

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2016

Composition : M. NEU, président
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Parel

* * * * *

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 LAA

E n f a i t :

A. Par déclaration de sinistre du 1^{er} novembre 2013 de la Caisse cantonale de chômage, Q._____, ouvrier né en 1967 (ci-après : l'assuré), a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA, SUVA ou l'intimée) qu'il avait été victime d'un accident le 24 octobre précédent. Il avait glissé dans sa salle de bains. Le coude appuyé sur le lavabo, l'épaule était partie en abduction forcée. Il avait entendu un craquement. La blessure est décrite comme étant un écrasement de l'épaule droite. Les premiers soins avaient été diligentés à T._____.

Le 25 octobre 2013, le Dr C._____ du Centre d'imagerie W._____ a établi le rapport médical suivant à l'attention du Dr F._____, spécialiste en médecine générale :

"Epaule droite de face en rotation interne/externe et Neer du 24.10.2013

Indications

Douleurs après mécanisme d'hyperabduction.

Description

Rapports articulaires : congruence physiologique, pas d'ascension de la tête humérale.

Structures osseuses : auvent acromial un peu concave vers le bas. Status après enclouage centromédullaire verrouillé au niveau de la tête humérale pour ancienne fracture consolidée de la diaphyse moyenne de l'humérus. Pas de nouvel élément traumatique visible.

Parties molles : pas de calcification.

Autres constatations : néant.

Conclusion

Ancien enclouage de l'humérus sans complication visible."

Le 2 décembre 2013, le Dr F._____ a adressé à la CNA le rapport médical LAA suivant :

"Consultation du 24.10.2013

Date de l'accident : 24.10.2013

Premiers soins : 24.10.2013 à 19h05

Indications du patient : Glisse dans sa salle de bains, coude appuyé sur le lavabo l'épaule part en abduction forcée, craquement

Etat général : Opéré en février 2012 d'une fracture diaphysaire de l'humérus droit

Constatations objectives : Douleur sur le moignon de l'épaule, antépulsion limitée à 80°, rotation externe 20° à droite, 50° à gauche rotation interne pousse à L2
Radiologie : Epaule Droite F Rot int et ext, Neer : pas de lésion osseuse traumatique, matériel d'ostéosynthèse en place, bec sous acromial. Pas de signe de rupture de la coiffe
Diagnostic : Contusion de l'épaule droite
Thérapie : Physiothérapie
Arrêt de travail :
100 % du 24/10/2013 au 10/11/2013
Médicaments :
APRANAX cpr peli 550 mg 20 pce, 2 x/j {1-0-1-0} avec ou après les repas, pdt 10 jours
CO DAFALGAN cpr peli 500/30mg 40 pce, un ou deux cps 4 x/j {1-1-1-1}"

Le 7 janvier 2014, le Dr F._____ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assuré à sa consultation depuis le 24 octobre 2013.

Le 9 janvier 2014, la CNA a requis du Dr M._____, médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il apprécie l'incapacité de travail de l'assuré en précisant pour quand on pouvait s'attendre à une amélioration. L'intéressé a répondu le 15 janvier 2014 qu'il lui était difficile d'apprécier l'incapacité de l'assuré sans disposer de "Rx au PACS". Relevant qu'il y avait un état antérieur avec une fracture de l'humérus droit opéré en 2012 "non-SUVA", il a toutefois indiqué qu'on pouvait s'attendre à une augmentation de la capacité de travail de l'assuré, le statu quo ante pouvant être fixé au plus tard trois mois après l'événement du 24 octobre 2013.

Le 30 avril 2014, la Dresse K._____, médecin assistante auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier O._____ (ci-après : le O._____), a établi une prescription de 9 séances de physiothérapie en faveur de l'assuré. Elle indiquait comme diagnostics une ablation du clou humerus droit effectuée le 29 avril précédent (avec réinsertion de la coiffe des rotateurs), un status post enclouage centro-médullaire de l'humérus droit par clou T2 le 27 février 2012 ainsi qu'un status post ablation des deux vis proximales le 9 août 2012.

