

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juillet 2026

Composition : M. PIGUET, président
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

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

et

SWICA ASSURANCES SA, à Winterthur, intimée.

Art. 6 LAA

En fait :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé du 1^{er} avril 2012 au 26 septembre 2024 pour le compte de la société A. _____ SA et, à ce titre, était assuré contre le risque d'accidents auprès de SWICA Assurances SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).

b) Le 30 juin 2018, B. _____ a été victime d'un accident de moto, au cours duquel il s'est blessé au pied droit et au poignet droit. SWICA a pris en charge le cas.

L'assuré a pu reprendre le travail à 50 % à compter du 1^{er} novembre 2018, puis à 100 % à compter du 9 janvier 2019.

Par la suite, SWICA a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières en raison d'une rechute pour la période du 21 septembre au 15 décembre 2022.

Le 2 février 2024, l'assuré a annoncé une nouvelle rechute de l'accident du 30 juin 2018.

Sur la base des conclusions d'un rapport d'expertise établi le 2 octobre 2024 par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, SWICA a, par courrier du 1^{er} novembre 2024, informé l'assuré qu'elle acceptait de prendre en charge la rechute annoncée le 2 février 2024 et qu'elle allait, de ce fait, payer les factures en lien avec le traitement médical, tout en précisant que la prise en charge des indemnités journalières ainsi que de toutes les factures liées au traitement médical ne débiterait qu'une fois l'opération recommandée par l'expert réalisée (arthrodèse sous-talienne).

Par courriel du 11 novembre 2024, l'assuré a contesté les conclusions de l'expertise du Dr D. _____, en tant qu'elle ne lui reconnaissait actuellement aucune incapacité de travail dans son activité habituelle.

Par courrier du 6 décembre 2024, SWICA a invité l'assuré à entreprendre, avant que son état de santé ne s'aggrave, les démarches nécessaires afin de mettre en place l'opération recommandée par l'expert. Elle a par ailleurs considéré qu'elle n'avait aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise du Dr D._____, précisant au surplus qu'il pouvait obtenir, s'il le souhaitait, une décision formelle.

En réponse à un nouveau courriel de l'assuré du 19 février 2025 l'invitant à lui allouer les prestations auxquelles il avait droit, SWICA a, par courrier du 7 mars 2025, pris position de la façon suivante :

Aussi, nous vous informons qu'avant de rendre notre détermination finale, nous avons dû procéder à des investigations supplémentaires, pour éviter tout malentendu.

Pour ce faire, nous avons souhaité poser des questions complémentaires au Dr D._____ afin de savoir si l'attente de l'opération (arthrodèse de la sous-talienne) entraînerait des répercussions négatives sur votre état de santé. Pour rappel, lors de notre entretien téléphonique du janvier 2025, vous nous avez dit vouloir effectuer cette opération à la fin de l'année 2025 ou au début de l'année 2026.

Comme vous pouvez le constater vous-même, dans son rapport ci-joint l'expert précise bien que la seule solution idéale pour résoudre votre problème de santé est constituée par l'intervention chirurgicale. Aucune autre mesure n'est censée apporter une notable amélioration. Quant aux infiltrations, elles servent notamment à couvrir les douleurs mais pas à améliorer l'état de santé.

Selon votre courrier du 19 février 2025, vous déclarez que les soins que vous recevez, à savoir les infiltrations, contribuent activement à l'amélioration de votre état de santé. Il se peut que vous ressentiez un soulagement au niveau de la symptomatologie subjective ; cependant, aucune amélioration n'est attendue du point de vue de la lésion structurelle. Comme déjà mentionné à plusieurs reprises, nous vous rendons une nouvelle fois attentif au fait que les infiltrations contribuent à garder la stabilité de votre état de santé actuel mais non pas à son amélioration. Autrement dit, ces soins sont purement palliatifs et, donc, à la charge de votre assurance-maladie et non à la charge de l'assurance-accidents LAA.

