

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2026

Composition : Mme BRELAZ BRAILLARD, présidente
 MM. Neu et Dépraz, juges
Greffière : Mme Della Santa

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à R***, recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

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

Art. 4 et 52 LPGA ; 12 OPGA ; 6 al. 1 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé comme monteur de cuisine à 100 % pour A._____ Sàrl, société qu'il a créée en [...] avec comme but l'exploitation de tous travaux de menuiserie, notamment la pose de cuisines, armoires, parquets et dressing. Selon le Registre du commerce, l'assuré est l'unique associé gérant avec signature individuelle de cette société dont la faillite a été prononcée le [...].

En tant qu'employé d'A._____ Sàrl, il est assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre le risque d'accidents.

Le 4 novembre 2024, occupé sur un chantier à décharger des meubles de cuisine d'un camion, l'assuré a tiré un transpalette et est resté coincé entre celui-ci et le mur.

A._____ Sàrl a annoncé le sinistre à la CNA, le 21 novembre 2024, en ces termes : « En déchargeant le camion avec des meubles de cuisines avec l[e] transpalette, et en tirant l[e] transpalette en avant je suis resté coincé entre le mur et l[e] transpalette ».

La radiographie du genou droit réalisée le 25 novembre 2024 a fait ressortir de fines calcifications aspécifiques en regard de l'épicondyle fémoral interne sans révéler de lésion osseuse traumatique évidente. Dans le rapport établi le même jour, il est fait mention d' « un accident de travail avec traumatisme direct » pour relater l'évènement du 4 novembre 2024.

L'assuré a présenté une incapacité de travail à compter du 28 novembre 2024 selon le certificat médical établi le même jour par la Dre E._____, médecin praticienne.

Le 2 décembre 2024, l'assuré a passé une IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit. Le rapport établi à cette occasion concluait comme suit :

« Déchirure horizontale de la corne antérieure et de la corne postérieure et déchirure en Y du corps méniscal interne. Pas de kyste péri-méniscal. Pas de déchirure du pivot central ni de l'appareil suspenseur. Tendinopathie calcifiante du tendon quadricipital sur la face supérieure de la patella, minime bursite prépatellaire. Géode sous-chondrale du condyle fémoral interne antérieurement. Chondrocalcinose probable ».

Répondant le 3 décembre 2024 à un questionnaire de la CNA, l'assuré a apporté les précisions suivantes sur le déroulement de l'évènement du 4 novembre 2024 :

« 1. A quelle activité ou à quelles circonstances attribuez-vous les troubles incriminés ?

Description détaillée de l'évènement :

En déchargeant le camion avec des meubles de cuisines avec l[e] transpalette, et en tirant l[e] transpalette en avant, je suis resté coincé entre le mur et l[e] transpalette.

(...)

2. Témoins (nom et adresse) ?

Oui mais je ne connais pas leurs noms.

Des personnes qui étaient sur le chantier m'ont aidé.

3. S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, etc.) ?

Non

(...)

4. Quand avez-vous ressenti des douleurs pour la première fois ?

[D]ès le 1^{er} jour de l'accident

5. Quand a eu lieu votre première consultation médicale et auprès de quel médecin ?

20.11.2024, l. _____

(...) »

Aux termes d'un rapport de consultation du 9 janvier 2025, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de contusion du genou droit avec contusion musculaire du vaste externe et méniscopathie interne en précisant que la lésion méniscale était « déjà connue et vue sur IRM de 2022 ». Il a retranscrit les circonstances de l'évènement du 4 novembre 2024, en ces termes (sic) :

« Il se coince le genou droit entre le mur et une palette lors de la manipulation du porte-palette le 4 novembre. Les douleurs sont

immédiates et persistent, de sorte qu'il se présente après 3 semaines chez la Dr E._____. »

Le 4 mars 2025, la CNA a reçu le « rapport initial LAA » complété par le Dr F._____ comme suit :

«(...)

2. Indication du patient :

Déroulement de l'accident et plainte. Rechute ?