Le protocole opératoire établi le 6 mai 2014 par le Dr R._____, médecin associé auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du O._____, mentionne comme indication opératoire un status post ostéosynthèse de l'humérus droit. L'intervention chirurgicale, qui a eu lieu le 29 avril 2014, est ainsi décrite :

"Patient en position semi-assise sous AG au masque laryngé, pas d'antibiotique à l'induction.

Lavage, désinfection et champtage selon la technique habituelle.

Reprise de la cicatrice et dissection plan par plan jusqu'à la coiffe des rotateurs, intègre, puis jusqu'à la tête humérale. Coagulation à la demande. Mise en évidence de la vis proximale puis du clou, dont on dégage le point d'entrée à la pince-gouge et à la rugine après avoir incisé la coiffe.

Ablation de la vis proximale qui vient sans difficulté. On reprend les deux incisions distales et l'on dissèque aux ciseaux jusqu'à l'os, où l'on repère les vis au doigt puis on les enlève sans complication. Rinçage abondant Fermeture des deux incisions distales par des points inversés vicryl 3.0 et Donati de Dermalon 3.0 à la peau.

On repasse en proximal où l'on enlève le clou, puis on réinsère la coiffe par des points transosseux de Fiber-Force. Une fois la couverture satisfaisante, fermeture plan par plan après un dernier rinçage abondant. Points simples de Dermalon 3.0 à la peau. Désinfection, pansement sec."

Par courrier du 7 mai 2014, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a confirmé à la CNA que l'assuré avait bien été suivi à sa consultation et que l'incapacité de travail avait pris fin le 24 février 2014. Par ailleurs, il a indiqué qu'il y avait confusion entre les deux sinistres.

Dans un rapport médical intermédiaire du 9 mai 2014, le Dr I._____ a indiqué comme diagnostics : contusion de l'épaule droite et entorse ACDT [...] I. Selon lui, l'évolution jusqu'à ce jour était favorable tant d'un point de vue subjectif qu'objectif et le pronostic favorable. A la question de savoir s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, le Dr I._____ a répondu par l'affirmative en mentionnant un "status après ostéosynthèse # humérus D par enclouage centromédullaire (clou en place)". Il a également précisé que le traitement était terminé depuis le 20 février 2014 et que la reprise de travail était possible dès le 24 février 2014.

La CNA a soumis à l'appréciation du Dr M._____ le rapport médical du Dr I._____ le 12 juin 2014 en relevant que l'assuré s'était vu notifier une nouvelle incapacité totale de travail depuis le 25 mars 2014 par le O._____ et que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait été effectuée le 29 avril 2014. L'assureur accidents a requis de son médecin d'arrondissement qu'il fixe, en tenant compte des éléments précités, le statu quo pour les suites de l'accident du 24 octobre 2013. Dans sa réponse du 18 juin, le Dr M._____ a relevé que, dans son appréciation du 9 (sic) janvier 2014, il avait déjà mentionné le statu quo ante à trois mois de l'événement du 24 octobre 2013 et qu'il ne voyait pas ce qui justifiait l'établissement d'une appréciation médicale supplémentaire.

Le 26 juin 2014, le Dr R._____ a écrit au médecin d'arrondissement de la CNA ce qui suit :

"Merci bien vouloir prendre en considération le dossier du patient susnommé, suivi par notre service dans les suites d'une fracture de l'humérus droit le 27 février 2012 et dont nous avons procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29.04.2014.

Anamnèse :

Le patient présentait une gêne fonctionnelle avec des douleurs au niveau de l'épaule droite depuis l'implantation de ce clou centromédullaire de l'humérus droit avec une petite raideur en rotation externe. Nous avons convenu de l'AMO, qui a eu lieu le 29 avril 2014. Lors de cette intervention, une lésion iatrogène de la coiffe des rotateurs est effectuée de façon à pouvoir accéder à l'extrémité proximale du clou et l'extraire. Il a donc bénéficié d'une suture secondaire de coiffe des rotateurs, qui est encore en cours de rééducation.

