

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juillet 2018

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu, juge et Monod, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à C._____, recourante,

et

SWICA ASSURANCES SA, à Winterthour (ZH), intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1952, travaillait depuis le 4 mars 1987 en qualité d'aide-soignante à 80% pour le compte de la Fondation H._____. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Swica Assurances SA (ci-après : Swica ou l'intimée).

Le 11 novembre 2015, l'assurée a glissé en voulant monter dans sa baignoire et, pour éviter une chute, s'est retenue au rebord d'une fenêtre. Elle a subi à cette occasion un traumatisme du bras gauche et de la jambe droite. Elle a repris le travail à 50% en date du 25 novembre 2015.

Dans un rapport médical du 3 février 2016 faisant suite à une consultation du 12 novembre 2015, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'entorse du sus-épineux gauche et d'entorse de l'appareil adducteur de la cuisse droite. A titre de diagnostic différentiel, il a retenu une contusion coxo-fémorale droite. L'assurée a également bénéficié de différents examens d'imagerie (arthro-scanner de l'épaule gauche le 24 novembre 2015 et infiltration échoguidée de PRP de l'épaule gauche le 16 janvier 2016).

Afin d'évaluer le droit de V._____ aux prestations de l'assurance-accidents, Swica a confié la réalisation d'une expertise à la Clinique D._____. Dans leur rapport du 14 octobre 2016, les Drs S._____ et Z._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont, s'agissant de l'épaule gauche, distingué, à titre de partie anatomique objectivement atteinte tant avant qu'après l'événement du 11 novembre 2015, d'une part, le tendon du muscle supra-épineux et, d'autre part, le tendon du muscle infra-épineux.

Ils ont retenu pour le tendon du muscle supra-épineux les diagnostics suivants :

Antérieur à l'événement du 11 novembre 2015 correspondant à l'âge ou à une maladie :

Dégénérescence (enthésopathie) avec calcification

Postérieur à l'événement du 11 novembre 2015 nouveau relevant uniquement de l'événement :

Déchirures (deux déchirures)

Quant au tendon du muscle infra-épineux, les diagnostics retenus étaient formulés en ces termes :

Antérieur à l'événement du 11 novembre 2015 correspondant à l'âge ou à une maladie :

Déchirure superficielle (enthésopathie)

Postérieur à l'événement du 11 novembre 2015 nouveau relevant uniquement de l'événement :

Déchirure millimétrique profonde

S'agissant des hanches, les experts ont indiqué qu'avant l'événement du 11 novembre 2015, les parties anatomiques objectivement atteintes étaient les suivantes : tête fémorale (cartilage) ; os coxal (acétabulum) ; articulation coxofémorale des deux côtés. Après l'événement, il s'agissait des tendons et/ou fibres des muscles adducteurs proximaux. Ils ont formulé en ces termes les diagnostics retenus :

Antérieur à l'événement du 11 novembre 2015 correspondant à l'âge ou à une maladie :

Dégénérescence (coxarthrose)

Postérieur à l'événement du 11 novembre 2015 par aggravation de l'état antérieur :

Eventuel étirement

Sous l'intitulé « synthèse », ils se sont exprimés comme suit :

A. Critères diagnostiques et paracliniques principaux

L'accident du 11 novembre 2015 a entraîné deux déchirures du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule gauche. Au niveau du tendon du muscle infra-épineux du même côté, ce traumatisme a

également été à l'origine d'une déchirure millimétrique profonde. Il n'existe plus de signes objectivables en lien avec ces diagnostics.

Ces lésions traumatiques sont survenues sur un état antérieur, en l'occurrence sous forme de dégénérescence (enthésopathie) avec calcification du tendon du muscle supra-épineux et de déchirure superficielle (enthésopathie) du tendon du muscle infra-épineux. Ces lésions d'enthésopathie sont affirmées par la présence sur l'arthroscanner du 24 novembre 2015 de géodes du trochiter et du tronchin, en situation extra-articulaire, correspondant à des lésions d'hypercontrainte chronique par sollicitation mécanique répétitive des insertions de ces tendons. L'état antérieur au niveau supra-épineux explique ce jour la persistance d'une diminution de la mobilité en antépulsion et en abduction, ainsi que d'une manœuvre de JOBE positive sans perte de force.

