

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz,
avocat à Lausanne,

et

SWICA ASSURANCES SA, à Winterthur, intimée.

Art. 26 al. 2 et 54 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, a travaillé à 80 % en qualité de serveuse auprès de C. _____ dès le 1^{er} décembre 2015. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de SWICA Assurances SA (ci-après : SWICA ou l'intimée).

Le 16 janvier 2016, l'assurée a été victime d'un accident lors duquel elle est tombée sur le genou gauche après avoir glissé derrière le bar (cf. déclaration d'accident LAA établie le 1^{er} février 2016). Le cas a été pris en charge par SWICA.

A la suite d'un CT-scan (*Computed Tomography*) réalisé le 17 janvier 2016 par le Dr D. _____, spécialiste en radiologie, le diagnostic de fracture séparation et compression du plateau tibial externe du genou gauche (classification Schatzker type II) a été posé. Le 19 janvier 2016, l'assurée a fait l'objet d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une prise de greffe spongieuse de la crête iliaque gauche, d'une réduction ouverte et d'une ostéosynthèse par plaque latérale anatomique LCP 3,5 et d'une greffe autologue prise sur la crête iliaque gauche avec Tutoplast.

Le 28 avril 2017, le Dr F. _____, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), a procédé à une opération chirurgicale consistant en une arthroscopie diagnostique, une ostéotomie fémorale de varisation, une ablation du matériel d'ostéosynthèse, une résection du plateau tibial externe et une allogreffe ostéocondrale fraîche.

Par décision du 22 août 2017, SWICA a retenu que l'état de santé de l'assurée lui permettait de reprendre l'exercice d'une activité adaptée strictement sédentaire à 100 % dès le 19 janvier 2017, ce qui signifiait qu'elle n'avait plus droit aux indemnités journalières de l'assurance-accidents dès le 20 janvier 2017. SWICA a toutefois indiqué qu'elle renonçait à réclamer le remboursement des indemnités

journalières versées depuis le 19 janvier 2017, mais qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières à 50 % avec effet au 31 juillet 2017 afin de permettre à l'assurée de s'annoncer à l'assurance perte de gain. Concernant le traitement médical, elle a indiqué que le traitement de l'allogreffe n'engageait pas la responsabilité de l'assurance-accidents mais qu'elle assumait en revanche le coût des mesures thérapeutiques nécessitées par le traitement de la gonarthrose. Il appartenait donc à l'assurance-maladie de se prononcer sur la prise en charge de l'allogreffe. Quant à l'examen de l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, le calcul opéré par SWICA aboutissait à un degré d'invalidité de 1 % n'ouvrant pas le droit à une rente.

Par pli du 11 septembre 2017, l'assurée s'est opposée à cette décision.

Par courrier du 1^{er} novembre 2017, l'assurée a transmis un rapport établi le 20 octobre 2017 par le Dr F._____. D'après ce médecin, l'allogreffe avait permis une nette diminution des douleurs et une augmentation claire des capacités fonctionnelles ; le cas n'était pas stabilisé mais évoluait toutefois favorablement contrairement à la péjoration constante de l'état de santé prévalant avant l'intervention du 28 avril 2017.

Par courrier du 29 décembre 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Alexandre Guyaz, a complété son opposition en concluant à l'annulation de la décision attaquée. Elle a contesté la stabilisation de son état de santé ainsi que la suppression des indemnités journalières au 31 juillet 2017. Elle s'est par ailleurs plainte du refus de SWICA d'assumer la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 28 avril 2017.

Par décision sur opposition du 8 mai 2018, SWICA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 22 août 2017.

Par acte du 6 juin 2018, B._____, toujours représentée par Me Guyaz, a recouru contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à ce qu'elle soit « mise au bénéfice des indemnités journalières de l'assurance-accident obligatoire à 100 %, à compter du 1^{er} mars 2017 et que l'intervention du 28 avril 2017 de même que ses suites, [soient] prises en charge par l'assurance-accident obligatoire, à savoir Swica Organisation de Santé », subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'assureur « pour complément d'instruction, principalement sous la forme d'une expertise orthopédique ».

Le 6 août 2021, au terme de l'échange d'écritures, la juge instructrice alors en charge de l'affaire a ordonné une expertise judiciaire, confiée au Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Dans son rapport du 1^{er} février 2022, l'expert a fait part des observations suivantes, sous l'intitulé « Appréciation du point de vue de la médecine des assurances » (let. B ; ch. 5.4, p. 34 ; sic) :

« [...] Comment le degré d'incapacité de travail., y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis le 16 janvier 2016 ? :

- 100 % du 16.01.2016 au 25.05.2016
- 50 % du 26.05.2016 au 26.07.2016
- 100 % du 27.07.2016 au 31.07.2016
- 50 % du 01.08.2016 au 28.11.2016
- 100 % du 29.11.2016 au 28.02.2017
- 50 % depuis le 01.03.2017
- 100 % du 28.04.2017
- 50 % depuis 01.11.2017
- 80 % depuis le 23.07.2018
- 0 % 01.09.2018
- 100 % 29.08.2019 au 17.11.2019
- 60 % dès le 18.11.2019
- 30 % dès le 23.12.2019
- 100 % dès le 18.11.2019

A partir du 18.10.2019 attestations médicales se croisent, certaines attestent d'une reprise partielle d'autres d'incapacité totale. L'expertisée prétend qu'à cette période elle travaillait par missions temporaires.

- 29.08.2019 100 % (intervention chirurgicale AMO)

- Théoriquement reprise partielle à 3 mois, mais absence de certificat dans le dossier médical
- 50 % depuis le 01.07.2021 »

Le 4 octobre 2022, le Dr G._____ a répondu aux questions complémentaires de la juge instructrice. Il en ressort en particulier que « la stabilisation de l'état [pouvait] être admise à trois mois de la dernière intervention », survenue le 29 août 2019 (ablation du matériel d'ostéosynthèse). De même, selon l'expert, « avec les limitations fonctionnelles, on [pouvait] considérer une reprise en capacité totale dès le 23 décembre 2019 et [une] reprise partielle le 18 novembre 2019 ».

Par arrêt du 20 avril 2023 (CASSO AA 99/18 - 45/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et annulé la décision sur opposition rendue le 8 mai 2018, laquelle était par ailleurs réformée en ce sens que l'état de santé de l'assurée était stabilisé depuis le 28 novembre 2019, que SWICA devait verser les indemnités journalières du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019 et qu'elle était astreinte à prendre à sa charge l'intervention chirurgicale du 28 avril 2017 et les suites de celle-ci ; la cause étant au surplus renvoyée à SWICA pour complément d'instruction au sens des considérants. Non contesté, cet arrêt est entré en force. S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, la Cour a en particulier retenu ce qui suit (cf. CASSO AA 99/18 - 45/2023, consid. 4e) :

« **4.** [...]

e) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, se pose la question de la reprise d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, plus particulièrement celle de savoir si une telle activité peut être reprise (partiellement ou totalement) à la même date que la stabilisation ou nécessite un temps d'adaptation et reporte ainsi la date de reprise concrète d'une activité adaptée. En tant que cette question relève du droit, elle excède le rôle de l'expert (médical) dont la tâche est de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (TF U 347/06 du 22 août 2007 consid. 5.1), en sorte qu'il appartient au juge seul d'y répondre.

aa) L'expert G._____ a fixé de manière théorique la capacité de travail partielle dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues au 18 novembre 2019 (cf. rapport du 4 octobre 2022, p. 44), c'est-à-dire peu avant la stabilisation, tout en constatant que l'assurée avait effectivement repris l'exercice

d'une activité adaptée le 1^{er} juillet 2021 (cf. rapport du 1^{er} février 2022, pp. 28 et 35). L'expert a confirmé ce dernier point dans son rapport complémentaire du 4 octobre 2022, dans lequel il précise que l'existence d'une capacité de travail totale dès le 1^{er} juillet 2021 se fonde sur les faits (p. 43). Il expose qu'au regard des actes médicaux réalisés, une reprise à 50 % était envisagée dès le 18 novembre 2019, puis à 100 % dès le 23 décembre 2019, alors qu'en réalité, après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29 août 2019, l'assurée n'aurait travaillé que de janvier à mai 2020 (cf. rapport du 4 octobre 2022, p. 43).

bb) [...]. De son côté, Swica a pris acte des observations de la recourante, tout en précisant qu'elle avait repris l'exercice d'une activité professionnelle du 1^{er} septembre 2018 au 28 août 2019.

cc) A la lumière de ces considérations, il apparaît que la recourante a présenté une capacité de travail partielle jusqu'au 18 novembre 2019 suivie d'une capacité de travail totale dès le 23 décembre 2019, étant précisé que l'intéressée n'a ni exposé ni *a fortiori* sollicité de délai pour s'adapter à une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. [...] Partant, il convient de retenir l'existence d'une incapacité de travail totale jusqu'au 18 novembre 2019 puis partielle à 50 % jusqu'au 23 décembre 2019. L'intimée doit donc verser des indemnités journalières jusqu'à cette date, à un taux correspondant à celui de l'activité exercée au jour de l'accident, soit 80 % (cf. contrat de travail du 11 janvier 2016 et courrier du 14 juin 2018).

dd) S'agissant enfin des périodes où l'assurée a effectivement pu travailler jusqu'à cette date, il s'est agi d'une amélioration transitoire, laquelle ne constitue pas une stabilisation de l'état de santé de nature à mettre fin au versement des indemnités journalières.

[...] »

B. Par courrier du 5 septembre 2023, SWICA a annoncé à l'assurée le montant qu'elle entendait lui verser à titre d'indemnités journalières - en ses mains, respectivement en remboursement de prestations déjà versées par SWICA Assurance-maladie SA - pour la période du 28 avril 2017 au 23 décembre 2019, à savoir un montant de 42'148 fr. 85 (après correction du 14 septembre 2023). A cet égard, elle a pris en considération les périodes d'incapacité de travail que le Dr G._____ avait énumérées dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2022. Le calcul des prestations versées opéré par l'assureur-accidents, ressortant de deux décomptes du 16 septembre 2023, peut être détaillé comme suit :

- incapacité de travail de 100 % du 28 avril au 31 octobre 2017 : 187 jours à 88 fr. 11, soit 16'474 fr ;
- incapacité de travail de 50 % du 1^{er} novembre 2017 au 22 juillet 2018 : 264 jours à 44 fr. 05, soit 11'629 fr. 20 ;
- incapacité de travail de 80 % du 23 juillet au 31 août 2018 : 40 jours à 70 fr. 50, soit 2'820 fr. ;
- incapacité de travail de 0 % dès le 1^{er} septembre 2018 ;
- incapacité de travail de 100 % du 29 août au 17 novembre 2019 : 81 jours à 113 fr. 95, soit 9'229 fr. 95 ;
- incapacité de travail de 50 % du 18 novembre 2019 au 22 décembre 2019 : 35 jours à 57 fr., soit 1'995 fr. ;
- Incapacité de travail de 0 % dès le 23 décembre 2019.

Par courrier du 6 octobre 2023, l'assurée, toujours représentée par Me Guyaz, a demandé à SWICA le versement, en sus, des indemnités journalières qui n'avaient pas été comptabilisées, dès lors que l'arrêt du 20 avril 2023 du Tribunal cantonal ne prenait pas en compte les périodes de capacité de travail évoquées par le Dr G._____.

Par courrier du 15 décembre 2023, SWICA a fait savoir à l'assurée qu'elle refusait de procéder au versement des indemnités supplémentaires demandées, en expliquant que les indemnités journalières versées correspondaient exactement aux périodes mentionnées par le Dr G._____ dans son rapport d'expertise du 2 février 2022, auquel le Tribunal cantonal avait reconnu une pleine valeur probante dans son arrêt du 20 avril 2023.

Par écriture du 22 décembre 2023, l'assurée a maintenu sa position et requis de SWICA qu'elle rende une décision formelle.

Par décision du 11 avril 2024, SWICA a confirmé sa position et rejeté la demande de l'assurée.

Par pli du 13 mai 2024, l'assurée s'est opposée à cette décision, en faisant valoir, en substance, que la décision du 11 avril 2024 était manifestement contraire à une décision de justice.

Par décision sur opposition du 27 août 2024, SWICA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 11 avril précédent.

C. Par acte du 27 septembre 2024, B._____, toujours représentée par Me Guyaz, a interjeté recours contre cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme, en ce sens que SWICA était tenue au paiement d'un montant supplémentaire de 41'766 fr. 40, intérêts en sus, au titre du solde des indemnités journalières au sens de la LAA, dues pour la période du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019. Pour l'essentiel, elle a reproché à l'intimée de n'avoir pas respecté la force de chose jugée de l'arrêt du 20 avril 2023 de la Cour des assurances sociales, en appliquant de manière erronée son dispositif lui imposant de verser des indemnités journalières sans interruption du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019.

Dans sa réponse du 26 novembre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

En réplique, le 6 janvier 2025, l'assurée a maintenu ses moyens et conclusions.

Dupliquant le 4 février 2025, l'intimée a, à son tour, maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi

fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet, d'une part, la détermination du montant des indemnités journalières que l'intimée doit verser à la recourante pour la période du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019 et, d'autre part, le point de savoir si ce montant porte à intérêts au sens de l'art. 26 LPGA. Dans ce contexte, il convient en particulier de déterminer si, quant à ces aspects, l'arrêt rendu le 20 avril 2023 par la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal (CASSO AA 99/18 - 45/2023) dispose de l'autorité de chose jugée.

3. a) Lorsqu'un jugement n'a pas fait l'objet d'un recours dans le délai utile, il entre en force et acquiert autorité de chose jugée. Il devient alors exécutoire (art. 54 al. 1 LPGA, par renvoi de l'art. 62 al. 2 LPGA). L'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif du jugement, à l'exclusion des considérants, à moins que le dispositif y renvoie. La partie intimée à qui la cause est renvoyée pour nouvelle décision ne peut pas se fonder sur des motifs que le tribunal a expressément ou implicitement rejetés. De même, le tribunal est-il lié par ses précédents considérants si, après un jugement de renvoi, il est saisi d'un nouveau recours dans la même cause (Jean Métral, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n° 122 *ad* art. 61 LPGA, et les références citées).

Les constatations de fait du jugement attaqué déterminent quelles sont les conclusions formées dans la procédure pendante. Cependant, pour savoir si ces conclusions ont été définitivement tranchées dans un jugement précédent, il convient de se fonder non pas sur les constatations du prononcé attaqué mais sur le jugement précédent, dont le dispositif définit l'étendue de la chose jugée au sens matériel. L'autorité de la chose jugée est limitée au seul dispositif du jugement. Pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement (ATF 142 III 210 consid. 2.2 ; TF 8C_816/2015 du 12 septembre 2016 consid. 3.1 et les références citées).

b) En l'espèce, alors que, par décision sur opposition du 8 mai 2018, l'intimée avait signifié à la recourante qu'elle mettait un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 juillet 2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a annulé et réformé cette décision, par arrêt du 20 avril 2023, en ce sens que l'état de santé de l'assurée devait être considéré comme stabilisé depuis le 28 [recte : 18] novembre 2019 et que l'intimée devait verser à la recourante les indemnités journalières du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019, de même qu'elle devait prendre à sa charge l'intervention chirurgicale du 28 avril 2017 et les suites de celles-ci.

c) À la suite cet arrêt, l'intimée a ainsi versé à la recourante, en septembre 2023, les indemnités journalières qu'elle estimait lui être dues pour la période courant du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019. À cet égard, elle a pris en considération que, si le droit de la recourante aux indemnités journalières lui était certes ouvert jusqu'au 23 décembre 2019 – ensuite de la stabilisation de son état de santé intervenue le 28 novembre 2019 –, la recourante avait néanmoins disposé d'une capacité de travail résiduelle de 50 % du 1^{er} novembre 2017 au 22 juillet 2018, de 20 % du 23 juillet 2018 au 31 août 2018, de 100 % du 1^{er} septembre 2018 au 28 août 2019 et de 50 % du 18 novembre 2019 au 22 décembre 2019, si bien que les indemnités journalières devaient être réduites proportionnellement pour les périodes considérées.

La recourante critique cette approche. Elle estime qu'à teneur du dispositif et des considérants de l'arrêt du 20 avril 2023 susmentionné, lequel est entré en force et revêt l'autorité de chose jugée, l'intimée était tenue de lui verser les indemnités journalières du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019 de manière ininterrompue, à savoir à 100 % jusqu'au 18 novembre 2019 (inclus), puis à 50 % jusqu'au 23 décembre 2019 (inclus).

d) La recourante doit être suivie.

On observera en particulier que l'arrêt du 20 avril 2023 précité ne fait pas référence, que ce soit dans son dispositif ou dans ses considérants, à une quelconque interruption du droit de la recourante aux indemnités journalières entre le 1^{er} août 2017 et le 23 décembre 2019, ni à une réduction de ce droit avant la stabilisation de son état de santé survenue en novembre 2019.

Bien au contraire, il est explicitement déduit des considérants en droit de l'arrêt précité que la recourante s'était trouvée en « incapacité de travail totale jusqu'au 18 novembre 2019 puis partielle à 50 % jusqu'au 23 décembre 2019 », si bien que « l'intimée d[evait] donc verser des indemnités journalières jusqu'à cette date, à un taux correspondant à celui de l'activité exercée au jour de l'accident, soit 80 % » (cf. CASSO AA 99/18 - 45/2023 du 20 avril 2023, consid. 4e/cc).

Ces éléments permettent de délimiter de manière suffisamment claire et précise la portée du dispositif de l'arrêt (cf. consid. 3a *supra*) et la mesure dans laquelle les indemnités journalières devaient être versées à la recourante.

e) Certes, il paraît que la recourante avait exercé, à certaines périodes entre le 1^{er} août 2017 et le 23 décembre 2019, une activité professionnelle à temps partiel, voire complet pendant un temps, pour le compte de L._____ (cf. notamment rapport d'expertise du 2 février 2022 du Dr G._____, « Anamnèse socioprofessionnelle », p. 20 ; courrier du 6

octobre 2023 de l'assurée, p. 1). Interrogé sur l'évolution de l'incapacité de travail de la recourante depuis janvier 2016, le Dr G. _____ avait ainsi mentionné, dans son rapport d'expertise judiciaire du 2 février 2022, l'existence d'attestations médicales faisant état de périodes durant lesquelles la recourante avait disposé d'une capacité de travail, partielle ou totale, alors même que son état de santé n'était pas encore stabilisé (cf. rapport d'expertise précité, let. B, ch. 5.4, p. 34).

Il n'en demeure pas moins que, comme cela ressort de la motivation de l'arrêt, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait considéré que « s'agissant [...] des périodes où [la recourante] [avait] effectivement pu travailler jusqu'à cette date [ndr : jusqu'au 23 décembre 2019], il s'[était] agi d'une amélioration transitoire, laquelle ne constitu[ait] pas une stabilisation de l'état de santé de nature à mettre fin au versement des indemnités journalières » (cf. CASSO AA 99/18 - 45/2023 du 20 avril 2023, consid. 4e/dd). Il apparaît donc que la Cour n'avait pas estimé justifié de tenir compte des périodes durant lesquelles la recourante avait été en mesure d'exercer une activité professionnelle.

Du reste, il n'est à aucun moment fait mention, dans l'arrêt précité, du passage du rapport d'expertise évoqué par l'intimée. Au demeurant, on comprend que l'expert s'était en réalité limité à faire état d'attestations établies par d'autres médecins, sans discuter spécifiquement leur bien-fondé. Aussi, quand bien même la Cour avait tenu pour probante l'expertise réalisée par le Dr G. _____, il ne saurait, pour autant, être considéré, comme l'intimée le laisse entendre, que ledit rapport d'expertise fasse partie intégrante des considérants de son arrêt et que l'expert G. _____ a confirmé les attestations établies par les médecins consultés. Au contraire, dans son complément d'expertise du 4 octobre 2022, celui-ci mentionne que la capacité de travail de la recourante était de 50 % dès le 18 novembre 2019 et de 100 % dès le 23 décembre 2019.

f) On observera au demeurant que si, en dépit des considérations suffisamment claires exposées dans l'arrêt du 20 avril

2023, l'intimée éprouvait des doutes sur la portée à donner à ladite décision, il lui aurait appartenu de solliciter, en forme et temps utiles, des clarifications auprès de la Cour, voire, le cas échéant, de contester l'arrêt par la voie d'un recours au Tribunal fédéral, ce qu'elle n'a pas fait.

g) Il s'ensuit que la décision sur opposition du 27 août 2024 doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle détermine, puis verse à la recourante le montant encore dû à ce jour au titre des indemnités journalières auxquelles elle a droit pour la période du 1^{er} août 2017 au 23 décembre 2019, étant rappelé à toutes fins utiles qu'il a été jugé, par arrêt du 20 avril 2023, que la recourante s'était trouvée en incapacité de travail totale jusqu'au 18 novembre 2019 (inclus), puis à 50 % jusqu'au 23 décembre 2019 (inclus), si bien que les indemnités journalières devaient être versées jusqu'à cette date, à un taux correspondant à celui de l'activité exercée au jour de l'accident, soit à 80 %.

h) Il appartiendra néanmoins à l'intimée de déduire des indemnités journalières encore dues les montants réalisés dans le cadre des activités professionnelles que la recourante aurait exercées, durant la période considérée, notamment auprès de L._____.

4. a) Il reste encore à déterminer si les indemnités journalières sont soumises à des intérêts moratoires au sens de l'art. 26 LPGA, ce que l'intimée a en l'occurrence dénié.

b) Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. L'art. 26 al. 4 LPGA précise toutefois qu'il n'existe pas de droit à des intérêts moratoires pour les tiers qui ont consenti des avances ou provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 22 al. 2 LPGA et auxquels les prestations accordées rétroactivement

ont été cédées (let. b), ni pour les autres assurances sociales qui ont provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 70 LPGA (let. c).

Le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA).

c) En l'espèce, conformément à l'art. 26 al. 4 LPGA, des intérêts moratoires ne sont pas dus sur les montants versés en compensation à des organismes tiers, soit en particulier ceux versés par l'intimée à SWICA Assurance-Maladie SA.

En revanche, des intérêts sont dus par l'intimée sur les montants à verser directement en mains de la recourante. Le droit au versement des indemnités journalières a pris naissance le 1^{er} août 2017, portant l'échéance du délai de l'art. 26 al. 2 LPGA au 1^{er} août 2019. L'intérêt moratoire de 5 % l'an est par conséquent dû dès cette dernière date. On observera à cet égard que, dans la mesure où la recourante a fait valoir son droit dès le 11 septembre 2017 - soit à la date à laquelle elle avait formé opposition contre la décision de l'intimée du 22 août 2017 lui déniait un droit aux indemnités journalières dès le 31 juillet 2017 -, le délai de douze mois (« à partir du moment où l'assuré fait valoir son droit »), également prévu par l'art. 26 al. 2 LPGA, s'était déjà écoulé à la date du 1^{er} août 2019.

Le cours des intérêts doit pour sa part prendre fin, en application de l'art. 7 al. 2 OPGA, à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement a été donné (soit le 30 septembre 2023, s'agissant des indemnités journalières déjà versées à la suite de l'arrêt du 20 avril 2023)

ou sera donné (s'agissant du solde des indemnités journalières encore dues).

5. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis. La décision sur opposition du 27 août 2024 est annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.

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

c) Vu le sort de ses conclusions, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 27 août 2024 par SWICA Assurances SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. SWICA Assurances SA versera à B._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz, 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).

Le greffier :