Je revois le patient le 17 juin 2014 à 6 semaines de cette AMO. Il a logiquement encore des douleurs au niveau de cette épaule avec une raideur secondaire à cette AMO et à l'immobilisation qui s'en est suivie de 6 semaines dans un gilet orthopédique. Il va débiter ses séances de physiothérapie dans le but de récupérer les amplitudes articulaires puis le tonus musculaire adéquat. La rééducation prendra probablement une période de 3 à 6 mois à partir de ce jour. Pour l'heure, et dans son domaine professionnel il reste à l'arrêt de travail à 100%, que nous prolongeons de consultation en consultation.

Sa prochaine consultation aura lieu fin juillet 2014 et il reste donc à l'arrêt de travail à 100% pour notre part."

Une note téléphonique du 3 juillet 2014 fait état de ce que l'assuré a expliqué que son assureur maladie, à savoir la caisse maladie

X._____, avait pris en charge son accident à l'époque (réd. : accident du 27 février 2012) car il bénéficiait alors du revenu de réinsertion.

Par décision du 8 juillet 2014, la CNA a mis fin aux prestations de l'assuré (indemnité journalière et frais de traitement) avec effet au 24 mars 2014. Elle a considéré que les troubles qui subsistaient aujourd'hui - à l'épaule droite - n'étaient plus dus à l'accident du 24 octobre 2013, mais découlaient exclusivement de l'événement précédent du 27 février 2012, alors que l'assuré n'était pas assuré par elle-même. Ainsi, de l'avis de son médecin d'arrondissement, l'état de santé tel qu'il avait été avant l'accident du 24 octobre 2013 (statu quo ante) pouvait être considéré comme rétabli le 24 mars au plus tard.

Le 10 juillet 2014, le Dr R._____ a écrit au médecin d'arrondissement de la CNA en ces termes :

"Après avoir reprecisé les faits avec le patient il a effectivement été victime d'une fracture de l'humérus droit le 27.2.1012 avec enclouage centro-médullaire de cet humérus et dont les suites étaient parfaitement stables jusqu'à une chute du 24.10.2013 suite à laquelle il a commencé à présenter des douleurs en rapport avec selon nous le point d'entrée du clou, raison pour laquelle nous avons décidé de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Je ne reviendrai pas sur l'anamnèse que j'ai décrite dans mon précédent courrier. J'ai revu le patient le 8 juillet dernier à deux mois et demi de l'AMO du matériel, il a encore quelques douleurs au niveau de cette épaule mais avec des douleurs inflammatoires en voie de régression et une raideur qui s'améliore. Néanmoins il a encore une rotation externe limitée à environ 20°, la coiffe est compétente et il existe encore des douleurs de type arc douloureux. Pour l'heure dans son domaine professionnel il est à l'arrêt de travail que nous prolongeons ce jour jusqu'à fin août 2014. Dans l'intervalle il continue la physiothérapie à sec et en piscine."

Le 11 juillet 2014, l'assuré a téléphoné à la CNA pour l'informer que le médecin du O._____ se serait trompé et n'aurait pas complété de manière correcte le rapport médical du 26 juin 2014. Selon l'assuré, ce dernier n'était pas au courant qu'il avait eu un deuxième accident. Il devrait donc compléter un second rapport médical sous peu.

Le 25 juillet 2014, le Dr R._____ a téléphoné à la CNA afin de fournir quelques précisions supplémentaires. Il ressort de la note

téléphonique y relative qu'il considère que le matériel d'ostéosynthèse mis en place en 2012 à la suite de l'accident de l'assuré, alors que son patient n'était pas assuré par la CNA, ne lui causait pas de douleurs et que c'est donc bien la chute du 24 octobre 2014 qui a conduit à l'ablation de ce matériel d'ostéosynthèse.

Le 30 juillet 2014, Q._____ a formé opposition à la décision du 8 juillet précédent. Il a fait valoir que, selon le Dr R._____ du O._____ et lui-même, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ainsi que la nouvelle incapacité de travail dès le 25 mars 2014 étaient en relation de causalité avec l'accident du 24 octobre 2013 dès lors que dit matériel d'ostéosynthèse mis en place en 2012 ne lui avait jamais posé de problème avant la chute du 24 octobre 2013.

Le 31 juillet 2014, la CNA a soumis à son médecin d'arrondissement les courriers du Dr R._____ des 26 juin et 10 juillet 2014 ainsi que l'opposition de l'assuré en le priant d'indiquer si ces nouveaux éléments médicaux changeaient son appréciation du cas. Le 20 août 2014, le Dr M._____, tout en relevant qu'il ne pouvait pas établir d'appréciation médicale sans disposer des radiographies effectuées, a indiqué que, dès lors que la fracture de l'humérus proximal droit opérée le 27 février 2012 ne concernait pas la CNA, la suite du traitement ne la concernait pas non plus.

Le 29 août 2014, le Dr R._____ a écrit au médecin d'arrondissement de la CNA ce qui suit :

"J'ai revu en contrôle le patient susnommé le 26 août 2014 dans les suites de son AMO de clou d'humérus il y a 4 mois.
Il présente toujours une impotence fonctionnelle en abduction avec un test de Jobe positif qui réveille des douleurs à l'abduction contre résistance. Etant donné que l'on est obligé de passer au travers de la coiffe des rotateurs pour pratiquer ces ablations de matériel et ce malgré une suture du sus-épineux au cours de cette dernière intervention, et au vu de l'importance de la gêne fonctionnelle résiduelle et de l'impotence fonctionnelle, je propose la réalisation d'une arthro-IRM de cette épaule droite à la recherche de la persistance d'une lésion iatrogène de coiffe des rotateurs qui pourrait être à l'origine de la symptomatologie.

Le patient sera revu dans les suites par le médecin assistant en charge de l'épaule. Pour l'heure au vu de la gêne fonctionnelle et dans son domaine professionnel, il reste à l'arrêt de travail que je prolonge ce jour jusqu'à fin septembre 2014. Dans l'intervalle il continuera la physiothérapie à sec et en piscine."

Le 5 septembre 2014, la CNA a informé son médecin d'arrondissement que les radiographies étaient désormais disponibles et l'a prié par conséquent d'établir une nouvelle appréciation médicale.

Le 11 septembre 2014, le Dr M._____ a établi l'appréciation médicale suivante :

"[...]

2. Evolution suivant les pièces communiquées

24.10.2013 Déclaration de sinistre du 01.11.2013 : l'assuré, étudiant au chômage, tunisien, glisse dans sa salle de bain et se réceptionne sur l'épaule D (réd. : droite).

25.10.2013 Rapport radiologique concernant des clichés de l'épaule D de face, en rotation interne/externe et selon une incidence de Neer du 24.10.2013. Le rapport mentionne un ancien enclouage de l'humérus, sans complication visible.

02.12.2013 Rapport concernant une consultation, en urgence, au Centre Médical de T._____ le 24.10.2013. L'assuré a glissé dans sa salle de bain et a eu un mouvement d'abduction forcée de l'épaule D. On apprend qu'il a été opéré en février 2012 d'une fracture diaphysaire de l'humérus D. On retient le diagnostic de contusion de l'épaule D.

07.01.2014 Rapport médical intermédiaire du Centre Médical de T._____. On apprend que l'assuré n'a pas été revu depuis la consultation, en urgence, du 24.10.2013.

15.01.2014 Soumission interne qui mentionne des antécédents au niveau de l'épaule D datant de 2012 (non Suva). On précise qu'il existe un état antérieur puisqu'une fracture de l'humérus D a été opérée en 2012 et ne concerne pas la Suva. On admet qu'un *statu quo ante* doit être reconnu à l'assuré 3 mois après l'accident du 24.10.2013. On demande des clichés radiologiques.

29.04.2014 Protocole opératoire du Dr R._____/ O._____ qui procède à l'ablation du clou huméral D.

26.06.2014 Rapport du Dr R._____/ O._____ qui suit l'assuré dans les suites d'une fracture de l'humérus D survenue le 27.02.2012 (non Suva). L'AMO a été faite le 29.04.2014. Le Dr R._____/ O._____ précise que l'assuré présentait une gêne fonctionnelle avec des douleurs de l'épaule D depuis l'implantation du clou centromédullaire. L'ablation du clou a nécessité une lésion iatrogène de la coiffe des rotateurs de l'épaule D qui a été suturée après le retrait du clou huméral.