Au niveau ostéo-articulaire, la dégénérescence de l'articulation acromioclaviculaire gauche est actuellement asymptomatique.

Au niveau de la hanche droite, suite à l'événement du 11 novembre 2015, le diagnostic évoqué d'étirement des tendons et/ou des fibres des muscles adducteurs proximaux du membre inférieur droit est retenu comme éventuel en raison du mécanisme d'hyperabduction décrit par l'expertisée. Il n'existe plus de signes cliniques en lien avec cette atteinte au jour de l'expertise.

Une dégénérescence de l'articulation coxofémorale (coxarthrose) des deux côtés est constatée sur le bilan clinique et radiologique actuel. A droite, cet état antérieur explique la douleur inguinale irradiant dans la cuisse. La symptomatologie actuelle décrite au niveau de la hanche droite n'entraîne pas de déficit fonctionnel significatif. Les radiographies des hanches du 26 août 2016 objectivent une arthrose importante.

B. Evolution actuelle, interactions et évolution prévisible

Les diagnostics de déchirures (deux déchirures) du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule gauche et de déchirure millimétrique profonde du tendon du muscle infra-épineux gauche ont évolué vers la stabilisation. Celle-ci est atteinte à six mois post-traumatiques, soit dès le 11 mai 2016. Aucun traitement n'est plus nécessaire pour ces lésions traumatiques de l'épaule gauche, le statu quo sine étant atteint.

La dégénérescence (arthrose) acromioclaviculaire gauche et la déchirure superficielle (enthésopathie) du tendon du muscle infra-épineux du même côté sont en état stable asymptomatique, ne nécessitant aucun traitement spécifique.

En revanche, pour la dégénérescence (enthésopathie) avec calcification du tendon du muscle supra-épineux gauche, il est indiqué au moins trois mois de physiothérapie de rééducation, à raison de deux à trois séances par semaine, pour entretien des amplitudes articulaires actives et passives, réapprentissage des gestes et du travail postural, travail en décoaptation, recentrage de la tête humérale et lutte contre la compensation scapulothoracique.

Au niveau de la hanche droite, le diagnostic d'éventuel étirement des tendons et/ou des fibres des muscles adducteurs proximaux a évolué vers la guérison, laquelle est atteinte au plus tard deux semaines après le traumatisme, soit le 25 novembre 2015.

La dégénérescence (coxarthrose) est stable et ne nécessite aucun traitement particulier. Ce diagnostic explique la diminution de la mobilité de la hanche et les algies inguinales irradiant vers la cuisse droite. La coxarthrose peut aussi se manifester par des douleurs aux genoux et parfois de façon exclusive, il s'agit d'une douleur projetée (« *la hanche pleure au genou* »). Ce diagnostic peut expliquer en partie les algies des genoux.

L'assurée se plaint de douleurs au niveau de ses deux genoux et nous signale qu'une intervention chirurgicale serait prévue pour changement de ses deux prothèses. Aucun document ne permet de corroborer ces plaintes de gonalgie. L'examen clinique ne retrouve pas de déficit fonctionnel significatif au niveau des genoux. La marche se fait de façon satisfaisante sans boiterie. La mobilité articulaire normale, de même que l'absence d'amyotrophie et une force musculaire du quadriceps satisfaisante ne sont pas en faveur d'un déficit significatif. Les radiographies des deux genoux ne montrent pas de descellement des implants prothétiques, lesquels sont bien axés globalement, hormis un léger varus de l'implant tibial gauche n'ayant pas de caractère pathologique.

Le 1^{er} novembre 2016, Swica a rendu une décision aux termes de laquelle elle a mis un terme au versement de ses prestations dès le 17 octobre 2016. Faisant siennes les conclusions de l'expertise pratiquée à la Clinique D._____, elle a considéré que les troubles qui persistaient à l'épaule gauche n'étaient pas dus à l'accident, mais étaient exclusivement imputables à l'état antérieur de nature malade et ce, depuis le 11 novembre 2015. Elle a toutefois renoncé à demander le remboursement des frais médicaux versés jusqu'au jour de la décision.

Dans un rapport médical du 10 novembre 2016 à l'intention de Swica, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin traitant, a posé les diagnostics de lésion partielle des adducteurs de la hanche droite et de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. A la question de savoir si les lésions étaient uniquement dues à l'accident, il a coché la case « oui », sans étayer son point de vue.

Dans un courrier électronique du 18 novembre 2016 à la Clinique D._____, Swica s'est étonnée de n'avoir trouvé aucune information spécifique dans le rapport d'expertise du 14 octobre 2016

concernant la jambe droite blessée lors de l'accident survenu le 11 novembre 2015 et dont l'assurée se plaignait toujours. Ayant demandé des informations complémentaires au médecin traitant de l'intéressée, elle a souhaité que les experts se prononcent sur les indications fournies par les radiographies des longs axes des membres inférieurs pratiquées le 4 juillet 2016.

Par courrier du 22 novembre 2016, V. _____ s'est opposée à la décision du 1^{er} novembre précédent. Elle a fait valoir qu'elle ne pouvait plus monter dans sa baignoire si elle ne disposait pas d'une planche, qu'elle ne pouvait toujours pas lever le bras gauche pour ranger ses commissions et qu'elle devait prendre des anti-inflammatoires deux fois par jour en raison de ses douleurs. Elle disait se sentir handicapée.

En réponse au courriel de Swica, le Dr S. _____ a indiqué ce qui suit dans une lettre du 28 novembre 2016 :

[...]

Vous communiquez en pièces jointes un compte-rendu de radiographie des membres inférieurs du 4 juillet 2016, établie par le Dr K. _____, radiologie, du Centre d'Imagerie P. _____.

De façon plutôt surprenante, l'indication motivant la réalisation des dites radiographies concerne des douleurs de la hanche gauche et du pli de l'aîne homolatéral. Toutefois, les éléments rapportés en conclusion, que ce soit au niveau de la hanche gauche ou de la hanche droite, sont identiques aux images réalisées à la Clinique T. _____ du 26 août 2016 et donc étaient connus au moment de notre expertise, n'apportant aucun fait nouveau.

De même, la « ... *lésion partielle des adducteurs de la hanche droite* » rapportée dans le courrier du 10 novembre 2016 par le Docteur M. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a bien été analysée au moment de notre expertise et était envisagée à titre de pure hypothèse.

Ainsi, si votre assurée se plaint de douleurs de la jambe droite, aucune partie anatomique n'est objectivement atteinte, car après l'événement du 11 novembre 2015, il n'a pas été réalisé d'exams d'imagerie mettant en évidence les tendons des muscles adducteurs de la hanche droite.

Seule une échographie ou une IRM aurait pu mettre en évidence une éventuelle lésion.

Sur le plan médico-théorique, une telle lésion après un traumatisme évolue vers la guérison au bout de deux semaines au maximum.

Ainsi, les douleurs de la jambe droite dont l'intéressée se plaindrait encore aujourd'hui ne peuvent pas relever d'une atteinte des releveurs qui n'a jamais été investiguée au moment des faits et laquelle ne pourrait perdurer.

Au final, les arguments développés ne sont pas de nature à remettre entièrement ou partiellement en cause mes conclusions, figurant dans mon rapport d'expertise du 14 octobre 2016 et ne justifient pas la réalisation d'un rapport complémentaire en l'absence de nouvelles informations actuelles.

Par décision du 30 novembre 2016, Swica a mis un terme au versement de ses prestations en relation avec la hanche droite à compter de cette date. S'appuyant sur le rapport complémentaire du Dr S._____, elle a considéré que les troubles persistants à la hanche droite ne pouvaient être imputés à l'accident du 11 novembre 2015 que durant les deux semaines suivant cette date. Elle a toutefois renoncé à demander le remboursement des frais médicaux versés jusqu'au jour de la décision.

Le 2 décembre 2016, V._____ a formé opposition à cette décision. Elle a fait valoir qu'elle ne pouvait plus monter dans sa baignoire sans disposer d'une planche pour handicapé et qu'elle ne pouvait pas monter ou descendre des escaliers sans une main courante ou en n'étant pas accompagnée. A cela s'ajoutait qu'elle devait prendre deux fois par jour des anti-inflammatoires en raison de ses douleurs. Enfin, des trajets à pied d'une durée supérieure à une heure nécessitaient l'emploi de bâtons de marche.

Par décision sur opposition du 14 août 2017, Swica a rejeté les oppositions formées par l'assurée contre ses décisions des 1^{er} et 30 novembre 2016.

B. Par acte du 9 septembre 2017 (timbre postal) adressé à Swica et reçu par le greffe de la Cour de céans le 26 septembre 2017, V._____ a recouru contre cette décision. Elle a fait valoir que son handicap au bras droit et à l'aîne gauche ne lui permettait plus d'effectuer certains travaux d'entretien ainsi que diverses tâches ménagères, ce qui rendait indispensable le recours aux services d'une tierce personne. En outre, le

fait de ne pas avoir pris en considération l'avis de son médecin orthopédiste traitant traduisait un désaveu injustifié à son endroit.

Dans sa réponse du 30 octobre 2017, Swica a conclu au rejet du recours. S'agissant de l'épaule gauche, elle a indiqué que, selon les experts de la Clinique D._____, les diagnostics de déchirures du tendon du muscle supra-épineux et de déchirure millimétrique profonde du tendon du muscle infra-épineux gauche avaient évolué vers la stabilisation atteinte six mois après l'événement accidentel du 11 novembre 2015, soit le 11 mai 2016, date à laquelle le *statu quo sine* avait été atteint. En ce qui concerne la hanche droite, elle a relevé, en se fondant sur l'avis de l'expert S._____ du 28 novembre 2016, que le diagnostic d'éventuel étirement des tendons et/ou des fibres des muscles adducteurs proximaux avait évolué vers la guérison, laquelle avait été atteinte deux semaines après l'accident, soit le 25 novembre 2015. Pour le reste, les troubles encore présents étaient dus à des lésions dégénératives préexistantes et non à l'accident assuré.

Par réplique du 17 novembre 2017, V._____ s'est demandé dans quelle mesure Swica assumerait les frais d'une opération à l'épaule et, dans cette éventualité, si elle prendrait en charge l'octroi d'une aide-ménagère ainsi que des séances de physiothérapie. Elle a pour le surplus réitéré son incompréhension quant au fait que Swica ne réponde pas des suites de l'accident subi le 11 novembre 2015.

Dupliquant en date du 28 novembre 2017, Swica a indiqué que, dans l'hypothèse où une intervention chirurgicale à l'épaule gauche s'avérerait nécessaire, elle serait en lien avec l'atteinte dégénérative chronique. Partant, elle ne serait pas à sa charge de même que les traitements y afférents. Relevant pour finir que la réplique de l'assurée ne contenait aucun élément nouveau, Swica a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, le recours a été adressé le 9 septembre 2017 (timbre postal) à Swica, laquelle se devait de transmettre la cause sans délai à l'autorité compétente, conformément à l'art. 7 al. 1 LPA-VD. Or, ce n'est que le 25 septembre 2017 que l'intimée a adressé ledit recours à la Cour de céans. Pareille situation ne saurait être préjudiciable à l'assurée, qui a agi en temps utile et dans le respect des autres conditions légales de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) Est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 16 octobre 2016 pour les problèmes à l'épaule gauche respectivement au-delà du 29 novembre 2016 pour les problèmes à la hanche droite, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 11 novembre 2015 et les troubles persistants.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut 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, 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités).

