

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 décembre 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

I. _____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Julien Lanfranconi,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1967, travaillait depuis le 1^{er} janvier 2009 en tant que peintre en bâtiment pour l'entreprise X. _____ Sàrl. A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

B. a) Par déclaration de sinistre LAA du 27 août 2009, l'employeur précité a annoncé à la CNA que l'assuré s'était blessé en se tapant le genou gauche contre un pont roulant le 12 août 2009, et qu'il se trouvait en incapacité de travail depuis le 26 août 2009. De son côté, l'assuré a également informé la caisse de son accident par courrier du 27 août 2009, tout en précisant qu'il avait consulté un médecin la veille, en raison de l'augmentation du volume de son genou.

La CNA a pris en charge les suites de l'événement du 12 août 2009.

b) Aux termes d'un rapport du 4 septembre 2009 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche, le Dr F. _____, radiologue, a conclu à une méniscopathie avec déchirure (grade III) de la corne postérieure du ménisque interne, dégressive au sein de la portion intermédiaire, à une tendinopathie non inflammatoire modérée sans déchirure du ligament croisé antérieur, et à une large bursite prérotulienne.

Dans un rapport médical LAA du 9 septembre 2009, le Dr A. _____, chirurgien ayant examiné l'assuré au Centre médico-chirurgical G. _____ le 26 août 2009, a constaté une tuméfaction des parties molles du genou gauche ainsi que des douleurs de la bourse prérotulienne, sans lésion osseuse visible radiologiquement. Cela étant, il a diagnostiqué une

bursite post-traumatique du genou gauche due à l'accident du 12 août 2009, traitée conservativement.

A la suite d'un entretien téléphonique du 17 septembre 2009 avec l'entreprise X._____ Sàrl, la CNA a pris note de ce que l'assuré avait réintégré son poste de travail à 100% le 14 septembre 2009.

A teneur d'une feuille-accident LAA du 22 septembre 2009, le Dr A._____ a précisé que l'intéressé présentait une pleine capacité de travail depuis le 14 septembre 2009, date à laquelle son traitement médical avait été arrêté.

C. **a)** Le 30 octobre 2009, l'entreprise X._____ Sàrl a adressé à la CNA une déclaration de sinistre LAA annonçant une rechute de l'accident du 12 août 2009 et faisant valoir une incapacité de travail de son employé dès le 24 octobre 2009 - incapacité attestée par le Centre médical B._____.

L'assuré ayant consulté le Dr N._____, médecin au Centre médical B._____, ce praticien a requis l'avis de la Dresse Y._____, rhumatologue et cheffe de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier S._____). Cette dernière a examiné l'intéressé le 2 novembre 2009 et fait part de ses observations dans un rapport du 12 novembre suivant, exposant notamment ce qui suit :

"Diagnostics :

- **Bursite post-traumatique prérotulienne gauche**
- **Probable spondylarthropathie**

Rappel anamnestique :

Monsieur I._____ est âgé de 42 ans, marié, peintre en bâtiment, enfants en bonne santé, sans antécédents particuliers en dehors de quelques épisodes de lombalgies. Présente le 12.08.2009 sur son lieu de travail une chute sur une échelle d'un pont roulant avec traumatisme direct sur le genou gauche. Douleurs, gonflement, consultation au Centre médico-chirurgical G._____ le 26.08.2009 avec diagnostic de bursite prérotulienne gauche post-traumatique. La douleur à ce moment-là était mécanique. Traitement local avec amélioration et reprise du travail le 14.09.2008. La bursite néanmoins persiste et le patient peut continuer son travail en

