

S2 23 93

ARRÊT DU 11 FÉVRIER 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Alice Vanay, greffière

en la cause

X _____, recourante, représentée par Maître Marie Mouter, avocate, Monthey

contre

SWICA ASSURANCES SA, intimée, représentée par son service juridique, Lausanne

(art. 16 al. 2 LAA ; fin du droit aux indemnités journalières, délai transitoire pour
retrouver une activité adaptée)

Faits

A. X _____, née le xx.xx 1970, ressortissante française, a exercé à partir du 19 mai 2020 une activité de cuisinière auprès du restaurant « A _____ » à B _____. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après : Swica).

B. Le 16 mars 2022, elle a été victime d'une chute à ski, lui provoquant une entorse du genou gauche avec déchirure des ligaments croisés antérieurs (LCA). Un traitement conservateur (attelle et médicaments anti-inflammatoires) a été mis en place et a justifié un arrêt de travail. Ce cas a été annoncé à Swica qui a versé des prestations à l'assurée (dossier Swica, pièces 1, 3 et 23).

Une IRM du genou gauche du 4 avril 2022 a mis en évidence une déchirure presque complète du tiers proximal du LCA, une fissure longitudinale étendue de la corne postérieure du ménisque interne, une entorse de grade II de l'insertion proximale, ainsi qu'une petite fracture-impaction de la partie postérieure du plateau tibiale externe (pièce 22).

Le 14 avril 2022, le Dr C _____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, a proposé une rééducation du genou gauche afin de récupérer la mobilité, la trophicité quadricipitale et autoriser la charge totale en se passant rapidement de l'attelle. A son avis, un traitement chirurgical ne devait être envisagé qu'en cas de mécanisme d'instabilité (pièce 23). Des séances de physiothérapie ont ainsi été ordonnées par la Dresse D _____, généraliste, jusqu'au 14 mai 2022 au moins (pièce 24).

C. Le 9 septembre 2022, Swica a invité l'assurée à s'annoncer auprès de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI) en raison de la persistance de son incapacité de travail (pièce 20). Entre le 5 septembre 2022 et le 27 octobre suivant, l'intéressée a toutefois récupéré une capacité de travail de 50 % (pièces 16 et 27).

Au vu de l'évolution en demi-teinte de la situation de l'assurée six mois après l'accident, le Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait réaliser une nouvelle IRM du genou gauche afin de connaître l'état exact du ménisque. L'examen a montré une légère aggravation de la lésion méniscale interne, avec deux petites languettes instables aux dépens de la corne postérieure. Le 5 octobre 2022, le médecin a proposé une reconstruction chirurgicale du LCA associée à une méniscectomie interne partielle. Cette intervention s'est déroulée le 28 octobre suivant (pièces 39 à 41).

Le contrat de travail de l'assurée ayant été résilié pour le 28 février 2023 (pièce 52), elle s'est inscrite à l'assurance-chômage au début du mois de mars 2023. Ne pouvant percevoir aucune prestation, elle a annoncé son cas à l'OAI le 14 mars 2023 (pièce 65 et décision du 25 avril 2024 de l'OAI).

Une expertise orthopédique a été réalisée à la demande de Swica le 9 mars 2023 par le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Au terme de son examen, l'expert a noté que le cas n'était pas encore stabilisé, dès lors qu'il existait toujours une lésion du ménisque externe qui provoquait des douleurs et des craquements dans le genou gauche. L'événement du 16 mars 2022 était la seule cause des problèmes actuels du genou gauche de l'assurée. L'expert a précisé que selon lui, ni le *statu quo ante* ni le *statu quo sine* ne seraient retrouvés. Il a suggéré une nouvelle arthroscopie de contrôle pour traiter ces troubles qui découlaient de l'évènement accidentel du 16 mars 2022 et qui empêchaient une reprise de l'activité habituelle. En revanche, l'expert a estimé que l'assurée pouvait reprendre le travail dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire (évitant les positions accroupies ou à genou, la marche en terrain irrégulier ou dans des pentes, ainsi que l'utilisation répétée d'escaliers). Il a mentionné, à titre d'exemples, les professions de secrétaire médicale et d'assistante de direction, dans lesquelles l'assurée avait déjà travaillé par le passé (pièce 93).

Le 21 avril 2023, l'assurée a une nouvelle fois été opérée par le Dr E _____, qui a pratiqué une arthroscopie du genou gauche, une réinsertion de la racine postérieure et de la corne antérieure du ménisque externe, ainsi qu'une régularisation du ménisque interne (pièce 121). Cette opération, en lien de causalité avec l'accident du 16 mars 2022, a été prise en charge par Swica qui a considéré, sur la base d'un avis du 18 avril 2023 du Dr F _____, que la durée de l'arrêt de travail était d'au maximum deux semaines (pièce 178 [218]).

D. Par décision du 20 juillet 2023, Swica a mis fin au versement des indemnités journalières à cette même date, au motif que l'assurée avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans laquelle sa perte de gain était nulle (pièce 130). Dans un courrier du 31 juillet 2023, Swica a précisé que les prestations médicales seraient encore remboursées jusqu'au 21 octobre suivant (pièce 136).

Le 30 juillet 2023, l'intéressée s'est opposée à cette décision, relevant que, depuis la dernière opération, elle avait des difficultés à marcher et devait changer régulièrement de position. En outre, selon le Dr E _____, la reprise d'une activité adaptée ne

pouvait pas intervenir avant le mois d'octobre 2023. L'assurée a également contesté son revenu d'invalidé, au motif qu'elle n'avait plus exercé une activité administrative depuis 12 ans. Enfin, elle a relevé qu'elle n'avait jamais souffert auparavant de son genou gauche, qu'elle devait poursuivre son traitement de physiothérapie et qu'elle avait besoin des indemnités journalières au minimum jusqu'à la fin du mois d'août 2023, lorsque son dossier serait traité par l'OAI (pièce 140).

Dans un rapport du 22 août 2023, le Dr E _____ a relevé qu'il n'avait pas observé de douleurs dans le genou gauche de sa patiente lors d'un contrôle effectué le 17 juillet précédent. Seul un léger gonflement avait été noté. Aucune circonstance particulière n'influençait de manière défavorable le processus de guérison. Le traitement, sous forme de physiothérapie et d'exercices à domicile, devait se poursuivre. Le médecin considérait que le travail pourrait éventuellement être repris en octobre 2023 (pièce 161).

Le 14 septembre 2023, le Dr F _____ a indiqué que la stabilisation du cas était attendue une année après la plastie du LCA du 28 octobre 2023 (*recte* : 2022), mais que l'assurée pouvait déjà reprendre une activité adaptée trois mois après cette intervention et 15 jours après l'arthroscopie du 21 avril 2023 (pièce 179 [219]).

Par décision sur opposition du 15 septembre 2023, Swica a confirmé que l'intéressée pouvait reprendre une activité adaptée dès le 20 juillet 2023, ce qui entraînait la fin du versement des indemnités journalières à cette même date (pièce 166).

E. X _____ a recouru céans contre la décision sur opposition le 15 octobre 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières ainsi qu'au remboursement du traitement médical au-delà du 20 juillet 2023, subsidiairement, au renvoi du dossier à Swica pour nouvelle décision. Elle a également requis la restitution de l'effet suspensif qui avait été levé par l'intimée. En substance, elle a contesté la stabilisation de sa situation et la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée. A l'appui de son écriture, elle a versé en cause différentes pièces médicales, dont un rapport du 6 septembre 2023 du Dr E _____, duquel il ressort que l'évolution était plus ou moins normale depuis la dernière intervention, avec un genou gauche qui ne gonflait plus trop et la poursuite du programme de physiothérapie de renforcement et de proprioception. Il a indiqué que sa patiente avait, dans l'intervalle, développé des douleurs multiples au niveau de la hanche, du mollet et de l'épaule gauche qui répondaient partiellement à la rééducation. Il a attesté une incapacité totale de travail. La recourante a encore produit une ordonnance du Centre médical de Lavey-les-Bains, indiquant qu'une radiographie du

bassin et une IRM de la hanche devaient être effectuées, de même que des documents de l'OAI annonçant qu'une formation de secrétaire médicale dispensée du 18 septembre 2023 au 28 février 2024 serait prise en charge à titre de mesure d'intervention précoce.

Dans sa réponse du 24 novembre 2023, Swica a relevé que la recourante ne s'était pas annoncée à l'OAI lorsqu'elle avait été invitée à le faire, qu'elle pouvait reprendre une activité adaptée et que l'avis du Dr F _____ était entièrement probant.

Le 8 janvier 2024, la recourante a répliqué qu'elle subissait encore des traitements et arrêts de travail bien au-delà du 20 juillet 2023, que le dossier était incomplet et comportait des avis qui divergeaient de celui de l'expert, et que l'intimée ne précisait pas quelle activité adaptée pouvait être reprise. Elle a en outre produit différentes pièces, pour certaines déjà présentes au dossier (IRM du 4 avril 2022, rapport du 15 septembre 2022 du Dr E _____, protocole opératoire du 28 octobre 2022), ainsi que des nouveaux arrêts de travail et le plan de ses prochaines séances de kinésithérapie.

Le 26 janvier 2024, Swica a relevé que seule la fin du droit aux indemnités journalières était litigieuse et non la fin du traitement médical. D'après elle, le dossier était suffisamment complet pour se prononcer sur cette question et l'avis de l'expert, selon lequel une activité adaptée pouvait être reprise, n'était contredit par aucune pièce. En outre, les plaintes émises concernant la hanche, le mollet et l'épaule gauche n'étaient pas dans une relation de causalité avec l'accident du 16 mars 2022.

Le 18 juillet 2024, l'intimée a transmis à l'Autorité de céans une copie de la décision du 25 avril 2024 de l'OAI refusant toutes prestations AI (rente et mesure d'ordre professionnel) à la recourante, au motif qu'elle avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 9 mars 2023 (date de l'expertise du Dr F _____).

F. En février 2024, Swica a demandé un rapport détaillé au Centre médical de Lavey, ainsi que la production du rapport de l'IRM du 19 octobre 2023. Ce dernier concluait à l'absence de coxarthrose significative des deux côtés, à une microgéode acétabulaire de chaque côté, à une minime tendino-bursite du moyen glutéal gauche intéressant sa lame latérale ainsi qu'à de multiples myomes utérins. Le Dr G _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a indiqué le 19 février 2024 que l'assurée décrivait des gonalgies et des coxalgies gauches globalement mécaniques, sans sensation d'instabilité. Elle rapportait également un manque de force avec des lâchages musculaires au niveau de la cuisse et des douleurs au niveau du pli de l'aîne à gauche. Le genou gauche ne présentait pas de gonflement ni de blocage, mais l'intéressée continuait à se plaindre de douleurs antérieures, parfois internes et externes. Elle ne

prenait aucun médicament antalgique ou anti-inflammatoire de façon régulière. Le médecin a confirmé que sa patiente ne pourrait pas reprendre son travail habituel, mais qu'elle était en plein processus de réorientation professionnel (S2 24 91 ; pièces 189 à 192).

Le 10 mars 2024, la Dresse H _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine intensive, experte SIM et médecin d'assurance, a notamment expliqué que le Dr G _____ avait décrit une pathologie souvent présente lors de douleurs de hanche dont l'étiologie était multiple, rendant le lien de causalité avec le traumatisme initial du 16 mars 2022 tout au plus possible. Concernant le genou, il s'agissait vraisemblablement de plaintes algiques séquellaires qui étaient contradictoires avec l'évolution mentionnée à trois mois post-opératoire par le Dr E _____ dans son rapport du 22 août 2023, lequel indiquait une absence de douleurs. La doctoresse a confirmé que l'activité habituelle de l'assurée n'était plus adéquate, mais que cette dernière disposait d'une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dès le 22 août 2023 dans une activité adaptée. Il convenait en outre de retenir une stabilité médicale à cette même date. Concernant la prise en charge des traitements, la Dresse H _____ préconisait la poursuite des séances de physiothérapie jusqu'à un an après la seconde intervention, soit jusqu'au milieu du mois d'avril 2024 (S2 24 91 ; pièce 195).

Par décision du 28 mars 2024, Swica a mis fin au droit aux prestations d'assurance avec effet au 20 avril suivant, au motif que selon le rapport de son médecin d'assurance, aucune amélioration notable de l'état de santé de l'assurée ne pouvait être attendue des mesures de traitement ou thérapeutiques supplémentaires dès le 21 avril 2024 (un an après l'arthroscopie du 21 avril 2023). Il incombait désormais à l'assureur-maladie d'examiner l'obligation de prendre en charge des traitements médicaux. Le droit d'annoncer des rechutes et des séquelles tardives restait garanti (S2 24 91 ; pièce 197).

Le 29 avril 2024, l'assurée a formé opposition contre la décision du 28 mars précédent, faisant notamment valoir que cette nouvelle décision annulait celle du 15 septembre 2023 qui prévoyait la fin de l'obligation de verser des indemnités journalières au 20 juillet 2023. Se référant aux gonalgies et coxalgies de la hanche gauche rapportées par le Dr G _____, l'assurée a considéré comme établi que les suites de l'accident subsistaient, ce qui justifiait le versement des indemnités journalières au-delà du 20 avril 2024 – date mentionnée dans la décision du 28 mars 2024 – et jusqu'à la date à laquelle elle aurait recouvré une pleine capacité de travail. L'intéressée a en outre contesté la fin de la prise en charge des frais de traitement et demandé à ce que les questions du droit

à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) soient examinées. Ces trois points font l'objet d'une procédure séparée (S2 24 91 ; pièce 199).

Swica a rejeté l'opposition de l'assurée par décision sur opposition du 20 septembre 2024. Elle a expliqué que la décision du 20 juillet 2023 ne concernait que la question de la suspension des indemnités journalières, et pas celle des soins médicaux. Les objets étant différents, la première décision n'était pas annulée par la seconde. L'appréciation motivée et convaincante de la Dresse H _____ quant au lien de causalité tout au plus possible entre la pathologie de la hanche et l'accident n'ayant pas été médicalement remise en question, notamment par le Dr G _____, il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Il en allait de même de l'analyse du médecin d'assurance relative à la stabilisation de l'état du genou de l'assurée (pièce 212).

Chacune des parties a maintenu sa position dans le cadre du recours interjeté le 21 octobre 2024 (S2 24 91) devant la Cour de céans et de l'échange d'écritures qui a suivi. La recourante a toutefois ajouté dans sa duplique du 16 décembre 2024 qu'elle suivait encore une thérapie et devait subir une nouvelle IRM du fait de ses douleurs. Il fallait dès lors à tout le moins remettre à une date postérieure à l'IRM et à la thérapie qui allait suivre l'appréciation de son état de santé. La cause n'étant pas en état d'être jugée, la mise en œuvre d'une expertise devait être ordonnée.

Par ordonnance du 4 août 2025, la Cour de céans a informé les parties que le dossier S2 24 91 avait été versé en la présente cause.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 15 octobre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 15 septembre précédent, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'autorité compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction

administratives [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

1.2 Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), la recourante sollicite, à titre de moyens de preuve, l'édition du dossier de l'OAI et de la caisse de chômage. La cause est cependant en état d'être jugée sur la base des pièces contenues dans le dossier produit par l'intimée, ainsi que des pièces versées en cause en cours de procédure, de sorte que l'édition de ces dossiers ne sera pas ordonnée.

1.3 La recourante a requis la restitution de l'effet suspensif, lequel avait été levé par la décision sur opposition du 15 septembre 2023.

1.3.1 En vertu de l'article 61 lettre b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Cette disposition – applicable d'office – découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte en question (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2012 du 27 mars 2013 consid. 7 et les références).

Néanmoins, les allégués contenus dans le mémoire de recours adressé à l'autorité, en particulier les moyens de droit, doivent en principe satisfaire les exigences de motivation (arrêt du Tribunal fédéral 1B_363/2014 du 7 janvier 2015 consid. 2.1). Il suffit à cet égard que la motivation du recours laisse apparaître les raisons pour lesquelles les faits constatés ou les dispositions appliquées par l'autorité inférieure sont contestés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4 ; KIESER, ATSG-Kommentar, 3^e éd. 2015, p. 811 n° 79).

1.3.2 En l'occurrence, l'intéressée, représentée par un mandataire professionnel, n'a aucunement motivé les raisons pour lesquelles l'effet suspensif devrait être restitué au recours, en n'accordant pas la moindre explication à ce sujet dans le cadre ses écritures successives, contrairement aux exigences formelles de motivation (art. 61 let. b LPGA et 48 al. 2 LPJA, applicable par renvois des art. 80 al. 1 let. c et 81a al. 2 LPJA).

Sur le fond, on ne discerne pas en l'espèce de motifs qui iraient à l'encontre d'une exécution immédiate de la décision litigieuse. La jurisprudence accorde en effet plus de poids à l'intérêt de l'administration à éviter de verser des prestations dont elle aurait peut-

être peine à obtenir la restitution qu'à celui de l'assuré de ne pas tomber provisoirement dans une situation financière difficile, en particulier lorsqu'il n'est pas hautement probable, au vu du dossier, que l'assuré obtiendrait gain de cause au fond (arrêts du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3, 8C_276/2007 du 20 novembre 2007 consid. 3.3, 3.4 et 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 231/06 du 24 mai 2006 consid. 4.3 ; ATF 124 V 82 consid. 6a). La recourante n'a pas démontré qu'une suspension immédiate des indemnités journalières (auxquelles elle n'avait plus droit) l'aurait privée d'un revenu indispensable à son entretien, ce d'autant moins qu'elle n'a pas requis l'assistance judiciaire dans la présente cause. L'intérêt de la recourante à pouvoir bénéficier des prestations jusqu'à droit connu sur le fond du litige ne l'emportait ainsi pas sur celui de l'intimée à ne pas les verser. Il n'était au demeurant pas hautement probable qu'elle aurait gain de cause, ce qui conduit ainsi au rejet de sa demande. Du reste, au vu du sort du litige, cette requête est désormais sans objet.

2. Le présent litige porte uniquement sur le droit de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 20 juillet 2023. Il ne concerne en revanche pas le droit au remboursement du traitement médical qui n'a pas été traité dans le prononcé litigieux du 15 septembre 2023, de sorte que la conclusion y relative de la recourante est irrecevable en l'espèce et fait l'objet d'une autre procédure (S2 24 91).

2.1 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Cette prestation vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail (ATF 138 V 140 consid. 3.1).

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident (art. 16 al. 2, première phrase, LAA). Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2, seconde phrase, LAA). Une personne est considérée comme incapable de travailler lorsque, pour cause d'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore seulement avec le risque d'aggraver son état (art. 6, première phrase, LPGA ; ATF 134 V 392 consid. 5.1 et 130 V 35 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.1 et la référence). La notion d'incapacité de travail s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire,

in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd. 2016, n° 212, p. 973).

L'indemnité journalière compense la perte de gain résultant de l'incapacité de travail, raison pour laquelle une personne assurée dont la capacité (médico-théorique) de travail est certes réduite en raison des suites de l'accident, mais qui ne subit pas de perte de gain, n'a en principe pas droit à l'indemnité journalière (ATF 134 V 392 consid. 5.3 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_748/2023 du 6 juin 2024 consid. 3.1.3 et 8C_608/2019 du 14 janvier 2020 consid. 5.2.1).

2.2 En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, seconde phrase, LPGA). En vertu de son devoir de diminuer le dommage, l'assuré est en effet tenu d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.1). Une incapacité de travail peut être qualifiée de « longue durée » à partir de six mois environ, étant précisé qu'il s'agit d'un ordre de grandeur pouvant varier selon les circonstances concrètes (HÜRZELER, in : Basler Kommentar UVG, 2019, no 11 ad art. 16 LAA ; SCHMID, in : Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, no 8 ad art. 16 LAA).

La prise en compte de la capacité de travail dans une autre profession n'est cependant envisageable que si l'état de santé est stabilisé, qu'un changement de profession est raisonnablement exigible et si l'assuré a été invité par l'assureur à chercher un emploi dans une autre profession. Un changement de profession lors de la phase de versement des indemnités journalières ne pourra ainsi pas être exigé tant que la situation médicale n'est pas stabilisée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/02 du 1^{er} octobre 2003 consid. 2.2 ; GEHRING, in : KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, nos 2 et 3 ad art. 16 LAA ; HÜRZELER, *op. cit.*, n° 14 ad art. 16 LAA). En outre, il faut également attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, sans quoi le droit à l'indemnité journalière s'éteint pour faire place à l'examen du droit à la rente (art. 16 al. 2 et 19 al. 1 LAA ; SCHMID, *op. cit.*, n° 9 ad art. 16 LAA).

La jurisprudence considère qu'un délai transitoire raisonnable doit être imparti à la personne concernée pour rechercher une activité adaptée dans une autre profession ou un autre domaine. Pendant cette période, l'assureurs-accidents reste tenu de verser les

indemnités journalières (arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2020 précité consid. 3.1, 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.1 et 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 213, p. 973). La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 et 114 V 281 consid. 5b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 7.2 et 8C_687/2014 du 9 septembre 2015 consid. 5.1.1). Un tel délai est jugé comme trop court par certains auteurs qui estiment que, dans le système de prestations de l'assurance-accidents où l'indemnité journalière est souvent amenée à être remplacée par une rente, on ne saurait exiger d'un assuré qu'il change de profession avant que son état de santé ne soit stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_489/2021 du 8 février 2022 consid. 7.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 214, p. 973 et les références).

A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une éventuelle perte de gain imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'alors et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c *in fine* ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2019 du 14 avril 2020 consid. 6.1.2 et la référence). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (arrêts du Tribunal fédéral 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 2 et 8C_861/2008 du 7 juillet 2009 consid. 3). Ces principes s'appliquent (sous réserve des dispositions relatives à la coordination avec les indemnités journalières de l'assurance-chômage) également aux assurés au chômage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_889/2014 du 23 février 2015 consid. 3.2 et les références).

2.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 et les références).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 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. 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 V177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

3. Dans le cas d'espèce, l'intimée a suspendu les indemnités journalières au 20 juillet 2023, considérant que la recourante pouvait reprendre une activité adaptée à temps plein dès cette date.

3.1 La Cour note cependant qu'à la date déterminante, soit au 20 juillet 2023, la situation médicale n'était pas encore stabilisée. Le 14 mars 2023, le Dr F _____ a en effet relevé qu'il existait encore une lésion du ménisque externe (mise en évidence par une IRM du 7 mars 2023) qui provoquait des douleurs et des craquements dans le genou gauche et qu'une nouvelle arthroscopie était indiquée afin d'évaluer l'état des ménisques. L'expert a en outre estimé que l'intéressée ne pouvait pas reprendre son activité habituelle de cuisinière, laquelle ne respectait pas les limitations fonctionnelles liées au genou gauche (pièce 93). Le 18 avril 2023, le Dr F _____ a indiqué que le cas n'était pas encore stabilisé (pièce 178 [218]). Enfin, dans son avis du 15 septembre 2023, il a relevé que la situation n'était toujours pas stabilisée, qu'une chondropathie de grade II du compartiment interne avait été observée, et qu'une stabilisation devait intervenir un an après la plastie du 28 octobre 2022. L'expert a ajouté que la reprise de l'ancienne profession de cuisinière était compromise (pièce 179 [219]), dans la mesure où ni le *statu quo ante* ni le *statu quo sine* ne seraient retrouvés au niveau du genou gauche (pièce 93, p. 229).

Cette appréciation était partagée par le Dr E _____ qui attestait des arrêts de travail et n'envisageait pas une reprise (de l'activité habituelle) avant octobre 2023 (pièce 161). Le 6 septembre 2023, il a confirmé qu'une capacité de travail n'avait pas encore été récupérée dans l'activité habituelle de cuisinière.

Dans ces circonstances, il convient de retenir que la situation n'était pas encore stabilisée lorsque Swica a mis fin aux indemnités journalières au 20 juillet 2023 et qu'il était plus qu'incertain que la recourante puisse un jour reprendre son activité habituelle de cuisinière.

3.2 Au vu de ce qui précède, l'une des conditions nécessaires pour pouvoir prendre en compte la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée n'était pas remplie lors du prononcé de la décision sur opposition litigieuse. L'exploitation de la

capacité de travail résiduelle dans un autre domaine d'activité que celui de l'activité habituelle présuppose en effet, non seulement, une diminution durable de la capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée jusqu'alors (ce qui est en l'espèce donné), mais également un état de santé stable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_489/2021 précité consid. 7.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 301/02 précité consid. 1.3 [in : RAMA 2004 n° U 501, p. 179]).

3.3 Il s'ensuit que c'est à tort que Swica a mis un terme à ses indemnités journalières au 20 juillet 2023. Le recours du 15 octobre 2023 s'avère dans ces conditions bien-fondé et la décision sur opposition du 15 septembre 2023 doit être annulée.

4. Par décision du 28 mars 2024, confirmée sur opposition le 20 septembre suivant, Swica a mis un terme aux prestations LAA avec effet au 20 avril 2024, au motif qu'aucune amélioration notable de l'état de santé de l'assurée ne pouvait être attendue des mesures de traitement ou thérapeutiques supplémentaires un an après l'arthroscopie du 21 avril 2023. Ce prononcé, qui fait l'objet d'une procédure parallèle pendante devant la Cour de céans s'agissant des questions relatives à la fin de la prise en charge des frais de traitement ainsi que du refus d'octroi d'une rente d'invalidité et d'une IPAI (S2 24 91), est étroitement lié à l'objet du présent litige, dès lors que la stabilisation de l'état de santé de la recourante y est également un élément central. Cela étant, le dossier S2 24 91 a été versé en cause.

4.1 La recourante contestant également la stabilisation de l'état de santé au 20 avril 2024, il convient d'examiner si Swica était en droit d'attribuer une pleine valeur probante au rapport du 10 mars 2024 ainsi qu'au complément du 19 septembre suivant de la Dresse H _____, sur lesquels elle s'est essentiellement fondée pour rendre sa décision.

Le médecin d'assurance a rendu son avis après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier médical de l'intéressée. Ses explications et conclusions sont claires, exemptes de contradiction et dument motivées. Comme développés dans les considérants qui suivent, l'appréciation de la Dresse H _____ n'a pas été contredite par les médecins traitants de la recourante, du moins pas de façon suffisamment circonstanciée pour la mettre en doute. Ainsi, l'intimée pouvait valablement lui reconnaître une pleine valeur pleine probante.

4.2 L'assurance-accidents n'est tenue d'octroyer des prestations que pour les atteintes à la santé en lien de causalité naturelle et adéquate avec un accident assuré. Si, en l'espèce, le lien de causalité entre les séquelles au genou gauche de la recourante et

l'événement du 16 mars 2022 est admis, tel n'est pas le cas s'agissant des autres douleurs rapportées, en particulier à la hanche gauche (cuisse et pli de l'aîne).

Selon la Dresse H _____, la pathologie de la hanche et en relation tout au plus possible avec l'accident, au vu du bilan radiologique qui ne révélait pas de lésion structurelle traumatique récente mais indiquait la présence de quelques signes dégénératifs et de surcharge. L'étiologie pour cette pathologie étant multiple, il n'était pas possible d'en définir la cause, respectivement l'origine, au degré de la vraisemblance prépondérante. La recourante se réfère quant à elle au rapport du Dr G _____ (S2 24 91 ; pièce 192), lequel ne lui vient cependant aucunement en aide, dans la mesure où il ne se prononce pas sur la question de la causalité et n'est donc pas suffisant pour remettre en cause l'avis du médecin d'assurance. Partant, seules les séquelles au genou gauche doivent être prises en considération pour analyser le droit de la recourante à la poursuite du versement d'indemnités journalières.

4.3 Dès lors qu'il a été établi au considérant 3 ci-dessus que la situation médicale de la recourante n'était pas stabilisée au 20 juillet 2023, il s'agit d'examiner si une date postérieure de stabilisation peut être retenue sur la base des pièces au dossier, respectivement des pièces du dossier versé en cause.

Dans sa décision du 28 mars 2024, Swica a considéré qu'aucune amélioration notable de l'état de santé de la recourante ne saurait être attendue des mesures de traitement ou thérapeutiques supplémentaires dès le 21 avril 2024, soit un an après l'arthroscopie du genou du 21 avril 2023. Les suites de l'accident de mars 2022, à savoir les seuls troubles du genou gauche (cf. consid. 4.2), devaient donc être considérées comme stabilisées dès cette date. La Cour de céans ne trouve rien à redire à ce raisonnement, qui est compatible avec les conclusions de la Dresse H _____, qui considérait qu'il convenait de retenir une stabilité médicale dès le 22 août 2023 déjà mais préconisait tout de même la poursuite des séances de physiothérapie jusqu'à la mi-avril, et qui n'est pas contredit par les autres rapports médicaux au dossier. Celui du 19 février 2024 du Dr G _____, en particulier, ne fait qu'indiquer que la recourante continuait à se plaindre de douleurs à un genou gauche ne présentant plus de gonflement ni de blocage, mais qu'elle ne prenait plus de médicament antalgique ou anti-inflammatoire de façon régulière. Or, un simple état douloureux n'est pas incompatible avec une stabilité médicale.

Dans sa réplique du 16 décembre 2024, la recourante fait valoir qu'elle suivait encore une thérapie et devait subir une nouvelle IRM du fait de ses douleurs. L'appréciation de

son état de santé devait à tout le moins être reportée à une date postérieure à l'IRM et à la thérapie qui suivrait. Elle ne précise toutefois pas la nature exacte du suivi ni même les troubles concernés (genou ou hanche). Ces informations toutes générales ne sont en aucun cas suffisantes pour justifier de s'écarter de l'avis médical éclairé et motivé de la Dresse H _____. De même, le fait de continuer à produire des certificats médicaux attestant d'une incapacité de travail sans plus de précision n'est pas déterminant.

Dans la mesure où la notion de stabilisation de l'état de santé est la même qu'il s'agisse d'apprécier la fin du droit aux indemnités journalières ou de la prise en charge des frais de traitement, la Cour est d'avis que, à l'instar de l'arrêt S1 24 91, il n'y a présentement pas non plus lieu de s'écarter de la décision du 28 mars 2024. L'état de santé de la recourante doit donc être considéré comme stabilisé dès le 20 avril 2024.

4.4 En plus de la stabilisation de l'état de santé, la prise en compte de la capacité de travail dans une autre profession n'est envisageable que si un changement de profession est raisonnablement exigible et si l'assuré a été invité par l'assureur à chercher un emploi dans une autre profession.

4.4.1 Au vu des éléments du cas d'espèce, force est de constater qu'un changement de profession pouvait être attendu de la part de la recourante, conformément à son obligation de réduire le dommage.

L'intéressée conteste avoir une quelconque capacité de travail dans quelque activité que ce soit. Cependant, ses médecins ne se sont pas prononcés de façon circonstanciée sur la question précise de la capacité de travail dans une activité adaptée – l'incapacité dans l'activité usuelle de cuisinière étant admise – sur la seule base des troubles persistants en lien avec l'accident du 16 mars 2022, soit les atteintes au genou gauche. Sur ce point également, le rapport du 10 mars 2024 de la Dresse H _____, duquel il ressort que l'intéressée dispose d'une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges répété de plus de 10-15 kg ni de charges uniques de plus de 20 kg, pas de position accroupie/à genoux répétée et/ou prolongée, pas de montée/descente répétée d'escaliers/échelles/échafaudages, pas de position statique prolongée, pas de mouvement de torsion, pas de marche en terrain irrégulier ni de marche prolongée même en terrain plat, nécessité de changement régulier de position), ne saurait être mis en doute. Cela d'autant moins que le médecin d'assurance arrive à ce constat en se fondant essentiellement sur l'avis du Dr E _____, qui mentionnait le 22 août 2023 déjà (soit

quatre mois post-opératoire), que la recourante n'avait plus de douleurs, que seul un léger gonflement du genou subsistait et qu'une reprise du travail (sans en préciser la nature) était éventuellement possible dès octobre 2023. L'ajout de la mention « à tout poste » sur les certificats d'incapacité de travail produits par l'intéressée ne suffit pas à faire douter du bien-fondé des conclusions du médecin d'assurance, dans la mesure où elle n'est pas motivée. En outre, la chondropathie de grade II du genou gauche évoquée par différents médecins, en tant qu'atteinte dégénérative évoluant naturellement avec l'écoulement du temps, ne joue aucun rôle quant à la capacité de la recourante de reprendre une activité adaptée ne sollicitant pas ce membre.

La Cour relève par ailleurs que la recourante a de l'expérience – bien qu'ancienne – dans le domaine administratif et qu'elle a suivi une formation de secrétaire médicale financée par l'OAI. Partant, elle disposait non seulement de la capacité de travail, mais également des compétences pour changer de profession.

4.4.2 Il reste à examiner si on pouvait attendre de la recourante qu'elle reprenne une activité adaptée le 21 avril 2024 déjà. En effet, s'il est établi que la personne assurée doit changer de profession, l'assurance-accidents doit lui impartir un délai transitoire raisonnable pour rechercher une activité adaptée et reste tenue de verser les indemnités journalières pendant cette période (cf. *supra* consid. 2.2).

En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier que Swica ait explicitement invité la recourante à chercher un travail dans une activité adaptée à ses troubles. Néanmoins, l'intimée lui avait déjà enjoint de s'annoncer auprès de l'OAI le 9 septembre 2022, en mettant en avant le but primaire de réinsertion de cet assureur (pièces 20 et 21). La recourante a annoncé son cas à l'OAI le 14 mars 2023 et a pu profiter, à titre de mesure d'intervention précoce, d'une formation de secrétaire médicale dispensée du 18 septembre 2023 au 28 février 2024. En outre, la recourante avait connaissance des différents rapports médicaux la concernant, notamment du rapport d'expertise du 9 mars 2023 du Dr F _____, duquel il ressortait déjà que ni le *statu quo ante* ni le *statu quo sine* ne seraient retrouvés, ce qui empêchaient une reprise de l'activité habituelle. L'expert estimait toutefois qu'une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, évitant les positions accroupies ou à genou, la marche en terrain irrégulier ou dans des pentes, ainsi que l'utilisation répétée d'escaliers, était possible et avait mentionné à titre d'exemple les professions de secrétaire médicale et d'assistante de direction (pièce 93). Au surplus, la recourante était inscrite à l'assurance-chômage dès le début du mois de mars 2023, ce qui rendait superflue une invitation particulière à chercher un nouvel

emploi de la part de l'assurance-accidents (arrêts du Tribunal fédéral 8C_889/2014 précité consid. 4.3.2 et 8C_838/2012 du 19 avril 2013 consid. 4.2.2).

Pour toutes ces raisons, la Cour retient que quand bien même l'intimée a manqué à son obligation d'interpellation, la recourante pouvait et devait reconnaître suffisamment à l'avance qu'il était raisonnablement exigible qu'elle mette à profit sa capacité de travail dans une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles.

4.5 Eu égard à ce qui précède, il convient de réformer la décision sur opposition du 15 septembre 2023, en ce sens que le droit à des indemnités journalières est reconnu à la recourante jusqu'au 20 avril 2024.

5.

5.1 Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. ^{fbis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

5.2 La partie recourante obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA).

5.2.1 Selon l'article 40 alinéa 1 de la loi cantonale fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar), pour la procédure devant la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. Le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1).

5.2.2 Dans le cas d'espèce, le mandataire de la recourante a produit un recours de huit pages et une réplique de neuf pages. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par l'avocat de la recourante dans un litige de complexité moyenne, de la teneur des pièces de procédure déposées, de l'ampleur du dossier et du fait qu'elle n'obtienne que partiellement gain de cause (uniquement sur la date de fin de versement des indemnités journalières), la Cour fixe les honoraires de son avocat à un montant arrondi de 1500 francs, débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis.
2. La décision sur opposition du 15 septembre 2023 est réformée dans le sens où le droit à des indemnités journalières de X _____ est reconnu jusqu'au 20 avril 2024.
3. Il n'est pas perçu de frais.
4. Swica Assurances SA versera à X _____ une indemnité de 1500 francs à titre de dépens.

Sion, le 11 février 2026