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 ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). 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 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine*) (TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

4. D'après 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 LPG), 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. A la suite de l'accident du 11 novembre 2015, il est établi que la recourante a présenté des lésions à l'épaule gauche et à la hanche droite.

a) En ce qui concerne l'épaule gauche, les Drs S._____ et Z._____ ont posé, dans leur rapport du 14 octobre 2016, les diagnostics de deux déchirures du tendon du muscle supra-épineux et de déchirure millimétrique profonde du tendon du muscle infra-épineux. Ils ont indiqué que ces lésions traumatiques étaient survenues sur un état antérieur, en l'occurrence sous forme de dégénérescence (enthésopathie) avec calcification du tendon du muscle supra-épineux et de déchirure superficielle (enthésopathie) du tendon du muscle infra-épineux. L'état antérieur au niveau supra-épineux expliquait au jour de l'examen la persistance d'une diminution de la mobilité en antépulsion et en abduction, ainsi que d'une manœuvre de Jobe positive sans perte de force. Les médecins prénommés ont toutefois estimé que le facteur traumatique constituait le facteur prépondérant pour expliquer les deux déchirures transfixiante et profonde du tendon du muscle supra-épineux. Cela étant, la dégénérescence de l'articulation acromioclaviculaire gauche (arthrose) et la déchirure superficielle (enthésopathie) du muscle infra-épineux du même côté étaient stables, autrement dit asymptomatiques. De même,

les déchirures diagnostiquées avaient évolué vers la stabilisation atteinte, selon les experts, six mois après le traumatisme subi. Ainsi, aucun traitement n'était plus nécessaire pour les lésions traumatiques de l'épaule gauche dès le 11 mai 2016, le *statu quo sine* ayant été atteint à cette date.

b) S'agissant de la hanche droite, le diagnostic posé par les Drs S. _____ et Z. _____ d'étirement des tendons et/ou des fibres des muscles adducteurs proximaux du membre inférieur droit a été qualifié d'éventuel en raison du mécanisme d'hyperabduction décrit par l'assurée. Il n'existait plus de signes cliniques en lien avec cette atteinte au jour de l'expertise. Cela étant, le bilan clinique et radiologique (radiographies des hanches du 26 août 2016) a mis en évidence une dégénérescence importante de l'articulation coxofémorale (coxarthrose) des deux côtés. A droite, cet état antérieur expliquait la douleur inguinale irradiant dans la cuisse. La symptomatologie décrite au niveau de la hanche droite n'entraînait cependant pas de déficit fonctionnel significatif. Ainsi, au jour de l'examen, la dégénérescence (coxarthrose) était stable et ne nécessitait aucun traitement particulier. Selon les médecins prénommés, le diagnostic retenu avait évolué vers la guérison, laquelle était atteinte au plus tard deux semaines après le traumatisme, soit le 25 novembre 2015.

c) Au vu des explications qui précèdent, il y a donc lieu de retenir que le *statu quo sine* avait été atteint six mois après l'accident du 11 novembre 2015, soit le 11 mai 2016, en ce qui concerne les atteintes à l'épaule gauche et deux semaines après celui-ci en ce qui concerne les atteintes à la hanche droite, soit le 25 novembre 2015.

d) Dans ce contexte, le rapport médical établi le 10 novembre 2016 par le Dr M. _____, médecin traitant, au demeurant bref et peu étayé, ne met en évidence aucun élément médical susceptible de remettre en question la teneur de l'expertise motivée et convaincante des experts de la Clinique D. _____. Outre qu'il ne s'est pas exprimé sur le contenu du rapport de ses confrères, il n'a communiqué aucun constat

clinique qui n'aurait pas été analysé par ces derniers (cf. dans ce sens le rapport du Dr S. _____ du 28 novembre 2016).

e) Il convient encore de relever que les plaintes alléguées par la recourante devant la Cour de céans au bras droit et à l'aîne gauche n'affectent pas les membres lésés au cours de l'accident du 11 novembre 2015. Ainsi, faute d'un lien de causalité entre cet événement et les troubles invoqués, Swica n'a pas à verser de prestations en lien avec une situation médicale dont elle n'a pas à répondre.

f) En définitive, Swica était fondée, par sa décision sur opposition du 14 août 2017, à supprimer le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents dès le 17 octobre 2016 pour les troubles en relation avec l'épaule gauche et dès le 30 novembre 2016 pour les troubles en relation avec la hanche droite.

6. Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

7. La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 14 août 2017 par Swica Assurances SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme V. _____,
- 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 :