évitant la genuflexion et en portant une genouillère. Le 23.10.2009, brutalement en fin de matinée, douleur violente avec gonflement, douleur d'horaire inflammatoire, sans fièvre, sans malade dans l'entourage, sans signes infectieux, sans nouveau choc, sans plaie, sans geste invasif. Il consulte alors à la Centre médical B. _____, vous effectuez une ponction qui retrouve un liquide mécanique sans germe, mais un syndrome inflammatoire à la prise de sang avec une VS à 37 et une CRP à 113. Cliniquement, vous suspectez une bursite post-traumatique non-infectée, mais devant la présence d'un syndrome inflammatoire vous démarrez un traitement d'Augmentin que le patient va prendre 10 jours et d'anti-inflammatoires. Vous le revoyez quelques jours après et devant la non-amélioration clinique, vous changez l'Augmentin pour la Cirpofloxacine. Le syndrome inflammatoire à moment-là régresse sous antibiotiques et anti-inflammatoires avec une VS qui passe de 37 à 78 probablement en décalé car la CRP passe de 113 à 37. Finalement vous me l'adressez en vue de préciser le diagnostic chez ce patient.

A l'anamnèse, on note l'absence d'uvéite, l'absence d'antécédents familiaux pour un rhumatisme, pas de consommation [d']alcool, tabac ou drogues à risques, par contre une desquamation importante par plaques au niveau du cuir chevelu évoquant fortement un psoriasis

Examen clinique :

Je note un psoriasis du cuir chevelu et une douleur au niveau de la bursite prérotulienne gauche. Je note par ailleurs un épanchement modéré des deux genoux et de la cheville G. Je ponctionne la bursite et je retrouve un liquide inflammatoire stérile et sans cristaux. La culture eu-bactérienne est en cours. Je propose alors la réalisation d'investigations complémentaires, HLA-B27 négatif, VS 53, CRP 13, vitamine D 25.4.

Radiographies du bassin et des sacro-iliaques :

Aspect flou des 2 sacro-iliaques évoquant une sacro-iliite bilatérale.

Appréciation du cas :

Monsieur I. _____ présente à mes yeux deux pathologies distinctes, une bursite prérotulienne gauche post-traumatique sur son accident de travail et un rhumatisme inflammatoire type arthrite psoriasique. L'histoire du choc et de l'apparition de la bursite parlent en faveur de cette bursite post-traumatique. Les douleurs étaient alors mécaniques. L'histoire actuelle de l'aspect inflammatoire de la bursite avec autres articulations gonflées, syndrome inflammatoire biologique, sacro-iliite bilatérale, psoriasis, amélioration sous AINS m'évoquent un rhumatisme psoriasique.

J'ai préconisé à Monsieur I. _____ la poursuite des anti-inflammatoires, de se rendre chez un dermatologue pour confirmer le psoriasis et pour poser l'indication à un traitement spécifique local notamment et d'avoir un suivi rhumatologique spécialisé.

[...]"

Au cours d'un entretien téléphonique du 26 novembre 2009, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'il entendait reprendre son travail à 100% le 30 novembre 2009.

En date du 7 décembre 2009, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'incapacité de travail ayant débuté le 24 octobre 2009 n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 12 août 2009.

Par écrit du 22 décembre 2009, la CNA a informé l'assuré que les nouveaux troubles du genou gauche signalés le 30 octobre 2009 n'étaient pas susceptibles d'être pris en charge par l'assurance-accidents, un lien de causalité certain - ou du moins probable - ne pouvant être établi entre l'incapacité de travail survenue le 24 octobre 2009 et l'événement du 12 août 2009.

Par courrier du 29 décembre 2009, l'intéressé a contesté la position de la caisse précitée. Il a fait valoir que son genou gauche n'était pas guéri lors de la reprise de travail du 14 septembre 2009, ce qui avait engendré une résurgence de la bursite post-traumatique prérotulienne gauche le 23 octobre 2009. Il a ajouté que le psoriasis et le rhumatisme diagnostiqués par la Dresse Y._____ n'avaient aucun lien avec cette bursite. Enfin, il a critiqué l'attitude de la CNA consistant à allouer des prestations pour l'accident du 12 août 2009 tout en refusant de prendre en charge *«la continuité du même problème»*.

Par avis médical du 4 janvier 2010, le Dr Z._____ s'est déterminé comme suit sur le cas de l'assuré :

"APPRECIATION DU CAS :

Suite à un choc direct contre le genou gauche survenu le 12.08.2009, une bursite d'origine traumatique s'est installée et a été traitée conservativement. Le travail a pu être repris à plein le 14.09.2009.