Par ailleurs, si vous souhaitez reporter votre opération, en sachant que cette attente ne devrait pas causer une aggravation notable de votre état de santé, vous devez tenir compte que, d'autre part, le risque existe qu'entre-temps, la symptomatologie douloureuse nécessitera l'augmentation de la prise de médicaments et que cela pourrait se répercuter sur votre concentration et également entraîner

une diminution de la fonctionnalité des membres, ce qui pourrait provoquer une nouvelle incapacité de travail.

Au vu de ce qui précède, nous attirons votre attention sur l'obligation qui vous incombe de diminuer le dommage et d'entreprendre le nécessaire, afin que ladite intervention soit faite dans les plus brefs délais. Le pronostic a été décrit par l'expert :

- L'intervention va induire une incapacité de travail à 100 pourcent pour trois/quatre mois plus ou moins puis à 50 pourcent encore un mois ;
- L'atteinte à l'intégrité résiduelle à l'accident est d'au moins 15 pourcent. Afin de définir le pourcentage définitif de l'atteinte, une nouvelle expertise devra être mise en place entre neuf à douze mois post-opératoire.

Dès que l'intervention chirurgicale aura lieu, vous allez bénéficier des indemnités journalières selon l'incapacité de travail mentionnée ci-dessus.

Si vous reportez l'intervention chirurgicale, aucune mesure médicale et non plus une éventuelle incapacité de travail en cas d'aggravation de votre symptomatologie douloureuse ne sera prise en charge par nos soins jusqu'à la date de la réalisation de l'intervention chirurgicale. A ce propos, il y a lieu de renvoyer à l'article 61 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) : « Si l'assuré se soustrait à un traitement ou à une mesure de réadaptation auxquels on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, il n'a droit qu'aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si ladite mesure avait produit le résultat escompté ».

[...]

Veuillez nous communiquer votre décision finale au sujet de l'intervention chirurgicale d'ici la fin mars 2025.

c) Le 2 août 2024, B._____ a été victime d'un nouvel accident.

Il a été heurté par le côté par un chariot de supermarché et s'est blessé au genou droit. Une déclaration d'accident a été adressée à SWICA le 27 septembre 2024.

Par courrier du 1^{er} novembre 2024, SWICA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait pas se déterminer au sujet de la prise en charge de l'accident du 2 août 2024, dans la mesure où il n'avait pas répondu à plusieurs questions sur le formulaire de déclaration d'accident. Elle en déduisait, en l'état, qu'il s'agissait d'un accident bagatelle qui n'avait pas entraîné d'incapacité de travail.

Par courriel du 10 janvier 2025, l'assuré a transmis à SWICA un certificat médical établi le 8 janvier 2025 par la Dre F. _____ qui attestait que l'assuré était en cours de prise en charge depuis le 5 août 2024 pour un traumatisme au genou droit, avec une douleur essentiellement médiale faisant suspecter une atteinte ligamentaire et/ou méniscale et qu'il s'était vu prescrire un arrêt de travail du 5 au 9 août 2024.

Par courrier du 17 janvier 2025, SWICA a informé l'assuré que, malgré l'attestation de la Dre F. _____, il n'avait pas produit de moyens de preuve prouvant l'existence d'une lésion corporelle dans les suites immédiates de l'événement litigieux. Elle l'a invité à produire l'ensemble de la documentation médicale acquise dans les suites immédiates du traumatisme.

Le 5 février 2025, l'assuré a transmis à SWICA un document daté du 31 janvier 2025 dont la teneur était la suivante :

Consultation du 5/08/2024 par Dr F. _____ remplaçante de Dr J. _____

Dit avoir reçu un caddie dans le genou Drt avec torsion douloureuse ? Donc a priori très faible cinétique mais dans les suites œdème difficultés à poser le pied.

Contexte lésion astragaliennne en cours d'arrêt modifiant probablement contrainte sur le genou. Egalement ATCD goutte.

