

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. 29 al. 1 Cst. ; art. 56 al. 2 LPG

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 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 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) 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. B._____ 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 D._____, 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 invité 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 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.

f) Dans ses déterminations du 22 mai 2026 relatives au recours pour déni de justice, SWICA a conclu au rejet de celui-ci.

g) Dans des déterminations spontanées du 16 juin 2026, B._____ a relevé que SWICA n'avait toujours pas statué s'agissant du droit à l'indemnité journalière pour la période d'incapacité de travail du 3 octobre 2023 au 23 juin 2025, ainsi que s'agissant des frais de traitement. Dans ce contexte, le cas de déni de justice était particulièrement caractérisé, au vu du temps écoulé.

h) 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]). Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque, malgré la demande de l'intéressé, l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours

doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90).

b) En l'espèce, le recours pour déni de justice a été interjeté 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 selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Dans le cas présent, il convient d'examiner, au regard de l'ensemble de la procédure, si l'absence de décision formelle rendue par l'intimée au sujet du droit aux prestations en lien avec l'accident de 2018 est constitutive d'un retard injustifié à statuer au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA.

3. a) L'art. 29 al. 1 Cst. dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.1).

b) La LPGA et la LAA ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir

pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent en revanche justifier la lenteur excessive d'une procédure ; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C_426/2011 précité consid. 3.2).

c) La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et les références citées ; TF 9C_426/2011 précité consid. 3.3). En revanche, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond ; elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90).

4. a) En l'occurrence, l'intimée, sur la base des conclusions d'un rapport d'expertise établi le 2 octobre 2024 par le Dr D._____, a, par courrier du 1^{er} novembre 2024, informé le recourant 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, le recourant a contesté les conclusions de l'expertise du Dr D._____, en tant qu'elles attestaient l'existence d'une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle.

Dans ses déterminations du 6 décembre 2024, l'intimée a invité le recourant 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._____ relatives à la capacité résiduelle de travail, précisant au surplus qu'il pouvait obtenir, s'il le souhaitait, une décision formelle.

En réponse à un nouveau courriel du recourant du 19 février 2025 l'invitant à lui allouer les prestations auxquelles il avait droit, l'intimée a, par courrier du 7 mars 2025, informé le recourant, en substance, que la seule solution idéale pour résoudre son problème de santé était constituée par l'intervention chirurgicale proposée par l'expert et que, si le recourant décidait de reporter l'intervention chirurgicale, il n'aurait droit dans l'intervalle à aucune mesure médicale ou indemnité journalière.

Par courrier du 25 mars 2025, le recourant a une nouvelle fois contesté la position de l'intimée et conclu « au droit à de plus amples prestations d'assurance LAA », tout en demandant que soit rendue une décision susceptible d'opposition.

En réponse à la requête du recourant, l'intimée, par courrier du 9 avril 2025, lui a demandé d'une part qu'il se détermine préalablement sur ses attentions quant à l'intervention chirurgicale et l'a invité d'autre part à lui communiquer « dans quel cadre précisément et en vous fondant sur quels arguments vous souhaitez une décision formelle », tout en précisant qu'une décision serait notifiée une fois sa réponse reçue.

Par courrier du 30 juin 2025, le recourant a informé l'intimée que l'opération s'était déroulée le 22 juin 2025 (*recte* : 23 juin 2025).

Par courrier du 23 juillet 2025, le recourant a sommé l'intimée de rendre d'ici le 15 août 2025 une décision sur opposition ou d'indiquer à quelle date elle serait en mesure de se déterminer, à défaut de quoi il déposerait un recours pour déni de justice.

Par courrier du 5 août 2025, l'intimée a informé le recourant 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, ainsi qu'aux frais d'aide-ménagère et de déplacement.

Le recourant n'a pas réagi au contenu de ce dernier courrier jusqu'au jour du dépôt de son recours pour déni de justice.

b) Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir que l'intimée a violé le principe de célérité, de sorte qu'elle aurait commis un déni de justice. Il convient en effet de constater que l'intimée avait, par courrier du 9 avril 2025, demandé expressément au recourant, en réponse à la requête ambiguë de celui-ci tendant à l'octroi « de plus amples prestations d'assurance », qu'il précise les contours de la décision qu'il souhaitait voir être rendue. Or ce dernier ne s'est pas déterminé sur cette demande. Après avoir été sommée le 23 juillet 2025 de rendre une décision d'ici le 15 août 2025, l'intimée a, par courrier du 5 août 2025, informé le recourant qu'elle prenait en charge, à compter du 23 juin 2025, le traitement médical et les indemnités journalières, ainsi que les frais d'aide-ménagère et de déplacement. Dès lors que le recourant n'a pas réagi à ce courrier, l'intimée pouvait raisonnablement partir de l'idée qu'elle avait répondu à la demande du recourant et que celui-ci avait renoncé à faire valoir de plus amples prétentions à l'encontre de l'intimée.

5. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté.

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.

II. 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 :