Ce n'est qu'environ 6 semaines plus tard que des douleurs violentes avec gonflement s'installent qui, investiguées cliniquement, par examens de laboratoire et radiologie, amèneront au diagnostic de probable spondylo-arthropathie.

Un traitement par antibiotiques se révélera d'autre part inefficace.

Nous sommes en présence non pas d'une rechute du problème consécutif au traumatisme du 12.08.2009 mais bel et bien d'un nouveau tableau, en relation avec une spondylo-arthropathie, de probable origine psoriasique.

Notre consoeur, la Dresse Y. _____, fait précisément la part des choses entre une bursite pré-rotulienne gauche post-traumatique sur son accident de travail, avec des douleurs d'origine mécanique, et une nouvelle histoire comportant un aspect inflammatoire de la bourse, avec d'autres articulations gonflées, un syndrome inflammatoire biologique, une sacro-iliite bilatérale et un psoriasis, amélioré sous AINS.

Si le problème rhumatologique n'avait pas été présent, la situation d'origine traumatique aurait été, à ce moment et avec la plus grande vraisemblance, résolue définitivement. La nouvelle "aggravation" n'est plus du tout en relation avec l'événement du 12.08.2009, mais représente une manifestation inflammatoire, en relation avec le psoriasis et son rôle arthropathique.

La situation n'atteignant pas la probabilité prépondérante de relation causale, nécessaire à sa prise en charge par la LAA, c'est à juste titre que la "rechute" a été refusée et sa prise en charge confiée à la caisse maladie.

Il faut encore observer que la lésion méniscale trouvée à l'IRM, si confirmée, n'est pas non plus en relation de causalité avec l'évènement qui nous concerne. En effet un choc direct tel que décrit et souligné à plusieurs endroits du dossier, n'est pas susceptible de générer une telle lésion.

Quant à la notion de "bursite" dans le cadre d'une atteinte rhumatismale, notamment psoria[s]ique, il s'agit d'un classique, largement connu de tous les spécialistes en charge de ce type de pathologie."

b) Par décision du 7 janvier 2010, la CNA a refusé de verser des prestations d'assurance en lien avec l'événement annoncé le 30 octobre 2009. Se fondant sur les documents médicaux au dossier et l'avis de son médecin-conseil, la caisse a considéré que l'incapacité de travail survenue le 24 octobre 2009 ne se trouvait pas en relation de causalité certaine ou du moins vraisemblable avec l'accident du 12 août 2009.

L'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 5 février 2010 rédigé par son mandataire. Pour l'essentiel, il a allégué que la bursite post-traumatique prérotulienne gauche occasionnée le 12 août 2009 ne s'était jamais résorbée, au point de le contraindre à travailler avec une genouillère, et que c'était l'inflammation de cette bursite et non un rhumatisme inflammatoire qui avait engendré l'incapacité de travail du 24

octobre 2009. Il a ajouté que la proximité temporelle entre les événements d'août 2009 et ceux d'octobre 2009 laissait à penser que ces deux épisodes étaient étroitement liés à la bursite post-traumatique. En outre, il a reproché à la CNA d'avoir procédé à une mauvaise interprétation du rapport de la Dresse Y._____, et a souligné que la ponction effectuée par le Dr N._____ n'avait pas révélé la présence de cellules inflammatoires, preuve que l'atteinte affectant son genou gauche ne pouvait provenir d'un rhumatisme inflammatoire. Cela étant, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi que l'audition du Dr N._____.