10.07.2014 Courrier du Dr R._____/ O._____ qui rappelle que l'assuré a été victime d'une fracture de l'humérus D le 27.02.2012 traitée par enclouage centromédullaire. L'accident du 24.10.2013 a décompensé des douleurs de l'épaule D, raison pour laquelle l'AMO a été réalisée le 29.04.2014.

20.08.2014 Soumission interne dans laquelle on déclare que dès lors que la fracture de l'humérus proximal D opérée le 27.02.2012 ne concerne pas la Suva, l'ablation du clou centromédullaire de l'humérus D ne concerne pas non plus la Suva.

Imagerie

02.04.2014 RX épaule face + incidence de Neer : on note la présence d'un clou centromédullaire au niveau de l'humérus D. La fracture médio-diaphysaire est consolidée.

3. Appréciation

L'assuré est victime d'une fracture de l'humérus diaphysaire D le 27.02.2012 (non Suva) traitée par enclouage centromédullaire.

Le 24.10.2013, il glisse dans sa salle de bain et subit un mouvement d'abduction forcée de l'épaule D.

Ce traumatisme mineur n'a pu décompenser que de manière passagère la situation de l'épaule D. L'épaule D présente un état antérieur avec une fracture diaphysaire de l'humérus traitée par enclouage centromédullaire le 27.02.2012.

L'accident du 24.10.2013 a cessé de déployer ses effets au plus tard 6 semaines après l'événement.

L'AMO du clou ne concerne pas la Suva.

La lésion iatrogène faite dans la coiffe des rotateurs pour retirer le clou huméral est en relation avec la fracture humérale du 27.02.2012 (non Suva).

Au final, un *statu quo sine* doit être reconnu à notre assuré 6 semaines après l'accident du 24.10.2013."

Par décision sur opposition du 30 septembre 2014, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 8 juillet 2014. Elle s'est principalement fondée sur l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement du 17 septembre 2014, qui concluait que le traumatisme, mineur, du 24 octobre 2013 n'avait pu décompenser que de manière passagère la situation de l'épaule droite de l'assuré, qui présentait un état antérieur après fracture diaphysaire de l'humérus, traitée par enclouage centromédullaire le 27 février 2012. Ainsi selon ce spécialiste en traumatologie, l'accident de 2013, assuré par la CNA, avait cessé de déployer ses effets six semaines après sa survenance et la lésion iatrogène au niveau de la coiffe des rotateurs pour retirer le clou huméral était en relation de causalité avec la fracture humérale de 2012. Pour le surplus, elle a relevé qu'il n'existait aucun élément au dossier qui permettrait de remettre en question l'avis médical du Dr M._____, lequel était motivé et convaincant, en précisant que les conclusions du Dr R._____ dans son courrier du 10 juillet 2014 devaient être appréciées avec réserve, dans la mesure où elles divergeaient de celles ressortant de son premier rapport du 26 juin 2014. Enfin, elle soutenait qu'on ne saurait

perdre de vue l'avis du 7 mai 2014 du Dr I._____, qui confirmait l'existence d'une confusion entre les deux sinistres et que l'incapacité de travail de l'assuré en relation avec l'accident du 24 octobre 2013 avait pris fin le 24 février 2014. Au demeurant, tout en relevant que cette question ne faisait pas l'objet du présent litige, la CNA indiquait que la reconnaissance d'une incapacité totale de travail à compter du 25 mars 2014, avec effet rétroactif, alors que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse avait eu lieu le 29 avril 2014, n'apparaissait pas justifiée.

B. Par acte du 30 octobre 2014, Q._____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 30 septembre 2014 en concluant implicitement à l'annulation, soit à ce que l'intimée continue à lui verser ses prestations au-delà du 24 mars 2014. Il a fait valoir notamment ce qui suit :

"Au mois de février 2012, j'ai glissé sur le verglas devant mon immeuble et je me suis fracturé l'humérus droit. Cette fracture a été opérée et stabilisée avec un clou. L'opération a été réussie et n'a pas impliqué de gêne dans le mouvement du bras droit par la suite. Le traitement a été pris en charge par l'assurance X._____.