Il entre en collision contre une palette le 4 novembre 2024, avec contact direct contre le genou. Par la suite, les douleurs sur la face interne du genou droit persistent et il consulte.

(...)

4. Constatations objectives :

Atteinte morphologique :

Déchirure méniscale du corps du ménisque interne du genou droit. La partie extruse du ménisque est palpable sous la peau L'IRM montre une lésion complexe du corps méniscal avec extrusion

Atteinte fonctionnelle :

Boiterie, douleur en s'agenouillant et à la marche/montée des escaliers

(...)

5. Diagnostic :

Déchirure méniscale du corps du ménisque interne, complexe, avec extrusion Soit récidive, soit chronique avec douleur réactivée par le traumatisme récent

6. Suite de l'accident :

Les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'évènement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles ?

non

(...)

10. Remarques :

Le genou a été victime de traumatisme dans le passé et maintenant une lésion méniscale connue s'est probablement redéchirée à cause du nouveau traumatisme.

(...) »

Par décision du 18 avril 2025, la CNA a fixé le montant de l'indemnité journalière à 173 fr.15, retenant le montant de 79'000 fr. pour le salaire déterminant le gain assuré et s'écartant du salaire de 115'605 fr. 60 annoncé par l'assuré.

B._____ a formé opposition le 24 mai 2025. Concluant implicitement à la réforme de la décision, en ce sens que la CNA devait tenir compte du salaire qu'il avait annoncé dans la déclaration de sinistre pour le

calcul du gain assuré fixant le montant de l'indemnité journalière. Il a expliqué avoir été contraint d'augmenter son taux d'activité en raison de circonstances indépendantes de sa volonté, avec pour conséquence une hausse de son salaire. Il a estimé que le salaire mentionné dans la déclaration d'accident était justifié compte tenu des heures effectuées et de la charge réelle de travail.

Le 26 juin 2026, la CNA a indiqué à l'assuré qu'après lecture de son dossier, il apparaissait que l'évènement du 4 novembre 2024 ne remplissait pas les conditions d'un accident ni celle d'une lésion assimilée à un accident, arguant que ses troubles méniscaux étaient vraisemblablement dus à l'usure ou à la maladie. Déclarant qu'elle avait accepté à tort de lui allouer des prestations, elle l'a informé qu'elle comptait réformer, à son détriment, sa décision du 18 avril 2025 et lui a imparti un délai au 15 juillet 2025 pour se déterminer sur le retrait de son opposition.

Dans un courriel du 4 juillet 2025, l'assuré a conclu au maintien de son opposition, indiquant que l'évènement du 4 novembre 2024 consistait en une récurrence d'un épisode similaire survenu deux ans auparavant et pris en charge par la CNA, il a déclaré que son genou ne présentait « pas d'usure du cartilage du compartiment interne à l'arthroscopie, ni à la radiographie, ni à l'IRM » et que conformément aux indications de son médecin traitant, il avait subi une opération du genou le 11 juin 2025. Il a soutenu, en substance, que les conditions d'une lésion assimilée étaient réunies et qu'il avait, contrairement à la CNA, fourni un grand nombre de documents justificatifs pour appuyer sa position.

La CNA a soumis le dossier de l'assuré au Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la CNA, pour une appréciation brève. Pour établir son avis, ce médecin a obtenu des pièces provenant de dossiers relatifs à de précédents sinistres annoncés par l'assuré touchant son genou droit, à savoir des rapports d'IRM du genou droit des 23 avril 2013 et 1^{er} novembre 2016, un procès-verbal d'entretien du 19 septembre 2019 et un avis du Dr K._____, médecin praticien et médecin-conseil de la CNA,

du 1^{er} février 2022. Le Dr J._____ a répondu comme suit à la question de la CNA (sic) :

« le 08.12.2022, il est répondu à une soumission au service médical :
" La santé de la personne assurée au niveau du genou droit était, au degré de la vraisemblance prépondérante, déjà altérée avant l'évènement de manière manifeste dans la mesure où ce genou est déjà dégénératif sur les bilans iconographiques précoces. Cf IRM DU GENOU DROIT DU 09/02/2022, 2, avec atteinte dégénérative se manifestant par extrusion méniscale interne et altération complexe de signal de la structure méniscale.) Actuellement la situation malade s'est accentuée en est la preuve l'exclusion du ménisque interne du compartiment fémoro-tibial interne sur l'IRM du 02.12.2024. »

Par décision sur opposition du 24 septembre 2025, la CNA a procédé à une *reformatio in pejus* de sa décision du 18 avril 2024 en ce sens que l'évènement du 4 novembre 2024 ne constituait ni un accident, en l'absence de cause extérieure extraordinaire, ni une lésion corporelle assimilée à un accident.

B. B._____, représenté par Me Lionel Zeiter, a recouru le 27 octobre 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant, principalement à l'admission du retrait de l'opposition formée par le recourant contre la décision du 18 avril 2025 et à l'entrée en force de cette dernière, subsidiairement à la réforme de la décision sur opposition du 24 septembre 2025 en ce sens que la CNA prenne en charge l'évènement du 4 novembre 2024 en tant qu'accident en octroyant des indemnités journalières calculées sur un salaire annuel de 115'065 fr. 60. Il a fait valoir que l'évènement du 4 novembre 2024, tel que décrit dans ses déclarations, était constitutif d'un accident et a contesté le montant du salaire retenu par l'intimée pour déterminer les indemnités journalières en arguant de l'augmentation justifiée de son salaire.

Dans sa réponse du 14 novembre 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours. Exposant que le retrait de l'opposition ne pouvait être admis pour des questions de sécurité du droit, elle a confirmé que l'évènement du 4 novembre 2024 ne pouvait être retenu comme un accident, dès lors que le recourant n'avait pas mentionné de circonstances

particulières dans ses premières déclarations et que la violence du choc n'avait pas été évoquée avant le recours. À cet égard, l'allégation de l'intéressé apparaissait invraisemblable dans la mesure où la première consultation médicale avait eu lieu le 28 novembre 2024 soit plus de trois semaines après l'évènement.

En réplique, le 11 décembre 2025, le recourant a confirmé l'intégralité de son recours. Il a fait état de la constance de ses propos depuis sa déclaration de sinistre, à savoir qu'il avait perdu le contrôle d'un transpalette, sur lequel était chargée une cuisine, qui l'avait heurté, de sorte que la survenance d'un choc ressortait déjà de ses premières déclarations. Il a ajouté qu'il était compréhensible qu'espérant n'avoir subi qu'une contusion, le recourant ne s'était rendu chez un médecin que le 20 novembre 2024. Il a par ailleurs produit les derniers certificats d'arrêt de travail du recourant attestant d'une incapacité de travail à 50 % jusqu'au 13 janvier 2026.

Par duplique du 15 janvier 2026, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours, en relevant des incohérences dans les déclarations du recourant et en soutenant que les rapports médicaux dénués de clarté ne pouvaient être considérés comme les propos du recourant. Elle a déclaré que la première consultation médicale avait eu lieu le 28 novembre 2024 et a ajouté que, même en retenant la date du 20 novembre 2024 alléguée par le recourant, l'écoulement de seize jours depuis l'évènement corroborerait la survenance d'un évènement bénin.

Le 1^{er} juillet 2026, le recourant a produit des certificats médicaux couvrant la période du 13 janvier au 30 juin 2026. Il ressort de ces documents qu'il a présenté une incapacité de travail à 50 % jusqu'au 26 mai 2026, date à laquelle dite incapacité a été réduite à 30 %. L'intéressé a précisé qu'il devait recouvrer une capacité de travail à 80 % à compter du 1^{er} juillet 2026. Soutenant que l'évolution de sa capacité de travail et l'amélioration de son état de santé démontraient que l'évènement du 4 novembre 2024 était constitutif d'un accident, il a confirmé son recours.

En droit :

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 quant à la forme sous réserve du considérant qui suit.

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).

Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec

l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

b) À teneur de l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 118 consid. 2a ; Elodie Skouliskas/Valérie Défago Gaudin, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e éd., Bâle 2025, n° 2 *ad* art. 52 LPGA). Elle est à la fois un véritable moyen de droit que les parties doivent utiliser avant de saisir le juge et une procédure tendant à ce que l'autorité qui a déjà statué rende une nouvelle décision qui se substituera à la première. Elle constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente, qui contribue à décharger les tribunaux et n'a pas d'effet dévolutif puisque l'autorité qui a statué en premier lieu n'est pas dessaisie (ATF 148 V 2 consid. 4.1 ; 132 V 368 consid. 6.1 ; Elodie Skouliskas/Valérie Défago Gaudin, *ibidem*).

La procédure administrative est close par la décision sur opposition qui remplace la décision initiale de telle sorte que cette dernière n'a plus d'existence propre et autonome faute d'être entrée en force de chose décidée (ATF 143 V 295 consid. 4.1.2 ; TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 2.1).

c) Aux termes de l'art. 12 al. 1 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), l'assureur n'est pas lié par les conclusions de l'opposant. Il peut modifier la décision à l'avantage ou au détriment de l'opposant. L'art. 12 al. 2 OPGA précise toutefois que si l'assureur envisage de modifier la décision

au détriment de l'opposant, il donne à ce dernier l'occasion de retirer son opposition.

Selon la jurisprudence, l'art. 12 al. 2 OPGA fonde un double devoir d'information : l'assureur doit non seulement avertir l'opposant du risque de se retrouver dans une position plus défavorable (*reformatio in pejus*), mais également de la possibilité de retirer son opposition. A cet égard, la jurisprudence a souligné que ce double devoir d'information serait vidé de son sens si l'assureur était habilité à annuler ou à modifier la décision contre laquelle a été formée opposition (sans les avertissements à l'opposant visant à garantir une procédure équitable), en rendant une décision en reconsidération dans le sens d'une *reformatio in pejus*, puis à rayer ensuite l'opposition du rôle en se référant à la décision initiale qui n'existerait plus, au motif qu'elle serait devenue sans objet (ATF 131 V 414 consid. 1 et les références citées). En cas de retrait de l'opposition, il reste à l'assureur la possibilité de modifier la décision initiale aux conditions de l'art. 53 al. 1 ou 2 LPGa concernant respectivement la révision procédurale et la reconsidération des décisions formellement entrée en force (ATF 131 V 414 consid. 2).

d) En l'occurrence, l'intimée a, par courrier du 26 juin 2025, avisé le recourant que l'évènement du 4 novembre 2024 ne remplissait pas les conditions d'un accident, à défaut de facteur extérieur extraordinaire, ni celles de la lésion assimilée. Toutefois, afin d'éviter une réformation à son détriment de la décision du 18 avril 2025 l'intimée a donné au recourant, conformément à la législation applicable, la possibilité de retirer son opposition, ce que celui-ci a refusé, par courriel du 4 juillet 2025.

Aucun grief ne peut être formulé à l'encontre de l'intimée sur la *reformatio in pejus* à laquelle elle s'est livrée, dès lors qu'elle a préservé les droits du recourant en procédant aux avertissements prévus par l'art. 12 al. 2 OPGA.

Il en découle que la décision sur opposition du 24 septembre 2025 s'est substituée à celle du 18 avril 2025 et constitue dès lors l'objet

de la contestation soumise à la Cour de céans. Le litige porte ainsi uniquement sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, à raison de l'événement survenu le 4 novembre 2024.

Par ses conclusions, le recourant ne s'est pas limité à contester le refus de l'intimée de considérer l'évènement du 4 novembre 2024 comme constitutif d'un accident. Il a sollicité l'admission du retrait de l'opposition qu'il avait formée à l'encontre de la décision du 18 avril 2025 aux fins que cette dernière entre en force. De telles conclusions excèdent l'objet du litige tel que défini par la décision attaquée et doivent être déclarées irrecevables au vu des art. 52 al. 1 et 56 al. 1 LPGA.

3. 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.

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).

b) 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. 6.1).

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* Dupont/Moser-Szeless [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2025, n°25 et 26 *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. 921 s).

c) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption d'exactitude (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4 et les références citées).

En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1).

d) Les habitudes professionnelles sont avant tout prises en compte dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvements et déplacements de charge notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire (TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 5.3 ; TF 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5 et la référence citée). En revanche, s'agissant des mouvements non coordonnés du corps, un facteur extérieur extraordinaire doit être admis lorsque ledit mouvement est entraîné par un phénomène extérieur qui modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 4.2).

4. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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 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). 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 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

b) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

5. a) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 asséculo-logique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

c) 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_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGa (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

6. En l'espèce, l'intimée a soutenu que l'évènement du 4 novembre 2024 ne remplissait pas les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGa, à défaut de cause extérieure extraordinaire, en relevant les incohérences dans les déclarations de l'assuré.

a) aa) S'il est vrai que les déclarations du recourant s'agissant de l'évènement accidentel sont relativement succinctes, elles n'ont cependant pas varié depuis la déclaration de sinistre initiale. Dans le recours, l'allégation développée par son mandataire sur le fait que le transpalette était chargé de plusieurs dizaines de kilos de matériel, constitue une précision et non une incohérence incompatible avec ses premiers propos.

La jurisprudence prévoit, en règle générale, de privilégier les premières déclarations d'un assuré et leur reconnaît la présomption d'exactitude s'agissant de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé. Eu égard à la déclaration de sinistre initiale du recourant ainsi qu'à son complément du 3 décembre 2024, il convient d'admettre qu'en tirant un transpalette chargé de meubles de cuisine, soit de plusieurs dizaines de kilos, il s'est retrouvé coincé au niveau de son genou droit entre le mur et le transpalette et a nécessité l'aide de tiers pour se dégager.

bb) Les rapports médicaux successifs ne sont guère plus explicites, mais ne permettent pas de retenir une incohérence dans les déclarations du recourant. En effet, le Dr F. _____ a rapporté que le recourant s'était coincé le genou droit entre le mur et une palette lors de la manipulation du porte-palette (cf. rapport du 9 janvier 2025) puis, dans le rapport qu'il a remis à l'intimée le 4 mars 2025, il a relaté la survenance d'« une collision contre une palette (...) avec contact direct contre le genou ». Dans le rapport de la radiographie du 25 novembre 2024, il est fait état d'un « accident de travail avec traumatisme direct ». Il ne résulte de ces transcriptions des propos du recourant aucun indice permettant de remettre en cause la vraisemblance de ses déclarations.

b) L'intimée a considéré que le fait de manœuvrer un transpalette et se coincer le genou entre ce dernier et un mur était une situation objectivement quotidienne ou habituelle pour le recourant.

aa) En affirmant que le fait de manœuvrer un transpalette ne sortait pas du cadre usuel du travail du recourant, l'intimée a tenu compte d'un critère qui n'était pas pertinent pour nier ou admettre l'existence d'un accident. En effet, si la jurisprudence prend en considération les habitudes professionnelles d'une personne qui sollicite des prestations d'assurance, elle le fait avant tout dans le cadre des lésions dues à des efforts (soulèvement et déplacement de charges notamment) pour examiner si l'effort doit être considéré comme extraordinaire (cf. TF 8C_404/2020 du 11

juin 2021 consid. 5.3 et la référence citée). Or, en l'occurrence, ce n'est pas l'effort déployé pour déplacer le transpalette ou décharger les meubles de cuisine qui est à l'origine des plaintes du recourant, mais bien le choc du transpalette, chargé de meubles de cuisine, sur le genou droit du recourant.

bb) L'intimée a estimé que la violence du choc invoquée par le recourant apparaissait invraisemblable eu égard au fait que la première consultation avait eu lieu, selon les dires de ce dernier, le 20 novembre 2024, retenant quant à elle la date du 28 novembre 2024, soit au plus tôt seize jours après l'évènement du 4 novembre 2024. Elle a également soutenu que, compte tenu de l'intensité des troubles à la santé et au vu de son activité professionnelle, il aurait dû présenter une incapacité de travail immédiatement à la suite de l'évènement litigieux et non trois semaines plus tard (cf. certificat médical du 28 novembre 2024). Bien qu'il convienne de constater qu'il ne ressort des documents médicaux aucun examen ou consultation médicale avant le 25 novembre 2024 (cf. radiographie du genou droit) respectivement avant le 28 novembre 2024 (cf. certificat médical du Dre E. _____), la date effective de la première consultation n'est cependant pas déterminante en l'espèce pour établir la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire. Il sied effectivement de retenir que la survenance d'un choc résulte des déclarations constantes du recourant et que l'intensité apparaît également vraisemblable eu égard au fait que, coincé contre un mur par le transpalette qu'il avait manœuvré, il a dû avoir recours à des tiers pour se dégager.

c) Il ressort de ce qui précède que les conditions constitutives d'un accident sont réunies en l'espèce (art. 4 LPGa) et c'est donc à tort que l'intimée a refusé de qualifier l'évènement du 4 novembre 2024 d'accident.

7. Demeure en revanche litigieuse la question du lien de causalité entre l'atteinte physique et l'évènement accidentel.

Sur le plan médical, il faut relever que les rapports médicaux établis par les médecins traitants et le médecin-conseil de l'intimée sont très succincts. Néanmoins ces documents médicaux tendent à démontrer

que le recourant a présenté des atteintes d'ordre dégénératives préexistantes à l'accident. Ceci est, en effet, corroboré par le fait que le Dr J._____ a fait état d'une aggravation de la situation malade (cf. rapport du 9 septembre 2025) ainsi que par la constatation du Dr F._____ selon laquelle la lésion méniscale mise en évidence sur l'IRM de 2024 était déjà visible sur l'IRM de 2022 (cf. rapport du 9 janvier 2025). Il convient toutefois de constater qu'en posant le diagnostic de « contusion du genou avec contusion musculaire » (cf. rapport du 9 janvier 2025), ce médecin n'a pas spécifié si elle était en lien avec l'accident. Par la suite, en mars 2025, en réponse au questionnaire que lui a soumis l'intimée, il a précisé que la déchirure du ménisque était une récurrence ou une affection « chronique avec douleur réactivée par le traumatisme récent » tout en déclarant très brièvement que les constatations objectives, dont cette déchirure, ne concordaient pas avec l'évènement invoqué par le recourant. Quant au Dr J._____ dans son appréciation du 9 septembre 2025, il a relevé, en s'appuyant sur l'IRM réalisée en décembre 2024, que la situation malade s'était accentuée sans expliciter si cette aggravation était consécutive en totalité ou en partie à l'évènement du 4 novembre 2024. Il a par ailleurs retranscrit la déclaration que son confrère, le Dr K._____, médecin auprès de la même assurance, avait émise plus de deux ans auparavant, et dans laquelle il avait fait état d'un genou droit dégénératif antérieur à l'accident survenu en 2022. Le Dr J._____ n'a néanmoins pas non plus indiqué les motifs pour lesquels l'avis de son confrère pouvait se rapporter au cas d'espèce. Ce rapport ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence pour qu'une valeur probante lui soit reconnue.

Au vu de ce qui précède, bien que le recourant présente un état préexistant à l'évènement du 4 novembre 2024, il apparaît que les pièces au dossier ne sont pas suffisantes, en l'état, pour permettre à la Cour de céans de se déterminer sur la question du lien de causalité et de savoir si l'accident a aggravé au moins temporairement la lésion existante ou s'il n'y a eu aucune conséquence sur cette dernière (*statu quo sine vel ante*), en l'absence d'un avis médical circonstancié sur ce point. En conséquence, l'instruction devant être complétée, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire,

conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

8. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments du recourant.

9. a) En définitive, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 55 al 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 24 septembre 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause est renvoyée à cette institution pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à B. _____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens réduits.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Lionel Zeiter (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 :