Par avis médical du 10 février 2010, le Dr Z._____ a renvoyé à son appréciation du 4 janvier 2010, tout en soulignant que le rapport de la Dresse Y._____ était clair et univoque.

c) Par décision sur opposition du 16 février 2010, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 7 janvier 2010. Dans sa motivation, elle a retenu qu'aucun élément du dossier n'incitait à douter des conclusions du Dr Z._____, selon lesquelles il ressortait du rapport «*clair et univoque*» de la Dresse Y._____ que l'assuré présentait actuellement des signes inflammatoires non-traumatiques. Relevant que l'intéressé fondait implicitement ses prétentions sur la maxime «*post hoc, ergo propter hoc*», la caisse a observé que semblable argumentation ne constituait pas, au regard de la jurisprudence topique, un moyen de preuve permettant d'établir - au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurance-accidents - un lien de causalité naturelle. Enfin, la CNA a considéré qu'en présence d'appréciations médicales claires et concordantes, il n'y avait pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'assuré, étant par ailleurs souligné que l'assureur-maladie de ce dernier n'avait pas formé opposition à l'encontre de la décision de refus de prestations du 7 janvier 2010.

D. **a)** Agissant par l'entremise de son conseil, l'assuré a recouru le 19 mars 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation, respectivement à sa réforme et au versement des prestations d'assurance

pour les troubles du genou gauche annoncés le 30 octobre 2009. En substance, il fait valoir que l'incapacité de travail survenue le 24 octobre 2009 est due à des séquelles de la bursite post-traumatique prérotulienne gauche consécutive à l'accident du 12 août 2009. S'agissant de ses autres affections, il considère que celles-ci ne sont pas susceptibles d'influencer sa capacité de travail. Par ailleurs, il relève qu'«*inquiet de voir l'état de son genou rest[er] le même*» depuis l'accident du 12 août 2009, il avait d'ores et déjà pris rendez-vous au Centre médico-chirurgical G. _____ pour le 26 octobre 2009, lorsque ses troubles l'ont amené à devoir consulter en urgence le 24 octobre 2009. Il fait valoir qu'à l'issue de cette consultation, le Dr N. _____ a posé le diagnostic de bursite post-traumatique due à l'accident du 12 août 2009 et n'a pas décelé de cellules inflammatoires suite au prélèvement effectué, ce qui dément la thèse selon laquelle les troubles survenus le 23 octobre 2009 auraient été engendrés par un rhumatisme inflammatoire. Il conteste la valeur probante des conclusions de la Dresse Y. _____, relevant que celle-ci ne l'a ausculté que durant 30 minutes, qu'elle n'a pas formulé ses conclusions de manière claire et univoque, qu'elle n'était pas habilitée à poser un diagnostic péremptoire sur un cas de psoriasis faute d'être titulaire d'une spécialisation en dermatologie, et qu'elle s'est abstenue d'aborder la question de la prépondérance à accorder à chaque pathologie. Le recourant critique également l'avis du Dr Z. _____, soulignant que ce médecin ne l'a pas ausculté personnellement, que son l'évaluation est incomplète, qu'il ne pouvait se prononcer en toute connaissance de cause sur la probable existence d'un psoriasis faute d'être dermatologue, et qu'il a omis de tenir compte du fait qu'une bursite est par définition une inflammation de la bourse. Il allègue enfin que même à admettre que l'incapacité de travail du 24 octobre 2009 ne soit que partiellement imputable à l'accident du 12 août 2009, il reste que le droit aux prestations pour soins, remboursements de frais, indemnités journalières et allocations pour impotent demeure entier de par la loi.

A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi que l'audition du Dr N. _____. A l'appui de ses dires, il produit diverses pièces relatives à des stades antérieurs de la procédure.

b) Appelée à se prononcer sur le recours, la CNA en a proposé le rejet par réponse du 23 avril 2010. Se fondant sur l'appréciation jugée convaincante de la Dresse Y._____, confirmée par le Dr Z._____, l'intimée considère que l'incapacité de travail du 24 octobre 2009 est d'origine malade et non traumatique. Elle relève que si le recourant défend une position contraire, il n'invoque toutefois aucun élément médical déterminant susceptible de mettre en doute les avis concordants des médecins précités, avis qui ne sauraient être infirmés par le seul diagnostic posé par le Dr N._____ en octobre 2009, cela d'autant moins que c'est le Dr N._____ qui a renvoyé l'assuré auprès de la Dresse Y._____ pour un examen plus approfondi. La CNA ajoute qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par l'assuré, dans la mesure où l'affaire a été investiguée à satisfaction de droit.

c) Par décision du 29 avril 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 19 mars 2010, et désigné Me Julien Lanfranconi en qualité d'avocat d'office.

d) Dans sa réplique du 17 mai 2010, le recourant a maintenu ses précédents motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

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

b) En l'occurrence, est litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident du 12 août 2009 et les troubles du genou gauche ayant engendré chez l'assuré une incapacité de travail depuis le 24 octobre 2009.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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 la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*) (TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341s. ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement

assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 79 p. 865).

En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a; cf. dans le même sens TF 8C_211/2011 du 22 août 2011 consid. 3.2, 8C_361/2009 du

3 mars 2010 consid. 4.2 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1; cf. également Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 87 p. 867).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, 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. C'est la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il faut en outre tenir compte du fait que 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

5. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'avis des Drs Y._____ et Z._____ pour retenir que l'incapacité de travail du 24 octobre 2009 ne pouvait être rattachée à l'accident du 12 août 2009. De son côté, le recourant conteste ce point de vue, considérant, d'une part, que c'est bien la bursite post-traumatique occasionnée le 12 août 2009 qui l'a empêché de travailler dès le 24 octobre suivant, et alléguant, d'autre part, que les conclusions des Drs Y._____ et Z._____ ne peuvent se voir reconnaître valeur probante et qu'il y aurait lieu de leur préférer l'avis du Dr N._____.

a) Dans son rapport du 12 novembre 2009, la Dresse Y._____ rappelle en détail l'anamnèse du recourant et expose clairement les constatations ressortant de l'examen clinique pratiqué sur celui-ci, tout en décrivant le résultat des radiographies réalisées au niveau du bassin et des articulations sacro-iliaques. Par ailleurs, c'est avec cohérence et précision qu'elle motive ses conclusions selon lesquelles

l'assuré présente, d'une part, une bursite prérotulienne gauche post-traumatique sur son accident de travail, et, d'autre part, une probable spondylarthropathie sous forme de rhumatisme inflammatoire type arthrite psoriasique, affection évoquée par l'histoire actuelle de l'aspect inflammatoire de la bursite avec d'autres articulations gonflées, un syndrome inflammatoire biologique, une sacro-iliite bilatérale, et un psoriasis en voie d'amélioration sous anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS).

Sous l'angle formel, le recourant reproche à la Dresse Y._____ de l'avoir ausculté durant 30 minutes à peine (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 10). Il ne produit toutefois aucun moyen de preuve concret pour étayer ses dires. Quoi qu'il en soit, il reste que la durée d'un examen clinique ne constitue pas un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical (cf. TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3.2; cf. également TF 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3 et TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2 et jurisprudence citée). Aussi le grief invoqué par le recourant à ce propos est-il mal fondé.

Sur le fond, contrairement à ce que soutient l'assuré (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 9), la Dresse Y._____ ne se limite pas à évoquer un rhumatisme psoriasique, mais diagnostique expressément une probable spondylarthropathie, respectivement un rhumatisme inflammatoire type arthrite psoriasique, tout en mettant en exergue les éléments plaidant spécifiquement en faveur d'un rhumatisme psoriasique (le terme générique de spondylarthropathie regroupant diverses catégories d'atteintes, dont les rhumatismes psoriasiques, cf. notamment le «*Dossier spondylarthrite ankylosante*» [let. A] constitué par la Société française de rhumatologie [SFR], disponible sur http://www.rhumatologie.asso.fr/04-Rhumatismes/grandes-maladies/0E-dossier-spondylarthrite/A3_spondylarthropathies .asp, consulté le 29 novembre 2011). Pour le reste, le recourant n'avance aucun argument médical concret incitant à s'écarter du diagnostic ainsi posé par la Dresse Y._____, lequel doit dès lors être confirmé au degré de la vraisemblance prépondérante.

Plus particulièrement, la Dresse Y. _____ distingue clairement entre deux épisodes pathologiques. Le premier est accidentel et concerne la survenance d'une bursite post-traumatique prérotulienne gauche le 12 août 2009, accompagnée de douleurs qui étaient mécaniques lors de la consultation au Centre médico-chirurgical G. _____ le 26 août 2009 (cf. rapport du 12 novembre 2009 p. 1). La situation s'est ensuite améliorée grâce au traitement conservateur mis en œuvre, lequel s'est achevé le 14 septembre 2009, date à partir de laquelle le Dr A. _____ a reconnu à l'assuré une capacité de travail de 100% (cf. feuille-accident LAA du 22 septembre 2009); ce dernier a alors repris son travail en évitant la genuflexion et en s'aidant d'une genouillère. Quant au second épisode, il a débuté le 23 octobre 2009 et doit être mis en relation avec un rhumatisme psoriasique, dont témoignent divers symptômes inflammatoires - à savoir «*[I]’histoire actuelle de l’aspect inflammatoire de la bursite*» avec gonflement d'autres articulations, un syndrome inflammatoire biologique et une sacro-iliite bilatérale - associés à un psoriasis du cuir chevelu en voie d'amélioration sous AINS. Ce second épisode ne s'est plus accompagné de douleurs mécaniques mais inflammatoires, la Dresse Y. _____ les ayant décrites en ces termes : «*[I]e 23.10.2009, brutalement en fin de matinée, douleur violente avec gonflement, douleur d’horaire inflammatoire, sans fièvre, sans malade dans l’entourage, sans signes infectieux, sans nouveau choc, sans plaie, sans geste invasif*» (cf. rapport du 12 novembre 2009 p. 1).

Cela étant, il apparaît que la bursite prérotulienne de l'assuré - certes d'origine accidentelle, mais n'étant plus accompagnée de douleurs mécaniques - s'inscrit désormais dans un contexte maladif, dans le cadre duquel elle constitue uniquement la manifestation d'une inflammation plus générale (qui touche par ailleurs d'autres articulations, notamment au niveau sacro-iliaque, et se traduit également par un syndrome inflammatoire biologique) s'inscrivant dans la continuité d'un rhumatisme inflammatoire type arthrite psoriasique. Les douleurs inflammatoires apparues le 23 octobre 2009 sont en définitive la conséquence de cette nouvelle affection conjuguant des effets sur les plans rhumatologique et

dermatologique, et ne peuvent être mises en lien avec l'accident du 12 août 2009, lequel s'est exclusivement traduit par des douleurs mécaniques. Partant, on ne peut retenir que l'incapacité de travail survenue le 24 octobre 2009 est imputable, même partiellement (cf. art. 36 al. 1 LAA), aux suites de l'accident du 12 août 2009.

C'est donc en vain que le recourant, faisant valoir qu'une bursite est une inflammation d'une bourse séreuse, reproche à la Dresse Y._____ de ne pas avoir indiqué le moment auquel l'inflammation liée à l'accident du 12 août 2009 avait disparu pour laisser place à une inflammation de type rhumatismale et d'origine psoriasique (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 9). Cette question est en effet dénuée de pertinence, dans la mesure où les événements d'août et d'octobre 2009 ne peuvent pas être mis en relation, ainsi qu'il a été démontré au paragraphe précédent. Pour le même motif, le grief du recourant selon lequel le rapport de la Dresse Y._____ «*ne traite pas véritablement de la prépondérance à accorder à chaque pathologie*» (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 10) doit également être rejeté.

A cela s'ajoute que l'on ne saurait écarter l'avis de la Dresse Y._____ au motif qu'elle n'est pas titulaire d'une spécialisation en dermatologie (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 9 s.). En effet, cette dernière n'en est pas moins spécialiste en rhumatologie. Partant, confrontée à une inflammation conjuguant des effets rhumatologiques et dermatologiques, force est de constater qu'elle n'a pas outrepassé son domaine de compétence en diagnostiquant chez l'assuré un rhumatisme inflammatoire type arthrite psoriasique, et en lui conseillant de suivre un traitement rhumatologique spécialisé. On comprend, du reste, qu'elle ait invité le recourant à consulter un dermatologue pour confirmer le psoriasis et discuter du traitement devant être suivi à cet égard, cette partie de la symptomatologie de l'intéressé relevant d'un domaine dans lequel elle ne disposait pas de connaissances spécialisées.

Il résulte de ce qui précède que c'est en vain que le recourant critique les conclusions convaincantes de la Dresse Y._____, lesquelles doivent se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra).

b) A cela s'ajoute que l'appréciation de la Dresse Y._____ est corroborée par l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA le Dr Z._____. En effet, dans ses comptes-rendus des 4 janvier et 10 février 2010, ce dernier confirme la distinction opérée par la Dresse Y._____ entre la bursite post-traumatique de l'assuré et un nouveau problème rhumatologique, tout en considérant que si ce problème rhumatologique n'avait pas été présent, les séquelles de l'accident du 12 août 2009 n'auraient pu aboutir à l'incapacité de travail du 24 octobre 2009, incapacité provenant d'une «*manifestation inflammatoire, en relation avec le psoriasis et son rôle arthropatique*» (cf. avis médical du Dr Z._____ du 4 janvier 2010 p. 2).

Le recourant conteste le bien-fondé des conclusions du Dr Z._____, faisant tout d'abord valoir que ce dernier ne l'a pas examiné personnellement (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 8). Ce grief doit cependant être écarté, attendu que, selon la jurisprudence fédérale, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante si ce dossier contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (cf. TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) - ce qui est le cas en l'espèce, le Dr Z._____ se fondant essentiellement sur l'avis de la Dresse Y._____ du 12 novembre 2009 tout en se référant aux constats des Drs A._____ et F._____ (cf. rapport du Dr Z._____ du 4 janvier 2010 p. 1s.), tous rédigés sur la base d'un examen personnel du recourant.

Peu importe, par ailleurs, que le Dr Z._____ ne soit pas titulaire d'une spécialisation en dermatologie (contrairement à ce que prétend l'assuré, cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 1). En effet, en tant que spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il disposait des connaissances nécessaires pour apprécier la situation s'agissant des problèmes traumatiques et

rhumatologiques du recourant. Dans la mesure où il n'a pas émis de conclusions sur le plan strictement dermatologique, on ne saurait lui reprocher de ne pas être au bénéfice d'une spécialisation dans ce domaine.

De surcroît, le recourant critique l'avis du Dr Z._____, en faisant valoir que l'on ne peut faire la part des choses entre la bursite occasionnée le 12 août 2009 et l'épisode du 23 octobre 2009 comportant un aspect inflammatoire de la bourse, dès lors qu'une «*bursite est par définition une inflammation de la bourse*» (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 11). Ce raisonnement ne peut être suivi. En effet, ce médecin a clairement exposé, dans son avis du 4 janvier 2010, que la notion de bursite dans le cadre d'une atteinte rhumatismale, notamment psoriasique, était un classique largement connu de tous les spécialistes en charge de ce type de pathologie. Si la coexistence de ces deux atteintes est commune, on ne saurait pour autant en déduire que la première doit automatiquement être considérée comme la cause de la seconde. Les explications de la Dresse Y._____, (cf. consid. 5a supra) démontrent du reste qu'en l'occurrence, la bursite occasionnée le 12 août 2009 n'était pas à l'origine des douleurs inflammatoires survenues le 23 octobre 2009, dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire de type arthrite psoriasique. Aussi l'argument de l'assuré tombe-t-il à faux.

Cela étant, il apparaît que les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'appréciation du Dr Z._____ sont infondées, les conclusions de celui-ci -lesquelles s'inscrivent dans le prolongement de celles de la Dresse Y._____ - apparaissant totalement dignes de foi (cf. consid. 4b supra). Plus particulièrement, il s'avère que l'avis médical du 4 janvier 2010 était suffisamment complet pour que le médecin d'arrondissement de la CNA puisse s'abstenir, dans son écrit du 10 février 2010, de répondre en détail aux arguments énoncés dans l'opposition de l'assuré (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 11).

A titre superfétatoire, la Cour relève que selon le Dr Z._____, la lésion méniscale mentionnée par le Dr F._____ dans son rapport d'IRM

du 4 septembre 2009 n'est pas non plus en lien de causalité avec les douleurs inflammatoires survenues le 23 octobre 2009 - ce que le recourant ne conteste pas.

c) L'assuré se prévaut en outre de l'avis du Dr N._____, médecin qui l'a certes ausculté au Centre médical B._____ suite aux douleurs inflammatoires survenues le 23 octobre 2009, mais dont aucun avis médical en bonne et due forme ne figure au dossier, les dires de ce praticien ayant uniquement été rapportés par la Dresse Y._____ dans son constat du 12 novembre 2009. Les propos du Dr N._____ doivent donc être considérés avec une certaine circonspection, dans la mesure où ils ne lui sont qu'indirectement imputables.

Quoi qu'il en soit, il appert que ce médecin n'a nullement posé un diagnostic clair et univoque à l'égard du recourant, contrairement à l'avis de ce dernier (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 8), mais qu'il s'est limité à suspecter une bursite post-traumatique non-infectée, ensuite de quoi, constatant la persistance d'un syndrome inflammatoire, il a adressé le patient à la Dresse Y._____ en vue de préciser le diagnostic (cf. rapport du 12 novembre 2009 de cette dernière p. 1). Il s'ensuit qu'en définitive, l'appréciation du Dr N._____ s'avère incomplète, de sorte qu'elle n'est pas susceptible de mettre en cause la valeur probante des avis des Drs Y._____ et Z._____.

Du reste, si le Dr N._____ a certes effectué une ponction mettant en évidence un liquide mécanique sans germe, comme l'a souligné le recourant (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 8s.), il reste que la ponction ultérieurement effectuée par la Dresse Y._____ au niveau de la bursite de l'assuré a, quant à elle, démontré l'existence d'un liquide inflammatoire stérile et sans cristaux (cf. rapport de la Dresse Y._____ du 12 novembre 2009 p. 2), circonstance ayant été prise en compte par cette spécialiste pour poser le diagnostic de rhumatisme inflammatoire type arthrite psoriasique. Aussi la ponction initialement effectuée par le Dr N._____ n'est-elle pas susceptible d'influencer le sort de la présente cause.

d) Enfin, le recourant allègue que lors de la survenance de l'événement du 23 octobre 2009, il avait d'ores et déjà pris rendez-vous pour le 26 octobre 2009 auprès du Centre médico-chirurgical G._____, en raison d'un sentiment d'inquiétude lié à l'absence d'évolution de son genou gauche (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 8). Dans la mesure où cet allégué n'est nullement établi en l'état du dossier, la Cour de céans ne saurait le considérer comme décisif. Au demeurant, la Dresse Y._____ a insisté, dans son rapport du 12 novembre 2009 (p. 1), sur la soudaineté des douleurs inflammatoires survenues le 23 octobre 2009. Il paraît dès lors douteux que ces douleurs aient pu motiver la prise d'un rendez-vous médical plusieurs jours auparavant.

e) En définitive, il apparaît que c'est à bon droit que l'intimée, se fondant sur les rapports des Drs Y._____ et Z._____, a considéré que les douleurs inflammatoires survenues le 23 octobre 2009 ne se trouvaient pas – même partiellement (cf. art. 36 al. 1 LAA) – en lien de causalité avec l'accident du 12 août 2009, de sorte qu'elles ne pouvaient justifier le versement de prestations d'assurance à l'égard de l'assuré. Au surplus, la seule proximité temporelle entre les troubles survenus le 23 octobre 2009 et 12 août 2009 n'est incontestablement pas de nature à pouvoir mettre en doute les avis médicaux précités, contrairement à ce qu'allègue le recourant (cf. mémoire de recours du 19 mars 2010 p. 7).

Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. Il en va de même de la tenue de l'audition du Dr N._____. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, en ce sens que le recourant

n'a pas droit à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec les douleurs inflammatoires survenues le 23 octobre 2009 et ayant engendré une incapacité de travail dès le jour suivant.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En l'occurrence, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée, obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer de dépens à la charge du recourant.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 16 février 2010 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 :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Julien Lanfranconi (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).

La greffière :