Ce jour genou légèrement œdemateux sans franche inflammation. Testing meniscal positif en externe. Testing ligamentaire croisés et collatéraux indolores.

☐ AINS repos glaçage. Si tjr mal reevaluer éventuelle atteinte méniscale persistante ?

Le 6 février 2025, la Dre L. _____, spécialiste en médecine interne générale, a fait parvenir à SWICA une attestation médicale indiquant, en ce qui concernait l'accident du 2 août 2024, que son patient avait été principalement suivi en S*** et qu'elle avait eu plusieurs consultations téléphoniques avec lui à ce sujet.

Par décision du 13 mars 2025, SWICA a refusé d'allouer des prestations en lien avec l'accident du 2 août 2024, en l'absence d'événement accidentel au sens juridique et de lésion corporelle objective.

d) Par acte du 25 mars 2025, B._____, par le biais de Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, a formulé les remarques suivantes à l'encontre du courrier du 7 mars 2025 et de la décision du 13 mars 2025 :

1. En ce qui concerne les suites de l'accident du 30 juin 2018, nous contestons entièrement les conclusions de votre courrier du 1^{er} novembre 2024 et concluons au droit à de plus amples prestations d'assurance LAA. A cet égard, l'expertise du Dr D._____ se fonde sur un état de fait incomplet et erroné. De plus, il est surprenant de constater que ce médecin a omis de se déterminer sur les limitations fonctionnelles en lien avec la grave arthrose sous-talienne, qu'il a pourtant reconnue. Dans ce contexte, cette expertise n'a aucune valeur probante.

Afin que nous puissions faire valoir les droits de Monsieur B._____, nous vous remercions de rendre une décision susceptible d'opposition.

2. En ce qui concerne l'accident du 2 août 2024 et votre décision de refus du 13 mars 2025, nous formons opposition et concluons au droit aux pleines prestations d'assurance. En effet, contrairement à ce que vous invoquez dans votre décision, les rapports médicaux ne sont pas antédats.

Cela étant, nous vous remettons copie du rapport de consultation du 5 août 2024 qui fait état du fait qu'il a « reçu » un caddie dans le genou droit entraînant une torsion douloureuse. Lors de l'examen clinique, la Dre F._____ a notamment diagnostiqué une vraisemblable lésion méniscale, vu le testing méniscal positif.

Par ailleurs, lors de la consultation du 5 septembre 2024, le Dr N._____ a noté des poussées douloureuses au niveau du genou avec un peu d'instabilité.

3. Par ailleurs, vous voudrez bien nous remettre une copie complète du dossier concernant ces deux accidents.

e) Dans le contexte du traitement de l'opposition formée contre la décision du 13 mars 2025, SWICA a sollicité auprès du Dr D._____ un avis sur dossier. Dans son rapport du 3 novembre 2025, complété le 18 novembre 2025, ce médecin a retenu les conclusions suivantes :

A la suite de ce nouvel événement du 02.08.2024, plusieurs problèmes sont présents.

Le premier concerne le suivi de ce dernier. On note qu'il a eu lieu majoritairement dans la Maison de santé de T***, où l'assuré a été vu à 3 reprises et par 3 médecins différents, soit le 05.08.2024, le 05.09.2024 et le 08.01.2025. Il n'y a donc pas eu de continuité rapprochée entre le deuxième examen et le troisième puisqu'il existe un espace libre de 4 mois.

Si l'assuré affirme avoir été quant même suivi régulièrement, on note effectivement qu'il a appelé la Dre L._____ en Suisse, en date du 12.09.2024, du 11.10.2024 et du 19.12.2024. L'ennui est que durant cette période, ce médecin généraliste ne peut s'appuyer que sur des plaintes subjectives téléphoniques, sans pouvoir les confirmer objectivement.

De plus durant ce laps de temps, il a été examiné par deux spécialistes en orthopédie, en date du 27.09.2024, en ce qui me concerne et en date du 07.11.2024 par la Dr BB._____. Or il est intéressant de noter qu'aucun de nous deux ne mentionne une nouvelle anamnèse traumatique, des plaintes spécifiques ou un status pathologique, au niveau des genoux.

Ceci est étonnant, si la symptomatologie à ce niveau était majeure, que l'assuré n'en ait pas fait mention, surtout pendant une expertise.

Quant à l'IRM [imagerie par résonance magnétique] finalement effectuée, elle est aspécifique, ne montrant aucune atteinte significative des ménisques, ni une insuffisance des ligaments, de même que des cartilages ou de l'os. Il n'y a donc pas d'explication probante en lien avec la description de pseudo blocages et douleurs de ce genou.

Ceci n'est pas surprenant, car je rappelle que l'événement est un choc direct à basse énergie. Le fait de recevoir un caddy contre le genou n'est pas une action vulnérante appropriée pour léser des ménisques ou des ligaments, surtout un LCA. Je rappelle que pour ce dernier, il est nécessaire de subir une force supérieure à 400 N pour le déchirer.

En conclusion, cet événement a induit tout au plus une contusion simple du genou D. Normalement ceci se guérit en 10 à 15 jours, maximum 4 à 6 semaines sur un état préexistant.

Compte tenu du RM [rapport médical] du 05.09.2024 du Dr N._____ et de son status rassurant, un statu quo sine peut être évoqué à partir de cette consultation et avant mon expertise du 27.09.2024, qui ne montrait objectivement plus aucune atteinte de ce genou droit.

f) Par décision sur opposition du 27 novembre 2025, SWICA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 13 mars 2025. En substance, SWICA a considéré que les nombreuses contradictions émanant du dossier ne permettaient pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un événement traumatique en date du 2 août 2024. Si, par impossible, l'existence d'un tel événement devait être admise, la notion d'accident ne serait manifestement pas remplie faute de facteur extérieur extraordinaire. Le fait d'être heurté par un caddy ne pouvait en effet être considéré comme inhabituel en faisant des courses. Si, par impossible, l'existence et la notion d'accident devaient être retenues, il conviendrait alors de constater que l'événement n'avait induit tout au plus qu'une contusion simple de genou droit, affection bénigne qui ne justifiait aucune incapacité de travail. Aussi l'assuré ne pouvait-il prétendre à d'autres prestations que celles qui avaient déjà été prises en charge au titre de rechute de l'accident de 2018. Pour le surplus, aucune lésion corporelle assimilée à un accident n'était attestée médicalement. Étaient annexées à la décision une copie des rapports des 3 et 18 novembre 2025 du Dr D._____.

B. **a)** Par acte du 12 janvier 2026, B. _____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, déféré la décision sur opposition rendue le 27 novembre 2025 par SWICA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que SWICA lui verse de plus amples prestations à dire de justice et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à SWICA pour nouvelle instruction.

Tout en expliquant que le litige avait pour objet le droit aux prestations en lien avec les accidents de 2018 et 2024, il constatait que SWICA tentait de limiter l'objet du litige aux conséquences de l'accident de 2024. Or, dans son écriture du 25 mars 2025, il avait contesté le contenu du courrier du 1^{er} novembre 2024 par lequel SWICA contestait toute incapacité de travail en lien avec l'accident de 2018, et demandé la notification d'une décision sujette à opposition. Le 23 juillet 2025, il avait envoyé une sommation à SWICA, en se réservant le droit de déposer un recours pour déni de justice, en se référant à l'accident de 2018. Par courrier en retour, SWICA avait limité sa participation au versement d'indemnités journalières à compter du 23 juin 2025 et à la prise en charge des frais d'aide-ménagère et de déplacement, refusant de ce fait de rendre une décision formelle. Dans ce contexte, le silence qualifié de SWICA dans sa décision sur opposition devait être considéré comme étant, purement et simplement, inadmissible. Aussi convenait-il de constater le déni de justice et d'en tenir compte dans les dépens à allouer.

En ce qui concernait l'accident de 2024, il y avait lieu de constater que SWICA avait produit à l'appui de sa décision sur opposition des appréciations du Dr D. _____ des 3 et 18 novembre 2025 sur lesquelles il n'avait pas pu se déterminer avant que la décision sur opposition ne soit rendue, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendu.

b) Dans sa réponse du 5 février 2026, SWICA a conclu au rejet du recours, dans la mesure où celui-ci était recevable.

En substance, elle relevait que la décision sur opposition attaquée se rapportait uniquement à l'événement du 2 août 2024, lequel avait fait préalablement l'objet d'une décision du 13 mars 2025. Si l'opposition à l'encontre de cette décision contenait des requêtes concernant l'accident de 2018, SWICA y avait répondu par un courrier du 9 avril 2025. S'en était suivi un échange de courriers dont il ressort que les points sur lesquels la notification d'une décision était requise n'avaient jamais été précisés.

Si le fait d'avoir annexé les rapports du Dr D._____ des 3 et 18 novembre 2025 devait être reconnu comme étant constitutif d'une violation du droit d'être entendu de l'assuré, elle a été réparée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dès lors que l'assuré a pu prendre connaissances des rapports précités avec la décision sur opposition et qu'il a été en mesure de se déterminer dans le cadre de son recours. Au demeurant, il convenait en tout état de cause de constater que l'assuré ne faisait pas valoir, à l'appui de son recours, que l'existence et la notion d'accident devaient être retenues. Or les conclusions du Dr D._____ n'intervenaient qu'à titre subsidiaire par rapport à ces deux arguments.

c) Dans sa réplique du 9 mars 2026, B._____ a maintenu ses conclusions. En résumé, il constatait qu'aucune décision n'avait, à ce jour, été rendue par SWICA en lien avec les conséquences de l'accident survenu en 2018, alors même que ce dossier était pendant depuis plusieurs années.

d) Dans sa duplique du 27 mars 2026, SWICA a, pour l'essentiel, repris les arguments développés dans sa réponse du 5 février 2026.

e) Par courrier du 2 avril 2026, le juge instructeur a constaté qu'il n'était pas opportun de traiter, dans le cadre de la même procédure, deux problématiques distinctes, à savoir un recours contre la décision sur

opposition du 27 novembre 2025 et un recours pour déni de justice. Il a ordonné la disjonction du recours relatif au déni de justice, lequel fait l'objet d'une procédure distincte portant la référence ZA26.***.

f) Dans des déterminations spontanées du 16 juin 2026, B. _____ a relevé, s'agissant de l'accident du 2 août 2024, qu'il ressortait des pièces au dossier qu'il avait été victime d'une collision avec un caddie, laquelle avait entraîné une distorsion de son genou droit. A cet égard, le médecin consulté trois jours après l'événement accidentel avait diagnostiqué une vraisemblable lésion méniscale au vu du testing méniscal positif.

g) Une audience de débats publics a eu lieu le 22 juin 2026, lors de laquelle le recourant, par l'intermédiaire de son mandataire, a eu la possibilité de plaider sa cause.

En droit :

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 (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. **a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la décision sur opposition attaquée porte exclusivement sur l'événement du 2 août 2024. L'accident du 30 juin 2018 et ses conséquences éventuelles ne font pas partie de l'objet du litige, si bien que la Cour de céans n'a pas à entrer en matière sur les griefs en lien avec la prise en charge de cet accident (cf. TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 1).

3. Est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec l'événement survenu le 2 août 2024.

4. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation du droit d'être entendu. Il soutient en substance que l'intimée ne lui a pas transmis les appréciations médicales du Dr D._____ des 3 et 18 novembre 2025 préalablement à la notification de la décision litigieuse de sorte qu'il n'a pas pu faire valoir ses observations avant à la prise de décision.

a) Spécifiquement prévu aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGa, le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation

juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les parties doivent ainsi être informées lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'elles ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 132 V 387 consid. 6.2 et les références).

b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3; 143 IV 380 consid. 1.4.1). Cependant, ce droit n'est pas une fin en soi. Ainsi, lorsqu'on ne voit pas quelle influence sa violation a pu avoir sur la procédure, il n'y a pas lieu d'annuler la décision attaquée (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). Partant, l'admission du grief de violation du droit d'être entendu suppose que dans sa motivation, la partie recourante expose quels arguments elle aurait fait valoir dans la procédure précédente et en quoi ceux-ci auraient été pertinents. A défaut, le renvoi de la cause, en raison de la seule violation du droit d'être entendu, risquerait de conduire à une vaine formalité et à prolonger inutilement la procédure (TF 4A_593/2020 du 23 juin 2021 consid. 7.2 ; 4A_438/2019 du 23 octobre 2019 consid. 3.2; 5A_120/2019 précité consid. 2.3; 5A_685/2018 du 15 mai 2019 consid. 4.8, chacun avec des références).

c) La violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un pouvoir d'examen complet en fait et en droit (ATF 145 I 167 consid. 4.4; 142 II 218 consid. 2.8.1). Cependant, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée. Cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un

allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références).

d) En l'espèce, il apparaît que les appréciations médicales établies les 3 et 18 novembre 2025 par le Dr D._____, dont le recourant ne conteste d'ailleurs pas avoir reçu copies avec la décision attaquée, n'ont exercé aucune influence sur le résultat de l'appréciation juridique de la situation faite par l'intimée, laquelle a nié l'existence d'un accident et réfuté que l'événement litigieux répondit à la notion d'accident. Aussi convient-il de constater que la violation du droit d'être entendu, si elle devait être constatée, n'aurait aucune influence sur l'issue de la présente procédure. Le grief de violation du droit d'être entendu doit par conséquent être écarté.

5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

c) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion,

une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4).

Par ailleurs, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4 LPGa). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

d) En cas de lésions dues à des mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire est en principe admise lorsque le déroulement naturel du mouvement est interrompu ou modifié par un empêchement « non programmé », lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encoubler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute, ou encore lorsque la personne assurée exécute ou tente d'exécuter un mouvement par réflexe pour rattraper un objet ou une chute (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.3.1 ; Perrenoud, op. cit., n° 30 ad art. 4 LPGa ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 97 p. 923s.).

6. 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).

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2 ; TF 8C_784/2013 du 7 octobre 2014 consid. 4.2 ; TFA U 67/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2).

b) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou déclarations de la première heure), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

7. a) En l'espèce, l'intimée considère qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant ait été victime d'un accident le 2 août 2024. Elle relève les incohérences ressortant du

dossier ainsi que l'absence d'éléments médicaux objectifs permettant de corroborer la survenance de l'événement allégué. Pour sa part, le recourant soutient avoir été heurté par un chariot de supermarché, ce qui aurait provoqué une torsion du genou droit ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-accidents.

b) Cela étant, plusieurs éléments du dossier empêchent de retenir comme vraisemblable la survenance de l'événement du 2 août 2024 tel que décrit par le recourant.

Tout d'abord, il y a lieu de relever que l'événement du 2 août 2024 n'a été déclaré à l'intimée que le 27 septembre 2024, soit près de deux mois plus tard. Ensuite, lorsque l'intimée a demandé des renseignements complémentaires concernant le déroulement de l'événement et ses conséquences, le recourant n'a pas fourni toutes les informations requises. Par courrier du 1^{er} novembre 2024, l'intimée a ainsi constaté que plusieurs questions du formulaire de déclaration étaient demeurées sans réponse, de sorte qu'elle ne disposait pas des éléments nécessaires pour apprécier la réalité et les conséquences de l'événement invoqué. Par ailleurs, aucun document médical établi dans les jours ayant suivi les faits n'a été produit dans un premier temps. Ce n'est que le 10 janvier 2025 que le recourant a transmis une attestation rédigée le 8 janvier 2025 par la Dre F._____, laquelle indiquait que l'intéressé était suivi depuis le 5 août 2024 pour des douleurs du genou droit avec une douleur essentiellement médiale faisant suspecter une atteinte ligamentaire et/ou méniscale. Cette attestation, établie plusieurs mois après les faits allégués, ne contient toutefois aucune constatation objective propre à démontrer qu'un événement accidentel s'est effectivement produit le 2 août 2024. Il convient également de relever que l'arrêt de travail du 5 au 9 août 2024 mentionné dans l'attestation du 8 janvier 2025 n'a jamais été versé au dossier. Dès lors, il n'est pas possible de vérifier si une incapacité de travail a effectivement été attestée à cette époque ni, le cas échéant, pour quels motifs. Invité par l'intimée à produire l'ensemble de la documentation médicale relative aux suites immédiates de l'événement accidentel allégué, le recourant a ensuite versé au dossier un document daté du 31 janvier