Le 24 octobre 2014 (sic), j'ai fait une chute dans ma salle de bains. C'est à nouveau l'épaule droite qui a été touchée et qui a subi un traumatisme en abduction forcée. La SUVA a pris en charge cet accident. Le traitement a été conservateur, avec une reprise du travail à 100% dès le 24.2.2014. Dans la mesure où j'éprouvais depuis cet accident une gêne dans les mouvements et des douleurs à l'épaule droite, je me suis adressé au O._____, qui a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Le deuxième accident a eu une incidence sur l'état de mon bras et l'enlèvement du matériel, mis en place lors du premier accident et bien supporté jusqu'alors, devait permettre une amélioration. Cette intervention a fait suite au deuxième accident et me paraît devoir être prise en charge par la SUVA.

Il est possible que certaines informations données par les médecins n'aient pas été détaillées, dans la mesure où elles impliquaient pour eux une seule et même assurance. Pour cette raison, je souhaite produire des précisions complémentaires de la part du médecin traitant, pour lesquelles je sollicite la fixation d'un délai par votre autorité."

Par écriture du 9 février 2015, l'intimée a relevé que le recourant ne faisait valoir aucun élément nouveau, de sorte qu'elle renonçait à déposer une réponse en bonne et due forme. Elle a conclu au rejet du recours.

Le 25 février 2015, le recourant a notamment produit une copie du rapport médical établi le 20 janvier 2015 par le Dr R. _____ à l'attention du médecin conseil de la caisse maladie X. _____ qui indique ce qui suit :

"1. Quel est le diagnostic ?

Status post-ablation d'un clou T2 antérograde au niveau de l'humérus proximal droite en février 2014 compliqué par une capsulite de l'épaule droite.

2. Quelle est, brièvement, l'anamnèse du cas ?

En post-opératoire, le patient se plaignait d'une apparition brutale de limitation de la mobilité au niveau de son épaule.

3. Quelles sont les mesures physiothérapeutiques appliquées dans ce cas ?

Physiothérapie douce avec un stretching selon douleurs car nous sommes encore dans la phase inflammatoire.

4. Quels sont les troubles qui subsistent aujourd'hui ?

Limitation de l'abduction de l'épaule droite à 90° maximum en actif et passif. La rotation externe est limitée à 30° à droite.

5. Quelle est la durée encore prévisible du traitement, ainsi que le rythme des séances de physiothérapie ?

Trop tôt pour le dire, l'évolution naturelle de cette pathologie peut durer entre un et deux ans. Nous sommes actuellement à la fin de la phase inflammatoire. Je reverrai le patient dans trois mois pour une réévaluation clinique."

Par écriture du 20 mars 2015, l'intimée a indiqué que les pièces produites par le recourant n'apportaient aucun élément nouveau déterminant, de sorte qu'elle renonçait à se déterminer plus avant. Elle a toutefois relevé que les lignes du Professeur [...] (sic) confirmaient que la capsulite rétractile de l'épaule droite était une complication de l'AMO (réd. : ablation du matériel d'ostéosynthèse) du 29 avril 2014. Or, cette intervention, suite d'une fracture de l'humérus droit survenue le 27 février 2012, ne la concernait pas. Il en allait de même dès lors pour la capsulite rétractile de l'épaule droite. L'intimée a confirmé ses conclusions.

Le 23 mars 2015, le juge instructeur a transmis les déterminations de l'intimée au recourant et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

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 devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 30 octobre 2014 contre la décision sur opposition du 30 septembre 2014, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée postérieurement au 24 mars 2014.

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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Ainsi, 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 (statu quo sine; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références).

c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

4. a) Pour pouvoir statuer sur le droit d'un assuré aux prestations d'un assureur, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir

quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. En l'espèce, l'intimée a considéré dans la décision attaquée que l'état de santé du recourant était stabilisé au plus tard dès le 24 mars

