoquée, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue du traumatisme ou de la lésion ; cette douleur régionale ne se limite pas à un territoire nerveux périphérique ou à un dermatome spécifique et est généralement associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudomoteurs, vasomoteurs et/ou trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps (cf. R. N. Harden et al., Complex regional pain syndrome : Practical diagnostic and treatment guidelines, 4^e édition, in : Pain Medicine 2013, vol. 14, p. 182).

Des critères de diagnostic insistant sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'événement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains symptômes (œdème, troubles vasculaires et troubles sudomoteurs) ont été adoptés en 1994, puis revus et adaptés ultérieurement (cf. C. Spicher/J.-P. Estebe/E. Létourneau/T.L. Packham/P. Rossier/J.-M. Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27/1, p. 62 ss ; R. N. Harden et al., op. cit., p. 180 ss ; W. Jänig/R. Schaumann/W. Vogt, SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva 2013, p. 17 ss). Ces nouveaux critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant foi sont les suivants :

1) Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial ;

2) Le patient décrit au minimum un symptôme dans trois des quatre catégories ci-dessous :

- Somatosensorielle : hypersensibilité ;
- Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique ;
- Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème ;
- Motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles ;

3) Au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories :

- Somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie ;
- Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique ;
- Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème ;
- Motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles ;

4) Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes.

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent aucune place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (cf. F. Luthi/M. Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271 s. ; S. Sampath

et al., Usefulness of asymmetry score on quantitative three-phase bone scintigraphy in the evaluation of complex regional pain syndrome, in : Indian Journal of Nuclear Medicine, 2013, vol. 28, p. 11 ss).

Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6).

6. En l'espèce, se fondant sur l'avis du Dr B._____, la CNA a exclu le diagnostic de CRPS, de même que l'existence de séquelles de l'accident du 4 août 2016.

L'intéressé a, pour sa part, contesté cette appréciation et soutenu présenter un CRPS, que confirmaient les examens cliniques effectués par le Dr F._____ et le Prof. N._____.

a) En l'espèce, le Dr F._____ a certes posé le diagnostic de CRPS dans son rapport du 11 décembre 2017. Il ne ressort cependant nullement de ce document que les symptômes fondant ce diagnostic, soit les phénomènes de sensation de chaud, de chaud et de froid ainsi que de transpiration au pied droit ont été constatés personnellement par le Dr F._____ à la faveur d'un examen clinique.

Il en va de même des symptômes décrits par les Drs V._____ et X._____ dans leur rapport du 21 septembre 2017, ces médecins se référant aux photographies présentées par le recourant, respectivement à ses propos. Au demeurant, ceux-ci n'ont finalement pas retenu le diagnostic de CRPS.

Quant au Prof. N._____, il a posé le diagnostic de CRPS en se fondant à la fois sur l'examen clinique et sur les photographies présentées par l'assuré. En effet, cliniquement, il n'a constaté qu'une légère sudation du pied droit et, sur les photographies, un œdème et une modification de la coloration du pied. Or, les critères de Budapest exigent,

sous chiffre 3, au minimum un signe d'examen clinique dans deux des quatre catégories décrites ci-dessus et le Prof. N._____ n'en mentionne qu'un seul, à savoir la légère sudation du pied droit. De surcroît, selon les critères de Budapest, la sudation doit être asymétrique et en l'espèce, le rapport du Prof. N._____ ne fait pas mention d'une quelconque comparaison de la sudation avec le pied gauche. En outre, un sudoscan du 21 août 2017 a démontré que la conductance au chlore était dans la norme (cf. rapport des Drs V._____ et X._____ du 21 septembre 2017).

Enfin, ensuite de sa consultation du 24 novembre 2017, le Dr K._____ n'a mentionné qu'un des signes cliniques répondant aux critères de Budapest, à savoir une allodynie. Par ailleurs, celle-ci affectait les deux membres inférieurs et le Dr K._____ n'a pas fait mention du diagnostic litigieux.

Le diagnostic de CRPS ne paraît donc pas pouvoir être retenu sur la base des examens cliniques précités faute de signes quantitativement suffisants pour satisfaire aux critères dits de Budapest.

b) Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner le grief du recourant s'agissant de l'influence de la publication de la CNA, relative au CRPS, sur l'appréciation du cas par le Dr B._____, d'autant que la jurisprudence a fixé des critères particuliers pour retenir un lien de causalité entre un événement accidentel et un SRDC.

7. a) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré que trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir :

a) 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 ;

b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;

c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (cf. TF 8C_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3, 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1).

b) En l'occurrence, aucun des médecins ayant examiné cliniquement le recourant dans les six à huit semaines suivant l'accident n'a décrit de symptômes caractéristiques de l'algodystrophie. Ces symptômes ne sont rapportés que bien plus tard par l'assuré et c'est à plus d'une année de l'accident que le diagnostic de SDRC a été évoqué pour la première fois. Il sera observé que le Prof. N. _____ a lui-même mentionné dans son rapport du 2 mai 2017, consécutif à une consultation du 28 avril 2017, que la cheville droite de son patient était en ordre.

Dans la mesure où l'un des critères cumulatifs posés par la jurisprudence, soit celui de la courte latence entre l'accident et l'algodystrophie, n'est pas réalisé, le lien de causalité entre l'accident et cette pathologie peut d'emblée être nié. Il ne s'impose dès lors pas de discuter plus avant de la controverse s'agissant du diagnostic de SDRC, ni de donner suite à la requête d'expertise du recourant, ni de procéder à son audition (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008).

8. Pour le surplus, il ressort de l'appréciation du Dr B. _____ que la cheville droite de l'assuré ne présente pas de séquelles de l'accident du 4 août 2016, ce que confirment tant l'imagerie (cf. IRM du 2 mars 2017) que les examens neurologiques avec ENMG du 8 mars 2017 et du 21 août 2017. Les différents rapports médicaux au dossier ne permettent pas de retenir que les troubles subsistants au-delà du 26 novembre 2017 seraient

en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016. Pour le reste, les appréciations du Dr B. _____ des 13 novembre 2017 et 29 décembre 2017 ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et reposent notamment sur un examen clinique de l'intéressé, dont les plaintes ont été analysées. La description du contexte médical est claire, de même que l'opinion du Dr B. _____, qui est dûment motivée. Ces rapports remplissent donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante.

Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions du Dr B. _____ constatant que la cheville droite du recourant ne présente plus de séquelles des suites de l'accident concerné.

9. Le Dr B. _____, comme les Drs V. _____ et X. _____, ont émis l'hypothèse d'un trouble fonctionnel.

a) En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2) - les principes développés pour les traumatismes de type « coup du lapin » (cf. ATF 134 V 109) n'étant pas pertinents en l'espèce.

Dans l'hypothèse d'un trouble fonctionnel, soit 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. C'est ainsi que la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, il convient en effet non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif,

sur l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

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 129 V 402 consid. 4.4.1).

b) En présence d'une simple torsion de la cheville, sans chute, l'accident est indubitablement de peu de gravité de telle sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux et un trouble fonctionnel peut être nié.

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 5 janvier 2018 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :