

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Saïd et M. Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représenté par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé dès le 1^{er} juin 2014 pour Z._____ Sàrl, en qualité d'ouvrier-parqueteur. A ce titre, il était assuré par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 14 janvier 2019, l'assuré a glissé dans les escaliers. Ressentant des douleurs au genou gauche, il s'est rendu au service d'urgence du Centre M._____ (cf. déclaration de sinistre du 16 janvier 2019). Il a été vu par le Dr J._____, médecin généraliste, à qui il a expliqué qu'en glissant, la face interne de son genou gauche avait heurté le bord d'une marche d'escalier. Après un examen des membres inférieurs et une radio du genou gauche (face/profil) n'ayant pas révélé de lésion osseuse, le médecin a diagnostiqué une gonalgie gauche, rendant la marche impossible (cf. rapport du Dr J._____ du 15 janvier 2019). Un certificat d'incapacité de travail à 100 % a été délivré à l'assuré, pour la période du 14 au 22 janvier 2019.

Par courrier du 18 janvier 2019, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle lui allouait les prestations d'assurance légales pour les suites de son accident professionnel du 14 janvier 2019.

L'assuré a ensuite consulté le Dr L._____, médecin généraliste, qui a prescrit de la physiothérapie et prolongé l'arrêt de travail à temps complet jusqu'au 10 février 2019, puis à 50 % jusqu'au 24 février 2019. L'assuré a repris le travail à 100 % dès le 25 février 2019.

Le 10 septembre 2019, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a adressé un rapport au médecin-conseil de la CNA pour demander une garantie de prise en charge d'une intervention chirurgicale prévue le 28 novembre 2019. Il indiquait que l'assuré lui avait été adressé en raison d'une décompensation post-traumatique, le 14 janvier 2019, d'un os naviculaire accessoire de type III à gauche, de gastrocnémiens brefs et

d'une fasciite plantaire gauche. Le traitement conservateur par physiothérapie n'avait amené un soulagement que ponctuel.

Le 10 octobre 2019, Z._____ Sàrl a annoncé à la CNA la survenue d'une rechute en date du 10 septembre 2019, en lien avec le sinistre du 14 janvier 2019.

Répondant le 22 octobre 2019 à un questionnaire de la CNA, le Dr L._____ a posé le diagnostic de décompensation post-traumatique d'un os naviculaire accessoire de type III à gauche, en lien avec la chute du 14 janvier 2019. Il précisait que, lors de sa chute dans les escaliers, l'assuré s'était cogné le pied et tordu le genou. Depuis lors, la lésion au genou avait évolué favorablement grâce à la physiothérapie, tandis que les douleurs au pied s'étaient majorées progressivement. Dans un premier temps le soir, puis à l'effort, le travail à genou s'était révélé douloureux pour le pied gauche. Avec son rapport, il a transmis le compte-rendu de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du pied gauche effectuée le 7 mai 2019, confirmant la présence d'un os naviculaire cornu avec œdème de cette exostose, provenant d'une fusion d'un os naviculaire accessoire avec l'os naviculaire principal.

Lors d'un entretien qui s'est déroulé le 25 novembre 2019 dans les bureaux [...] de la CNA, l'assuré a déclaré que, lors de sa chute, il avait senti que son pied gauche s'était tordu avant que son genou heurte une marche d'escalier. Aux urgences, il avait parlé aussi bien de son pied que de son genou, mais le médecin s'était uniquement occupé du genou parce qu'il ressentait la douleur principalement à ce niveau-là. Ayant ensuite constaté une bosse au-dessous de la malléole externe, il avait montré son pied à son médecin généraliste mais les soins étaient restés axés uniquement sur le genou et avaient duré jusqu'à mi-mars 2019. Puis il avait commencé à ressentir des douleurs au niveau de la bosse du pied gauche, notamment lorsqu'il travaillait à genou et en appui sur la pointe des pieds, douleurs qui avaient progressivement augmenté. Le Dr T._____ lui avait prescrit de nouvelles séances de physiothérapie et une semelle orthopédique, sans succès. La douleur ne l'empêchait pas de

travailler, mais était particulièrement intense certains jours. Avant le 14 janvier 2019, il n'avait jamais eu aucun problème au niveau de son genou gauche ou de son pied gauche et n'avait en particulier pas constaté la présence d'une bosse au niveau du pied gauche (cf. procès-verbal d'audition du 25 novembre 2019).

La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, la Dre H. _____, médecin praticien, laquelle a conclu, le 26 novembre 2019, que l'opération prévue le 28 novembre 2019 n'était « pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement » du 14 janvier 2019. Elle relevait qu'aucune lésion structurelle n'avait pu être imputée à cet événement, que l'assuré avait pu reprendre son activité le 25 février 2019 et que les douleurs du pied gauche survenues dès avril 2019 avaient été attribuées par le Dr T. _____ à un os naviculaire accessoire de type III. Il s'agissait d'un os préexistant à l'événement du 14 janvier 2019 et les symptômes étaient arrivés bien après, de sorte qu'ils ne pouvaient lui être imputés. Elle ajoutait que, même si l'assuré avait présenté une contusion ou entorse de son pied gauche en raison de l'accident, cette lésion était guérie lors de la reprise d'activité à 100 %.

Par décision du 29 novembre 2019, la CNA a refusé d'allouer ses prestations pour l'atteinte à la santé déclarée en tant que séquelle de l'accident du 14 janvier 2019, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou même probable.

Par acte du 16 décembre 2019, représenté par Unia Vaud, l'assuré a formé opposition à la décision du 29 novembre 2019, concluant à son annulation et à la prise en charge de l'intervention chirurgicale sur son pied.

La CNA a soumis une nouvelle fois le cas à la Dre H. _____. Avant de se prononcer, celle-ci a requis la production des rapports du Dr T. _____ concernant les consultations antérieures au 10 septembre 2019. Le 7 avril 2020, le Dr T. _____ a transmis à la CNA un rapport relatif à la consultation du 4 juin 2019, dans lequel il indiquait que des

radiographies de la cheville et du pied avaient montré un os naviculaire accessoire de type III à gauche. Il avait prescrit une paire de supports plantaires sur mesure et de la physiothérapie, ainsi que des exercices à faire tous les jours.

La Dre H. _____ a rendu son rapport d'appréciation médicale le 8 avril 2020, dont on extrait ce qui suit :

« Pour rappel, un os naviculaire accessoire est un os surnuméraire du tarse, situé en arrière de la tubérosité postéro-médiale de l'os naviculaire et il dérive d'un centre d'ossification secondaire de la tubérosité postéro-médiale de l'os naviculaire. Majoritairement asymptomatique et de découverte fortuite sur les radiographies, il peut devenir symptomatique surtout à l'adolescence et chez la femme de 40-50 ans avec des douleurs localisées à la face médiale du pied avec parfois tuméfaction locale pouvant engendrer une boiterie chez l'enfant notamment. L'os naviculaire accessoire de type III est une tubérosité osseuse en continuité avec l'os naviculaire sur son versant postéro-médial.

L'assuré a donc glissé le 14.01.2019 et s'est fait mal au genou G avec dans la déclaration de sinistre la notion d'une contusion du genou G.

Lors de la consultation du 14.01.2019, il est mentionné : « Il a glissé et a heurté la face interne de son genou gauche contre le bord d'une marche d'escalier. Il a ressenti une vive douleur et n'a par la suite plus pu charger son MIG. » et la problématique retenue était une gonalgie G avec absence de lésion radiologique lors de la consultation initiale. L'évolution a été favorable au niveau du genou G puisque l'assuré a pu reprendre son activité professionnelle à 100 % le 25.02.2019.

Par la suite et dans le courant du mois d'avril, il a présenté des douleurs du pied G qui ont été attribuées par le Dr T. _____, qui l'a vu en juin 2019, à une décompensation traumatique d'un os naviculaire accessoire de type III. Comme retenu dans notre appréciation du 26.11.2019, les douleurs du pied G ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 14.01.2019. En effet, l'os naviculaire accessoire de type III est préexistant à l'événement du 14.01.2019 et les troubles déclarés en septembre 2019 et qui ont amené l'assuré à consulter le Dr T. _____ en juin 2019 ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé mais ils sont tout au plus en relation de causalité possible.

L'événement du 14.01.2019 n'a pas entraîné de lésion pouvant lui être imputée. Les gastrocnémiens brefs et la fasciite plantaire étant apparus ultérieurement et sans rapport avec l'événement initial de janvier 2019.

L'événement du 14.01.2019 avait totalement cessé de déployer ses effets lors de l'activité professionnelle à 100 % le 25.02.2019.

L'opération prévue le 28.11.2019 n'était donc pas en lien de causalité avec l'événement incriminé du 14.01.2019 et l'assuré avait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle sans diminution de rendement pour les seules suites de l'événement du 14.01.2019.

L'assuré s'oppose à la décision de refus d'allouer des prestations du 29.11.2019 par l'intermédiaire d'Unia. Toutefois aucun élément médical nouveau n'a été apporté, soit par l'assuré soit dans le cadre de l'opposition.

Les arguments de l'assuré ne peuvent donc pas modifier notre appréciation médicale du 26.11.2019 dont les conclusions restent parfaitement valables. »

Ce rapport a été transmis à Unia Vaud par courriel du 8 avril 2020, avec un délai pour confirmer si l'opposition était maintenue. Unia Vaud a répondu par l'affirmative dans un courriel du 23 avril 2020.

Le Dr T. _____ a encore adressé à la CNA ses rapports des 30 juin et 21 août 2020, dont il ressort que l'assuré a finalement subi le 6 février 2020 l'intervention initialement prévue le 28 novembre 2019. L'opération avait réussi, mais la reprise du travail à 50 % avait entraîné la réapparition de douleurs, rendant difficile la position accroupie et le travail au sol.

Par décision sur opposition du 9 septembre 2020, la CNA a rejeté l'opposition. Elle constatait que l'assuré n'avait pas soulevé d'argument propre à modifier son appréciation et qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions claires et dûment étayées de la Dre H. _____.

B. Par acte du 12 octobre 2020, toujours représenté par Unia Vaud, Q. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'un lien de causalité naturelle soit reconnu entre l'accident et les pathologies dont il souffre et qu'un droit aux prestations de l'assurance-accidents lui soit accordé avec effet

rétroactif, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Le 8 décembre 2020, représentée par Me Antoine Schöni, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle faisait valoir que la Dre H. _____ s'était prononcée en pleine connaissance du dossier, de sorte que son avis avait pleine valeur probante, tandis que le recourant n'avait apporté aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de cette appréciation.

Le 11 février 2021, le recourant a produit les réponses données par les Drs L. _____ et T. _____ aux questions qu'il leur a soumis et a requis leur audition. S'agissant du Dr L. _____, celui-ci exposait dans un courrier du 13 janvier 2021 que l'os naviculaire était déjà présent avant le traumatisme, mais que le choc avait créé une inflammation à ce niveau et ralenti l'évolution de la guérison. Il ajoutait que, dans le contexte d'un os naviculaire accessoire, une surcharge sur des contraintes physiques pouvait également produire le même effet qu'un traumatisme direct. S'agissant du recourant, il n'était pas sûr que les lésions causées par l'accident soient encore présentes. Pour sa part, le Dr T. _____ indiquait dans un courriel du 22 décembre 2020 qu'avant l'accident, le recourant avait déjà un os naviculaire accessoire et des pieds plats, ces éléments étant constitutionnels chez lui, mais qu'il ne présentait aucun symptôme. Il était en revanche fréquent qu'un accident fasse décompenser une situation préexistante, à savoir que l'os naviculaire devienne symptomatique suite à l'accident car il y a une atteinte de la synchondrose entre le naviculaire et le naviculaire accessoire. Le patient avait été réopéré le 2 décembre 2020 pour corriger son pied plat parce qu'il présentait toujours des douleurs, ce qui n'était pas lié à l'accident, tandis que la première intervention du 6 février 2020 était une opération « pour résoudre le problème post-traumatique et donc lié à l'accident ! ».

Prenant position le 8 mars 2021 sur les nouvelles pièces produites par le recourant, l'intimée a déclaré qu'elle confirmait

l'argumentation et les conclusions développées dans sa réponse du 8 décembre 2020.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser d'allouer au recourant ses prestations faute de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 14 janvier 2019 et les lésions déclarées le 10 octobre 2019.

3. A titre liminaire, il y a lieu de relever que le recourant invoque notamment une violation du droit d'être entendu.

Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une

décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimée de s'être fondée sur la seule appréciation de la Dre H. _____ et d'avoir renoncé à toute autre mesure d'instruction dès lors que cette médecin avait conclu à l'absence de lien de causalité malgré deux avis médicaux contraires au dossier. Il apparaît cependant que l'intéressé a eu connaissance de l'avis de ce médecin et qu'il a disposé d'un délai pour se déterminer sur son contenu avant que l'intimée ne rende sa décision sur opposition. Dans ces circonstances, le grief formulé par le recourant relève de l'appréciation des preuves, plutôt que de la violation du droit d'être entendu. Il sera donc examiné avec le fond du litige.

4. 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. Selon l'art. 4 LPGA, 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Tel est le cas 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives 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 et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît

consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt

qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). Une pleine valeur probante peut ainsi être reconnue au rapport établi par un médecin qui n'a pas examiné personnellement l'assuré, dès lors que son appréciation se fonde sur un dossier médical complet (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 5.3).

c) 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 asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de

l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

6. a) En l'espèce, l'intimée a refusé la prise en charge d'une intervention chirurgicale initialement planifiée le 28 novembre 2019 et qui a finalement eu lieu le 6 février 2020. Le recourant fait valoir que dite intervention était motivée par une décompensation d'un os naviculaire accessoire dans son pied gauche liée à son accident du 14 janvier 2019, en se fondant sur les avis des Drs L._____ et T._____. Pour sa part, l'intimée considère que le lien de causalité entre la chute et la décompensation de l'os naviculaire accessoire n'est pas suffisamment établi, en se fondant sur les conclusions de la Dre H._____, médecin d'arrondissement.

b) Il y a lieu de constater en premier lieu que la Dre H._____ a établi son rapport du 8 avril 2020 après avoir fait compléter le dossier du recourant par la production de l'ensemble des rapports de consultation du Dr T._____. Ce faisant, la Dre H._____ a pu se fonder sur un dossier médical complet, constitué en particulier des observations et conclusions de tous les médecins qui ont examiné le recourant dans le contexte de son accident du 14 janvier 2019 et des douleurs qu'il a ressenties par la suite. En conséquence, le fait que cette médecin n'ait pas examiné personnellement le recourant n'est pas de nature à affaiblir la valeur probante de ses conclusions.

c) Sur le plan médical, les pièces produites par le recourant à l'appui de son recours n'apportent pas d'éléments nouveaux, respectivement ne démontrent pas que la Dre H._____ aurait omis de tenir compte d'éléments propres à étayer la thèse soutenue par le recourant. En effet, comme l'a relevé cette médecin, aucune pièce au dossier ne mentionne de plainte du recourant en relation avec son pied gauche avant avril 2019. Contrairement à ce qu'affirme le recourant dans son mémoire de recours, le Dr J._____, qui l'a examiné le jour-même de l'accident, n'a noté aucune plainte en relation avec le pied gauche. Le rapport de ce médecin indique pourtant que l'examen a inclus l'observation des deux membres inférieurs et non uniquement du genou gauche. Bien qu'il ait revu son médecin traitant à plusieurs reprises et bénéficié de séances de physiothérapie entre janvier et mars 2019, le recourant n'a jamais mentionné de douleurs ou de problème particulier en relation avec son pied gauche, et ce même après la reprise de son travail à temps partiel dès le 11 février 2019. Du reste, aucun traitement médical portant spécifiquement sur le pied gauche n'a été prescrit durant cette période. L'IRM du pied a été faite dans le courant du mois de mai 2019 et la première consultation du Dr T._____ date de juin 2019. Cette problématique a ainsi bel et bien débuté plusieurs semaines après la reprise du travail à plein temps et la complète guérison du traumatisme du genou. Quant à l'affirmation du recourant selon laquelle il ne présentait pas d'os naviculaire accessoire avant l'événement du 14 janvier 2019, elle est entièrement contredite par ses médecins traitants, qui confirment tous deux dans leurs écrits respectifs de décembre 2020 et janvier 2021 qu'il s'agit d'une particularité constitutionnelle, de même que le fait que le recourant présente un pied plat, élément qui a été découvert en même temps que l'os naviculaire accessoire.

Par ailleurs, force est de constater que les rapports établis dès juin 2019 par le Dr T._____ mentionnent que la marche se faisait sans boiterie, élément qui va dans le sens des conclusions de la Dre H._____, selon lesquelles un éventuel traumatisme au pied gauche intervenu lors de la chute avait pu entièrement guérir entre le 14 janvier 2019 et le 25 février 2019, date de la reprise du travail à 100 %, en même temps que le

traumatisme du genou. Au demeurant, le Dr L._____ a admis, dans son écrit du 13 janvier 2021, qu'une « surcharge sur des contraintes physiques » pouvait produire le même effet qu'un traumatisme direct, tandis que le Dr T._____ a révélé dans son courriel du 22 décembre 2020 que l'opération litigieuse, comprenant en particulier la résection de l'os naviculaire accessoire, n'avait pas amendé les douleurs au pied et qu'une seconde intervention avait été nécessaire pour corriger encore la problématique de pied plat. Or, la description des plaintes du recourant par le Dr T._____ (« douleurs au pied gauche en fin de journée » selon le rapport de consultation du 4 juin 2019, respectivement « douleurs mécaniques, à l'effort, surtout lorsqu'il travaille à genoux » et « douleurs au pied gauche en fin de journée » selon le rapport du 10 septembre 2019), chez un homme de 44 ans travaillant comme parqueteur, suggèrent que les douleurs pourraient être le résultat d'une dégradation progressive du pied en raison de sa constitution particulière (os naviculaire accessoire et pied plat). Dès lors, il semble que les Drs L._____ et T._____ ont attribué les douleurs à l'événement du 14 janvier 2019 sur la seule chronologie des faits plutôt que sur des éléments médicaux objectifs, en procédant par un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle. Dans tous les cas, leurs conclusions ne permettent pas de mettre en doute le bienfondé des appréciations médicales de la Dre H._____, auxquels il faut donc accorder pleine valeur probante.

En d'autres termes, il convient de retenir, à l'instar de l'intimée, que l'événement du 14 janvier 2019 n'est pas la seule cause possible de la décompensation de l'os naviculaire accessoire du pied gauche du recourant survenue en avril 2019 et que le recourant n'a pas réussi à démontrer, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'événement de nature accidentelle et l'atteinte à la santé justifiant l'intervention chirurgicale litigieuse. Ce constat doit amener au rejet du recours.

7. Sur le plan médical, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un

complément d’instruction apparaît inutile, ce d’autant que le recourant a versé au dossier les réponses écrites des Drs L._____ et T._____ aux questions qu’il leur a soumises. Par conséquent, il n’y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à l’audition de ces deux médecins. Le juge peut en effet mettre fin à l’instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d’une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu’elles ne pourraient pas l’amener à modifier son avis (ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d’être entendu selon l’art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l’arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

b) Il n’y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu’au 31 décembre 2020, applicable conformément à l’art. 83 LPGA), ni d’allouer de dépens, dès lors que le recourant n’obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 9 septembre 2020 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 :

- Unia Vaud (pour Q. _____),
- 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 :