2014, date à laquelle elle a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière. Elle s'est principalement fondée sur l'appréciation médicale du 11 septembre 2014 de son médecin d'arrondissement, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a conclu que le traumatisme mineur – abduction forcée de l'épaule droite ayant entraîné une entorse – n'a pu décompenser que de manière passagère la situation de l'épaule droite, laquelle présentait un état antérieur avec une fracture diaphysaire de l'humérus traitée par enclouage centromédullaire le 27 février 2012. Selon le médecin-conseil de l'intimée, l'accident du 24 octobre 2013 a cessé de déployer ses effets au plus tard 6 semaines après l'événement, de sorte que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (enclouage) posé le 27 février 2012 ne concernait pas la CNA. Et par voie de conséquence la lésion iatrogène faite dans la coiffe des rotateurs pour retirer le clou huméral était elle aussi en relation avec la fracture humérale du 27 février 2012, laquelle n'avait pas été prise en charge par l'intimée. Au final, il a considéré que le statu quo sine devait être reconnu au recourant 6 semaines après l'événement du 24 octobre 2013.

La Cour de céans considère que l'appréciation médicale du 11 septembre 2014 du Dr M._____ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4b supra), puisque les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le Dr M._____ se fonde sur des examens complets (rapports médicaux des médecins ayant traité le recourant y compris le rapport radiologique du 25 octobre 2013 du Dr C._____ et dites radiologies), qu'il prend en considération les plaintes du recourant et qu'il a établi son rapport en pleine connaissance du dossier; la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions du médecin conseil sont claires et convaincantes. Celles-ci sont d'ailleurs corroborées, d'une part par le rapport radiologique précité, qui conclut à l'absence d'un nouvel élément traumatique et au fait que l'ancien enclouage de l'humérus est sans complication visible, d'autre part par le courrier du 7 mai 2014 et le rapport médical du 9 mai 2014 du Dr I._____, qui confirme que le traitement de l'entorse à l'épaule droite résultant de l'événement du 24

octobre 2014 a pris fin le 20 février 2014 et que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail le 24 février suivant. Ce spécialiste en chirurgie orthopédique confirme aussi qu'il y a confusion entre l'événement du 27 février 2012 et celui du 24 octobre 2013. Cela étant, l'argumentation du recourant, qui prétend que c'est à la suite de la chute du 24 octobre 2013 que le matériel d'ostéosynthèse posé le 27 février 2012 a commencé à lui causer des douleurs au point qu'il a fallu procéder à son ablation le 29 avril 2014 n'est pas corroborée par les éléments au dossier. Avec l'intimée, la Cour de céans relève que, dans son premier rapport médical du 26 juin 2014, le Dr R._____, qui a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et a suivi le recourant pour les complications qui en ont résulté, a clairement indiqué que son patient présentait une gêne fonctionnelle avec des douleurs au niveau de l'épaule droite *depuis l'implantation* du clou centromédullaire de l'humérus droit. Son second rapport médical, daté du 10 juillet 2014, soit après que le recourant a reçu la décision initiale de l'intimée mettant fin à ses prestations avec effet au 24 mars 2014, est en contradiction avec sa première appréciation. Il doit être pris avec réserve d'autant qu'il émane du médecin traitant du recourant et qu'il précise d'ailleurs liminairement qu'il a été établi après que les faits ont été "précisés" avec son patient. Il n'est par conséquent pas de nature à remettre en cause l'appréciation médicale du Dr M._____, qui a pleine valeur probante, comme on l'a vu ci-dessus.

En conclusion, c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations allouées au recourant en raison de l'événement du 24 octobre 2013 avec effet au 24 mars 2014, le statu quo sine ayant été atteint bien antérieurement. En d'autres mots, on ne saurait reconnaître une relation de causalité naturelle entre la chute du 24 octobre 2013 et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée le 29 avril 2014 ni avec les séquelles de dite ablation.

Au surplus, avec l'intimée, on relève que l'accident du 27 février 2012 n'ayant pas été pris en charge par la CNA mais par la caisse maladie du recourant, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 29 avril

2014, le traitement et l'incapacité de travail qui en ont découlé ne sauraient être mis à sa charge.

6. Il résulte de l'ensemble des éléments qui précèdent que le recours doit être rejeté.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA; 45 LPA-VD).

Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe et a au demeurant agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Bien qu'obtenant gain de cause, l'intimée, en sa qualité d'assureur social, qui dispose par ailleurs d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public, ne saurait prétendre à des dépens (ATF 134 V 340).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Q._____, à [...],
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Caisse-maladie X._____, à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :