

S2 24 91

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. 49 al. 1 et 52 al. 2 LPGA ; défaut de signature de la décision sur opposition ;
art. 10, 18, 19 et 24 LAA ; prise en charge du traitement médical, rente d'invalidité et
indemnité pour atteinte à l'intégrité)

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 ménisectomie 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 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).

L'intéressée s'est opposée à cette décision le 30 juillet 2023, demandant la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 20 juillet précédent (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'influçait 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 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). Cette décision fait l'objet d'une procédure parallèle devant la Cour de céans (S2 23 93), dont le dossier a été versé en la présente cause (courrier du Tribunal du 17 décembre 2024).

A l'appui de son recours du 15 octobre 2023, l'assurée a produit 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. L'assurée 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 (pièce 169).

E. 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'aine 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 (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 un bilan radiologique sans lésion ostéo-ligamentaire structurelle traumatique récente concernant la hanche, mais avait relevé la présence de quelques signes dégénératifs et de surcharge sous la forme d'une tendino-bursite du moyen glutéal gauche intéressant sa lame latérale. Cette pathologie souvent présente lors de douleurs de hanche dont l'étiologie était multiple, rendait 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 (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 (pièce 197).

L'OAI a refusé toutes prestations AI (rente et mesure d'ordre professionnel) à la recourante par décision du 25 avril 2024, au motif que cette dernière avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 9 mars 2023 (date de l'expertise du Dr F _____ ; pièce 201).

Le 29 avril 2024, l'assurée a formé opposition contre la décision de Swica 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 – seuls ces trois points sont traités dans la présente cause, la fin du versement des indemnités journalières faisant l'objet d'une procédure séparée (S2 23 93 ; pièce 199) –.

Le 19 septembre 2024, la Dresse H _____ a indiqué qu'au vu des plaintes séquellaires actuelles de l'assurée, qui semblaient plutôt algiques, et non en lien de causalité avec le traumatisme du genou (hanche), il ne se justifiait pas de lui octroyer une IPAI (pièce 210).

Swica a rejeté l'opposition de l'assurée par décision sur opposition du 20 septembre 2024. 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. Aucun droit à une rente d'invalidité ne pouvait être reconnu dans la mesure où l'intéressée ne subissait aucune perte économique. Se référant une nouvelle fois au rapport de la Dresse H _____, Swica a retenu que le droit à une IPAI devait également être nié (pièce 212).

F. X _____ a recouru céans le 21 octobre 2024, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 20 septembre précédent et renvoyant, pour le surplus, aux conclusions énoncées dans la procédure parallèle (S2 23 93). Sur le plan formel, la recourante a mis en avant le défaut de signature de la décision sur opposition qui devait entraîner sa nullité.

Dans sa réponse du 14 novembre 2024, Swica a conclu au rejet du recours. L'intimée a contesté l'absence de signature de sa décision sur opposition du 20 septembre 2024, relevant différentes altérations du document produit par la recourante dues

vraisemblablement à la numérisation, tout en précisant qu'un tel défaut n'était en tout état de cause pas d'une gravité suffisante pour entraîner la nullité de l'acte vicié.

Dans sa réplique du 16 décembre 2024, la recourante a précisé ses conclusions, requérant principalement la reprise du versement des indemnités journalières suspendues au 20 juillet 2023 et au versement rétroactif des montants dus (points traités dans la cause S2 23 93), ainsi qu'à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a contesté la pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui lui a été imputée, alors que le Dr G _____ rapportait une incapacité de travail tant au niveau fonctionnel que sur le plan des différentes algies. Elle reprochait en outre à Swica de lui avoir refusé l'octroi d'une IPAI sur la seule base d'une détermination superficielle de la Dresse H _____. La recourante a par ailleurs fait valoir 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.

L'intimée a dupliqué le 21 janvier 2025, réitérant la position exprimée dans ses précédentes écritures et maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours.

Interpellé par ordonnance du 3 mars 2025 de la Cour de céans en sa qualité d'assureur-maladie de la recourante et de tiers concerné, Philos Assurance Maladie SA n'a pas déposé d'observations, s'en remettant à justice.

L'échange d'écritures a été clos le 7 mai 2025.

Considérant en droit

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 21 octobre 2024, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 20 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 cantonal 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.

2. Dans un grief d'ordre formel qu'il se justifie d'examiner en premier lieu, la recourante invoque la nullité de la décision sur opposition attaquée pour défaut de signature.