2025 relatant une consultation du 5 août 2024. Or ce document a été établi près de six mois après l'événement litigieux. Sa valeur probante doit dès lors être appréciée avec retenue, d'autant plus qu'il se fonde essentiellement sur les déclarations de l'assuré. Il ressort de ce document que celui-ci aurait « reçu un caddie dans le genou droit avec torsion douloureuse », le médecin précisant toutefois qu'il s'agissait « a priori [d']une très faible cinétique ». L'examen clinique mettait uniquement en évidence un léger œdème sans inflammation marquée, tandis que les tests ligamentaires étaient normaux. Il convient également de relever que le suivi médical ultérieur ne permet pas davantage de corroborer la survenance d'un événement traumatique tel que décrit par le recourant. Le recourant a certes eu plusieurs contacts avec la Dre L. _____ entre septembre et décembre 2024, mais ceux-ci se sont limités à des consultations téléphoniques. Les plaintes rapportées n'ont dès lors fait l'objet d'aucune vérification clinique. En outre, le recourant a été examiné par deux spécialistes en orthopédie les 27 septembre (rapport du Dr D. _____ du 2 octobre 2024) et 7 novembre 2024 (rapport du Dr BB. _____ du 7 novembre 2024). Or aucun de ces rapports ne fait état d'un traumatisme récent du genou droit ou de plaintes particulières à ce niveau. Une telle absence de mention apparaît difficilement conciliable avec l'existence d'une atteinte traumatique du genou, telle que celle alléguée par le recourant plusieurs mois après les faits. Enfin, les examens d'imagerie réalisés le 11 février 2025 ne mettent en évidence aucune lésion susceptible d'étayer la version des faits présentée par l'assuré (cf. appréciation médicale du 3 novembre 2025 du Dr D. _____). En effet, l'IRM du genou droit ne met en évidence aucune lésion traumatique objectivable. Elle exclut notamment toute déchirure méniscale et ne décrit qu'une discrète méniscope des cornes postérieures. De même, le ligament croisé antérieur est décrit comme étant en continuité, même s'il présente un aspect légèrement grêle, tandis que le ligament croisé postérieur, les ligaments collatéraux, les cartilages ainsi que l'appareil extenseur sont indemnes de toute atteinte significative. L'examen ne révèle en outre ni épanchement articulaire ni atteinte des parties molles environnantes.

c) Au vu de l'ensemble de ces circonstances, de sérieux doutes subsistent quant au déroulement des faits allégués par le recourant comme étant à l'origine de sa lésion du genou droit, de sorte que l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, au degré de preuve requis. Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge le cas et il appartient au recourant de supporter les conséquences de l'absence de preuves des faits dont il entend déduire des droits.

d) Pour le reste, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'atteinte présentée par le recourant (contusion du genou droit [cf. appréciation médicale du 3 novembre 2025 du Dr D.____]) ne constituaient pas une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, ce dont le recourant ne disconvient au demeurant pas.

8. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGa), ni d'allouer de dépens au recourant qui 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, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 novembre 2025 par Swica Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour B. _____),
- Swica Assurances SA,
- 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 :