

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 septembre 2026

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

G._____, à C*** (France), recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

SWICA ASSURANCES SA, à Winterthour, intimée.

Art. 29 al. 2 Cst. ; 36 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPG ; 7j OPGA

En fait :

A. a) G._____ (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, G._____ 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 K._____, 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 K._____, 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 K._____, 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 K._____ 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 31 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, G._____ 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 L._____ 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 L._____, 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 L._____ remplaçante de Dr P._____

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 Q._____, 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 France 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, G._____, 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 K._____ 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 G._____, 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 antidatés.

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 L._____ a notamment diagnostiqué une vraisemblable lésion méniscale, vu le testing méniscal positif.

Par ailleurs, lors de la consultation du 5 septembre 2024, le Dr T._____ 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) SWICA a, par courrier du 9 avril 2025, répondu à l'assuré de la manière suivante à propos des suites de l'accident de 2018 :

Nous accusons réception de votre lettre du 25 mars 2025 qui a retenu toute notre attention.

Aussi, avant que nous notifiions une décision contre laquelle vous pourrez recourir, nous souhaitons que vous preniez position concernant les intentions de M. G._____ quant à sa décision relative à l'intervention chirurgicale (arthrodèse de la sous-talienne). Ce point fait depuis longtemps l'objet de discussion et nous n'avons toujours pas obtenu de réponse.

Concernant le rapport d'expertise du Dr K._____, nous sommes contraints de contester vos dires et vous prions d'abord de bien vouloir prendre note de l'intégralité du dossier que nous avons transmis à votre cabinet dans notre courriel du 26 mars 2025. De ce fait, vous pourrez ensuite nous communiquer dans quel cadre précisément en vous fondant sur quels arguments vous souhaitez une décision formelle. Dès réception de votre réponse, nous vous notifierons une décision susceptible d'être attaquée.

Par courrier du 30 avril 2025, l'assuré a informé SWICA qu'il avait accepté que l'arthrodèse soit réalisée dans les meilleurs délais selon les disponibilités de l'opérateur.

Par courrier du 13 juin 2025, SWICA a délivré sa garantie de paiement pour l'intervention chirurgicale, programmée le 23 juin 2025.

Par courrier du 23 juillet 2025, l'assuré a signalé à SWICA que, malgré les certificats d'incapacité de travail produits et les informations communiquées, elle ne versait toujours pas de prestations au titre de

l'assurance-accidents. Il l'a invitée à rendre d'ici le 15 août 2025 une décision sur opposition, en la prévenant qu'à défaut il déposerait un recours pour déni de justice et en renvoyant pour le surplus à son courrier du 25 mars 2025.

Par courrier du 5 août 2025, SWICA a informé l'assuré qu'elle était en mesure d'allouer les prestations d'assurance découlant de l'opération effectuée le 23 juin 2025, si bien qu'il pouvait prétendre, à compter de cette date, à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières.

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 caddie 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 K._____.

g) Par arrêts du 1^{er} juillet 2026 (causes ZA26.*** et ZA26.***), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a, d'une part, rejeté le recours formé par G._____ contre la décision sur opposition du 27 novembre 2025 et, d'autre part, rejeté un recours pour

déni de justice relatif à l'absence de décision rendue en lien avec les conséquences de l'accident survenu en 2018.

B. Dans l'intervalle, SWICA a, par courrier du 12 janvier 2026, informé G._____ qu'elle envisageait de confier la réalisation d'une expertise médicale au Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl à X*** afin d'examiner l'évolution de la situation à la suite de l'opération effectuée le 23 juin 2025 et a proposé en qualité de médecin-expert le Dr K._____.

Le 21 janvier 2026, G._____ a indiqué qu'il s'opposait à ce que le Dr K._____, rattaché au Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl, soit désigné comme expert. En substance, il faisait valoir que le centre d'expertises proposé était « beaucoup trop lié aux assureurs », en particulier à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Pour la seule année 2024, cet office avait en effet confié 173 expertises bidisciplinaires au Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl, dont seulement treize avaient conclu à une incapacité totale de travail. Cette sévérité n'était pas un simple fait statistique, mais s'inscrivait dans une logique évaluative tendant à minimiser les atteintes fonctionnelles dans une activité adaptée. Il en résultait une réduction mécanique des chances d'accès aux prestations de l'assurance-invalidité pour les assurés soumis à ces expertises. Dans ces conditions, l'impartialité du Dr K._____ n'était pas garantie, si bien que ce médecin ne pouvait se voir confier l'expertise envisagée. L'assuré a encore rappelé que la mise en œuvre d'une expertise mono- ou bidisciplinaire devait s'effectuer sur une base consensuelle en tant qu'il incombait à l'assureur de tenir compte des objections soulevées quant à la personne de l'expert. Aussi a-t-il suggéré que le Prof. O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soit nommé en tant qu'expert.

Par correspondance du 28 janvier 2026, SWICA a relevé que les critiques formulées par l'assuré à l'endroit du Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl se fondaient sur des statistiques concernant l'assurance-invalidité, laquelle confiait un nombre de mandats d'expertises significativement plus élevé qu'un assureur privé. S'agissant plus spécifiquement du Dr K._____,

aucun élément précis ni aucune irrégularité susceptible de remettre en cause son indépendance ou son impartialité n'avait été évoqué. Par conséquent, la désignation d'un autre médecin-expert ne se justifiait pas.

Le 2 février 2026, l'assuré a souligné que, contrairement à ce que soutenait SWICA, le manque d'objectivité reproché au Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl se fondait sur des données statistiques. Il a dès lors maintenu sa requête tendant à la récusation du Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl et, partant, a derechef sollicité que le Prof. O._____ soit désigné en qualité d'expert.

Par décision incidente du 17 février 2026, SWICA a retenu que les explications avancées par l'assuré ne permettaient pas de conclure à l'existence d'un motif de récusation, si bien qu'elle a maintenu son choix de confier au Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl le soin de procéder à l'expertise orthopédique envisagée.

C. **a)** Par acte du 18 mars 2026, G._____ a, sous la plume de son conseil, recouru devant la Cour de céans contre la décision incidente du 17 février 2026 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à SWICA « pour qu'elle mandate un autre centre d'expertise que le Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl et s'efforce à parvenir à un consensus sur la personne des experts et, en cas d'échec, rende une décision formelle sujette à recours ». A titre de moyen de preuve, il a sollicité la mise en œuvre de débats publics.

Reprenant les arguments avancés dans son courrier du 21 janvier 2026, l'assuré faisait en substance valoir que le caractère concret et pertinent de son argumentation se fondait sur des statistiques provenant de sources fiables et vérifiables, issues de données authentiques. Ces statistiques démontraient de manière évidente que, parmi le grand nombre d'expertises réalisées par le Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl, un nombre disproportionné aboutissait à des conclusions favorables aux assureurs. Le fait que dites statistiques concernaient l'assurance-invalidité ne remettaient pas en cause la pertinence et la solidité des données invoquées,

qui démontraient clairement un biais en faveur des assureurs. Ces éléments concrets, combinés à l'historique des liens entre les responsables du Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl et l'assurance-invalidité, créaient un faisceau d'indices suffisants pour justifier la récusation bien au-delà de ce qui pourrait être perçu comme une simple dépendance économique. Fort de ses explications, l'assuré estimait que sa demande de récusation reposait sur des faits tangibles et des éléments statistiques probants, qui rendaient la crainte d'un manque d'impartialité parfaitement légitime.

b) Dans sa réponse du 12 mai 2026, SWICA a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, elle faisait observer que, à sa connaissance, le Dr K._____ n'avait jamais travaillé pour l'assurance-invalidité et que, en tant que spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il possédait les compétences nécessaires pour une réévaluation des troubles au pied. Du reste, lors de sa précédente nomination en 2024, l'assuré n'avait pas soulevé d'objections. Par ailleurs, il semblait judicieux de demander au médecin déjà impliqué l'évolution des symptômes et de la capacité de travail. Pour ces raisons, il n'y avait pas lieu de retenir des motifs de prévention à l'égard du Dr K._____.

c) Par réplique du 16 juin 2026, l'assuré a, en réponse aux arguments soulevés par SWICA, relevé avoir critiqué, en date du 25 mars 2025, l'expertise du Dr K._____. Dans ce contexte, elle ne pouvait confier une nouvelle expertise à ce même médecin. En effet, dans la mesure où celui-ci s'était déjà déterminé sur l'incapacité de travail concernant la période litigieuse en la niant dans la première expertise contestée, il ne pouvait plus fonctionner comme expert dans la nouvelle expertise.

d) A la demande du Juge instructeur, l'assuré a, par pli du 1^{er} septembre 2026, indiqué qu'il renonçait à la tenue d'une audience de débats publics.

En droit :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent.

La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1).

b) Selon la jurisprudence, l'assuré qui, faute de consensus, entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires pour pouvoir déférer l'affaire auprès du tribunal des assurances sociales compétent pour en connaître (ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; 138 V 271 consid. 1 et 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Tel est le cas en l'occurrence.

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

2. Le litige a pour objet la désignation du Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl, respectivement la désignation du Dr K._____, pour la réalisation d'une expertise orthopédique sur la personne du recourant.

3. a) L'art. 43 al. 1 LPGA dispose que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.

b) A teneur de l'art. 44 al. 1 LPGA, si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles : expertise monodisciplinaire (let. a), expertise bidisciplinaire (let. b) et expertise pluridisciplinaire (let. c). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties ; les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (al. 2). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4). Les art. 7j ss OPGA (ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) précisent, quant à eux, l'art. 44 LPGA. Ainsi, l'art. 7j al. 1 OPGA prévoit que si une partie récuse un expert en vertu de l'art. 44 al. 2 LPGA, l'assureur doit examiner les motifs de récusation ; en l'absence de motif de récusation, les parties tentent de trouver un consensus. Selon l'alinéa 2, la recherche de consensus peut être effectuée par oral ou par écrit et doit être consignée dans les dossiers. Si un mandat d'expertise est attribué de manière aléatoire, il n'y a pas lieu de rechercher un consensus (al. 3).

c) Ainsi, les garanties procédurales permettent au plaideur d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement est de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Pour

que la récusation s'impose, la prévention de l'expert n'a pas besoin d'être établie, car une disposition interne de sa part ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. Seules les circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement subjectives d'une partie ne sont pas décisives (ATF 148 V 225 consid. 3.4).

d) L'assuré a la possibilité, dans un délai non prolongeable de dix jours, d'invoquer des motifs de récusation à l'encontre de l'expert ou des experts désigné(s). Seules peuvent être invoquées des objections de nature formelle au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA, à l'exclusion d'objections de nature matérielle.

e) Selon la jurisprudence, il convient en effet de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente, du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adoption, ou encore un lien de l'expert avec l'affaire pour d'autres motifs, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur

le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 et 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1).

4. a) A titre liminaire, il convient d'apporter quelques précisions de nature procédurale, en tant que le recourant soutient que l'intimée doit s'efforcer « à parvenir à un consensus sur la personne des experts ». Si l'assureur-accidents doit s'efforcer de mettre en œuvre une expertise sur une base consensuelle et prendre en considération les objections soulevées par l'assuré quant à la personne de l'expert, le Tribunal fédéral a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le consentement de l'assuré dès que celui-ci émet des objections sur la personne de l'expert, car cela reviendrait à reconnaître un droit de veto à l'assuré ; il a précisé que même en cas d'objection de l'assuré, l'assureur n'est pas tenu de suivre sans autre les contre-propositions de l'assuré (ATF 139 V 349 consid. 5.2.1). Etant rappelé dans ce contexte que la personne assurée n'a pas un droit à la désignation de l'expert de son choix (ATF 132 V 93 consid. 6.5), il appartenait, en l'absence de consensus sur le choix de l'expert, à juste titre à l'intimée de statuer par une décision incidente, sans qu'un nouvel échange à ce propos ne soit nécessaire. Au surplus, les droits de participation du recourant au sens de l'art. 44 LPGA ont été respectés, ce dernier ayant notamment eu l'occasion, à la suite du courrier du 12 janvier 2026 de l'intimée, d'exposer ses motifs de récusation. Il a d'ailleurs fait usage de ce droit le 21 janvier 2026.

b) Cela étant, en tant que la récusation porte sur la désignation par l'intimée du Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl en tant qu'expert, soit le centre d'expertises dans son ensemble, cela n'est en principe pas possible. Les demandes de récusation visant l'ensemble des membres d'une autorité ne sont recevables que si des motifs spécifiques de récusation sont invoqués à l'encontre de chaque membre de l'autorité concernée pris individuellement, motifs qui doivent aller au-delà de la simple critique selon laquelle l'autorité ferait preuve de partialité (TF 9C_603/2010 du 6 octobre 2010 consid. 5.2 ; TF 9C_500/2009 du 24 juin

2009 consid. 2.1). Au demeurant, le Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl fait partie, à l'heure actuelle, des centres d'expertise agréés par l'Office fédéral des assurances sociales pour procéder à des expertises pluridisciplinaires en matière d'assurance-invalidité, si bien qu'il y a lieu de considérer qu'il remplit les conditions posées par la loi et la jurisprudence pour établir des expertises.

c) Par ailleurs, les critiques générales du recourant relatives à la sévérité marquée des conclusions rendues par le Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl et sa grande réticence à reconnaître l'impossibilité totale de travailler dans un emploi adapté ne permettent pas de préjuger de la valeur probante d'une expertise dans un cas particulier. Il suffit de rappeler à ce propos qu'on ne saurait tirer des circonstances d'expertises concernant de tierces personnes que les investigations menées par un expert dans un cas particulier pourraient ne pas être effectuées conformément aux règles de l'art (TFA I 153/03 du 28 avril 2004 consid. 3). La valeur probante d'une expertise médicale doit en effet être examinée au regard des circonstances concrètes du cas particulier, et non pas à la lumière de statistiques et/ou d'enquêtes journalistiques.

d) De plus, c'est en vain que le recourant reproche au Bureau d'Expertises Y._____ Sàrl un lien de dépendance à l'égard de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (cf. mémoire de recours du 18 mars 2026, p. 9) qui le conduirait à rendre des expertises défavorables aux assurés. Il ressort d'une jurisprudence constante et bien établie que le fait qu'un expert soit régulièrement mandaté par un assureur et l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert, quand bien même il en retirerait une part conséquente de ses revenus (ATF 148 V 225 consid. 3.5 ; 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références ; TF 9C_343/2020 du 22 avril 2021 consid. 4.3 ; cf. aussi 8C_112/2010 du 17 août 2010 consid. 4.1).

e) En tant que la récusation porte sur le Dr K._____, le fait qu'un expert a déjà eu l'occasion d'examiner un assuré et qu'il a formulé

des conclusions qui n'allaient pas dans le sens voulu par ce dernier n'exclut pas de prime abord sa nomination ultérieure en qualité d'expert. Il ne peut en aller autrement que s'il existe des circonstances qui, objectivement, donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 et les références ; voir également TF 8C_89/2007 du 20 août 2008 consid. 6.2). Les critiques purement abstraites formulées par le recourant ne permettent toutefois pas d'établir en l'espèce que le Dr K. _____ pourrait aborder avec des préjugés l'examen du recourant.

f) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que les motifs invoqués par le recourant pour fonder sa demande de récusation du Bureau d'Expertises Y. _____ Sàrl, respectivement du Dr K. _____, ne sont pas suffisants. Faute d'éléments concrets propres à mettre en doute la probité de ce médecin ou sa capacité à effectuer une expertise probante, c'est à juste titre que SWICA a nié tout motif de récusation.

5. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision incidente litigieuse confirmée.

6. a) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGa). En effet, dans la mesure où le litige relève de l'assurance-accidents, la procédure relative à un incident doit être gratuite (ATF 133 V 441 ; TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008 ; cf. également Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e éd., Bâle 2025, n. 20 ad art. 61 LPGa, p. 845).

b) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa *a contrario*).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision incidente rendue le 17 février 2026 par SWICA Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour G. _____),
- 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).

Le greffier :