2.1 Selon la jurisprudence, aucune obligation générale de signature ne s'applique aux décisions relevant du droit des assurances sociales, une telle exigence ne découlant en particulier pas du principe de la forme écrite prévu par l'article 49 alinéa 1 LPGA, contrairement à ce qui prévaut dans le Code des obligations (cf. art. 13 al. 1 CO). En conséquence, la signature n'est pas requise par le droit fédéral pour la validité des décisions administratives, tant qu'elle n'est pas expressément exigée par une loi spéciale. Les dispositions concernant la décision sur opposition n'exigeant pas non plus de signature (cf. art. 52 al. 2 LPGA et art. 12 OPGA), il paraît logique de traiter la question de l'obligation de signature de la même manière pour les décisions et les décisions sur opposition, d'autant plus que ces dernières sont également des décisions au sens de l'article 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), conformément à l'alinéa 2 de cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_665/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3.3 et les références). Cet assouplissement des exigences formelles est justifié par le caractère de masse de la procédure en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_434/2017 du 3 janvier 2018 consid. 5.2 ; SKOULIKAS / DÉFAGO GAUDIN, in : Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2025, n° 17 ad art. 49 LPGA).

Toujours d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, la nullité d'une décision n'est admise que si le vice dont elle est entachée est particulièrement grave, si ce vice est manifeste ou du moins facilement décelable et si, en outre, la constatation de la nullité

ne met pas sérieusement en danger la sécurité du droit. Des vices de fond n'entraînent ainsi qu'exceptionnellement la nullité d'une décision. En revanche, de graves vices de procédure, de même que l'incompétence qualifiée de l'autorité qui a rendu la décision, sont des motifs de nullité (arrêts du Tribunal fédéral 8C_665/2022 précité consid. 3.4 et 2C_103/2023 du 13 septembre 2023 consid. 4.1 et les références). La nullité ne doit donc pas être admise facilement (ATF 130 II 430 consid. 3.3). Elle doit toutefois être relevée d'office en tout temps et par toute autorité chargée d'appliquer le droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_665/2022 précité consid. 3.4 et les références).

Le défaut de signature d'une décision, respectivement d'une décision sur opposition, ne constitue pas d'office un vice particulièrement grave et irrémédiable justifiant l'admission de la nullité, quand bien même elle aurait dû être signée malgré l'absence d'exigence expresse d'une signature manuscrite dans les articles 49 et 52 alinéa 2 LPGA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_665/2022 précité consid. 3.5 et 8C_355/2022 du 2 novembre 2022 consid. 3.6 et les références). Au surplus, l'annulation de la décision sur opposition querellée et le renvoi de l'affaire à l'intimée en raison de cette informalité heurterait les principes d'économie de procédure et de célérité, puisqu'il est possible de pronostiquer avec peu de doutes que la décision qui serait prise subséquentement par l'assurance serait matériellement identique à celle du 20 septembre 2024. Ainsi, toutes critiques sur ce point seraient rejetées.

2.2 La Cour considère que la question de la preuve du défaut de signature peut rester ouverte en l'espèce, dès lors que le fait que l'intimée n'ait pas signé la décision sur opposition du 20 septembre 2024 ne constitue en tout état de cause pas en soi un vice suffisamment grave pour entraîner sa nullité. Il convient de tenir compte du fait que ladite décision a été correctement notifiée et que l'identité de son auteure ressort nommément de celle-ci. De plus, la signature manuscrite se trouvant tant sur la réponse au présent recours que sur la duplique atteste que la décision sur opposition correspond à la volonté réelle de son auteure. Ainsi, aucun élément ne permet de douter de l'identité et de l'authenticité de la décision sur opposition en cause. Dans ces circonstances, la Cour ne voit pas quel préjudice aurait subi la recourante en raison du défaut de notification reproché. Partant, la validité de la décision sur opposition attaquée ne saurait être remise en cause pour des raisons formelles.

3. Sur le fond, le présent litige porte sur le droit de la recourante au remboursement du traitement médical au-delà du 20 avril 2024, à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et d'une IPAI. Comme indiqué plus haut, les griefs relatifs aux indemnités journalières font l'objet d'une procédure parallèle (S2 23 93).

3.1

3.1.1 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.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). En cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe toutefois largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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'événement 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 condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale.

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 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3). A défaut, 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, 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références).

3.1.2 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 125 V 351 consid. 3a). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 141 I 60 consid. 3.3, 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du

Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.5). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). En revanche, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'article 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées).

3.1.3 En l'espèce, l'intimée a essentiellement fondé sa décision sur l'avis de la Dresse H _____, lequel a été rendu après examen de l'intégralité du dossier médical de la recourante. Les explications et conclusions du médecin d'assurance sont claires, exemptes de contradiction et dument motivées. Swica pouvait dès lors valablement reconnaître une pleine valeur probante au rapport du 10 mars 2024 ainsi qu'au complément du 19 septembre suivant (pièces 195 et 210).

Concernant plus spécialement la question du lien de causalité entre les troubles de la recourante et l'événement accidentel du 16 mars 2022, il n'est pas contesté s'agissant des séquelles au genou gauche. Seul le lien de causalité avec les douleurs au niveau de la hanche (cuisse et pli de l'aîne à gauche) est litigieux. 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 _____ (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. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a uniquement pris en considération les séquelles au genou gauche pour analyser le droit aux prestations d'assurance.

3.2

3.2.1 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents prend en charge le traitement médical (art. 10 ss LAA), les indemnités journalières (art. 16 ss LAA), la rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 ss LAA). Selon l'article 10 alinéa 1 lettres a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

Le traitement médical au sens de l'article 10 LAA appartient, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations provisoires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7). Il tend notamment à permettre à l'assuré de retourner le plus vite possible à son travail (HEINE, in : *Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, 2018, n° 8 ad art. 10 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *L'assurance-obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, 3^{ème} éd. 2016, n° 192 ss p. 967).

L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. A défaut, le cas doit être clos en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1, cités p. ex. *in* arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une

poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 précité consid. 3 et les références ; GEERTSEN, in : Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, *op. cit.* n° 9 ad art. 19 et les références).

3.2.2 *In casu*, l'intimée 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. 3.1.3 ci-dessus), 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.

Au vu de ce qui précède, Swica était fondée à mettre fin à la prise en charge des frais de traitement, en tant que prestation temporaire, avec effet au 20 avril 2024, et à passer à l'examen de l'éventuel droit à une rente d'invalidité et/ou à une IPAI.

3.3

3.3.1 Selon l'article 18 alinéa 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, pour autant que celui-ci soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

Lorsqu'il est établi que la personne assurée doit changer de profession en vertu de l'obligation de réduire le dommage, le degré d'incapacité de travail déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière correspond à la différence entre le revenu qui aurait pu être gagné dans l'ancienne profession si l'accident n'était pas survenu et le revenu que l'on pourrait raisonnablement attendre dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 consid. 3c).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 135 V 297 consid. 5.1, 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 5.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu avec invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid.3.3 et 4.3 et 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

3.3.2 En l'occurrence, les médecins de la recourante ne se sont pas prononcés de façon circonstanciée sur la question 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.

La recourante ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité. Elle fait tout au plus valoir que l'intimée aurait dû prendre en compte le fait qu'elle n'avait pas exercé de métier administratif (secrétaire médicale ou assistante de direction) depuis plus de 10 ans, ce qui réduisait son employabilité dans de tels postes. La Cour relève tout d'abord que c'est à juste titre que Swica a déterminé la perte économique de l'intéressée sur la base du revenu d'invalidité qu'elle aurait pu obtenir dans une activité adaptée de secrétaire médicale, dès lors qu'elle suivait précisément une formation dans ce domaine à titre de mesure d'intervention précoce de l'AI. Il convient cependant de préciser que l'intimée aurait dû se baser sur le niveau de compétence 1 et non 2, en raison justement de la longue période durant laquelle la recourante n'avait pas travaillé dans ce secteur d'activité. Avec cet ajustement, le revenu d'invalidité serait de 61'000 fr. (= 4700 fr. [selon la table ESS 2020] x 13). Adapté à la durée usuelle de travail de 41.7 heures par semaine et à l'évolution nominale des salaires (0.2 % en 2021 et 0.2 % en 2022 ; cf. statistiques de l'Office fédéral des statistiques), il s'élèverait à 63'951 fr. 80. Il resterait supérieur au revenu qu'elle percevait avant l'accident (54'600 fr.) qui, après adaptation à l'évolution des salaires, serait de 54'818 fr. 60. La perte de gain demeurerait ainsi nulle, n'ouvrant

pas de droit à une rente d'invalidité. La décision de Swica doit donc également être confirmée sur ce point.

3.4

3.4.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant.

3.4.2 Dans un dernier grief, la recourante reproche à l'intimée de lui avoir refusé une IPAI en se fondant uniquement sur une détermination superficielle de la Dresse H _____, sans toutefois développer le moindre argument ni produire la moindre pièce médicale qui permettrait de s'en écarter.

Comme mentionné au considérant précédent, il appartient avant tout aux médecins de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'estimer l'atteinte en résultant. En l'occurrence, dans un complément d'expertise adressé par courriel à Swica le 19 septembre 2024, la Dresse H _____ a indiqué que les plaintes séquellaires persistantes, lesquelles semblaient plutôt algiques et sans lien de causalité avec le traumatisme du genou (hanche), ne justifiaient pas l'octroi d'une IPAI. La Cour relève en outre que cet avis est corroboré par celui exprimé en date du 18 avril 2023 par le Dr F _____.

A défaut de facteurs médicaux objectifs contraires ou incompatibles, la Cour de céans ne peut écarter l'appréciation du médecin d'assurance qui, rappelons-le, bénéficie d'une pleine valeur probante. Partant, le refus de l'IPAI doit être confirmé.

3.5 Dès lors que le rapport du 10 mars 2024 et le complément du 19 septembre suivant de la Dr H _____, portant notamment sur le lien de causalité entre les atteintes persistantes et l'accident du 16 mars 2022, sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et sur le droit à une IPAI, revêtait une pleine valeur probante, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale, telle que sollicitée par la recourante.

4. Eu égard à ce qui précède, le recours du 21 octobre 2024, en tous points mal fondé, est rejeté et la décision sur opposition du 20 septembre 2024 confirmée.

5. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, n'en prévoyant pas. Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 11 février 2026