RÉPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

TRIBUNAL CANTONAL

COUR DES ASSURANCES

LAA 2025 100

Présidente : Anne-Françoise Boillat
Juges : Carine Guenat et Mathieu Ourny
Greffière e.o. : Océane Migliore

ARRÊT DU 27 AOÛT 2026

en la cause liée entre

A._____,

recourant,

et

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), Division juridique, Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne 2,

intimée,

relative à la décision sur opposition de l'intimée du 11 juillet 2025 (N° AVS: XXX._____).

_____

CONSIDÉRANT

En fait :

A.

A.1 Le 10 septembre 2020, la Caisse de chômage B._____ a transmis à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) une déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs concernant A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ._____ 1961. Le 5 septembre 2020, celui-ci avait glissé dans une descente et s'était blessé au bras gauche, ce qui avait entraîné une incapacité de travail à compter du 7 septembre 2020. Le 16 septembre 2020, l'assuré a précisé dans un questionnaire avoir glissé et chuté de deux mètres après avoir fait un malaise au bord d'une rivière. La CNA a pris en charge le cas et versé les prestations provisoires (paiement du traitement médical et de l'indemnité journalière). Le 27 octobre 2020, le médecin traitant de l'assuré, spécialiste en médecine interne,

a posé les diagnostics de déchirure ligamentaire de l'épaule gauche, contusions du coude gauche avec épanchement et contusions de la main gauche avec hématomes. Ce médecin a adressé son patient à l'C._____ (ci-après : l'C._____), où l'assuré s'est soumis le 7 mai 2021 à une intervention chirurgicale à la main gauche (incision du ligament annulaire A1 Dig IV, fasciectomie des 4e et 5e rayons de la main gauche, double plastie en Z des 4e et 5e rayons de la main gauche, neurolyse et artériolyse du paquet vasculo-nerveux ulno-palmaire Dig V et arthrolyse IPP-V de la main gauche). Le 13 septembre 2021, l'assuré a subi dans cette même clinique une intervention à l'épaule gauche (arthroscopie de l'épaule gauche, ténotomie du long tendon du biceps, débridement du tendon du supra-épineux côté articulaire et décompression sous-acromiale avec acromioplastie et bursectomie).

A.2 L'assuré a séjourné à la Clinique D._____ (ci-après : D._____) du 26 avril au 18 mai 2022. Dans leur rapport du 6 juin 2022 (cf. pièce 191 du dossier de l'intimée; les pièces citées ci-après sans autre indication renvoient au dossier produit par l'intimée sur support numérique, au format PDF), les médecins de cette clinique ont posé les diagnostics suivants: traumatisme du membre supérieur gauche avec lésion partielle du tendon supra-épineux, subluxation médiale du long tendon du biceps, arthrose de l'articulation AC de l'épaule gauche et entorse de l'IPP IV gauche avec lésion du ligament collatéral ulnaire avec ténosynovite sténosante du ligament annulaire A1 Dig IV gauche; ténosynovite des fléchisseurs du 4e rayon en zone III (US main gauche); arthropathie acromio-claviculaire dégénérative actuellement non inflammatoire mais douloureuse, avec signes d'insertionite des fibres plus proximales du sous-scapulaire mais sans franche déchirure et poulie A1 de d4 non compétente (US épaule et main gauche). Ils ont indiqué que l'assuré se plaignait principalement d'une diminution de la mobilité de son épaule gauche et de douleurs. Les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient par les lésions objectives constatées durant le séjour en clinique. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, qui présentait un catastrophisme modéré (diminué en fin de séjour) et était focalisé sur la douleur. Sa participation aux thérapies était toutefois élevée et aucune incohérence n'avait été relevée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de port de charges supérieures à 10 kg, ni de port répété de charges entre 5 et 10 kg; pas de travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules; pas d'activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur gauche; pas de mouvements nécessitant la force de la main gauche de manière répétée; pas d'activités nécessitant une mobilité de précision des doigts de la main gauche. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de un à deux mois. Il n'y avait pas d'indication pour une nouvelle intervention au niveau de l'épaule gauche, ni pour la poursuite des infiltrations. L'assuré refusait une nouvelle opération au niveau de la main gauche en raison de l'impossibilité de garantir un succès à 100%. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de ferrailleur était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident et d'autres facteurs médicaux sans lien avec l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les restrictions fonctionnelles était a priori favorable, mais les facteurs personnels et contextuels pouvaient interférer avec le processus de réorientation.

L'assuré avait déclaré avoir un contrat de travail à 20% comme superviseur de chantier chargé d'interpréter les dessins techniques (pce 193).

A.3 Le 6 septembre 2022, le médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'examen médical de l'assuré. Dans son rapport du 7 septembre 2022 (pce 225), il a relevé que la main et l'épaule gauches avaient été durablement affectées par l'accident du 5 septembre 2020. Une limitation fonctionnelle de l'épaule gauche persistait, l'articulation présentant une certaine faiblesse associée à des douleurs empêchant des mises à contribution majeures. On retrouvait également une limitation gênante à l'utilisation de la main gauche, associée à un trouble sensible et une allodynie. L'assuré portait un gant de protection. La situation pouvait être considérée comme stabilisée. L'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité parfaitement adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de port de charges supérieures à 10 kg, ni de port répété de charges entre 5 et 10 kg; pas de mise à contribution de l'épaule gauche au-dessus du plan de l'horizontale; pas d'activités nécessitant des mouvements répétés ou de la force avec le membre supérieur gauche; pas de mouvements nécessitant de la force de la main gauche de façon répétée; pas d'activités nécessitant la mise à contribution des 4e et 5e rayons de la main gauche dans le cadre d'une préhension fine ou des travaux exigeant de la dextérité.

Dans un autre rapport établi le 7 septembre 2022 (pce 226), le médecin de la CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 20%, en tenant compte du déficit d'utilisation fonctionnelle de la main gauche et d'une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule gauche.

A.4 Le 7 septembre 2022, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 septembre 2022, aucune amélioration notable de l'état de santé n'étant attendue (pce 229).

A.5 Par décision du 22 novembre 2022 (pce 266), la CNA a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, au motif que celui-ci était en mesure d'exercer à temps plein une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Le revenu d'invalide, fixé sur la base des valeurs statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), 2020, hommes, niveau de compétence 1, s'élevait à CHF 63'328.-. Comparé au revenu sans invalidité – fixé à CHF 66'794.- sur la base de la Convention collective de travail (ci-après : CCT) du gros œuvre, classe B, Jura –, il en résultait une perte de gain de 5%, insuffisante pour ouvrir le droit à une rente. En revanche, la CNA a alloué à l'assuré une IPAI de CHF 29'640.-, correspondant à un taux de 20%.

L'assuré a formé opposition contre cette décision.

A.6 Par déclaration de sinistre LAA du 16 décembre 2022, l'entreprise qui employait l'assuré à 20 % a annoncé une rechute de l'assuré survenue le 1er décembre 2022. Celui-ci se plaignait de douleurs à l'épaule et à la main gauches qui l'empêchaient de

travailler. Dans un certificat médical du 6 février 2023 (pce 299), le nouveau généraliste traitant de l'assuré a indiqué que son patient présentait une rechute de l'accident du 5 septembre 2020, avec une douleur et une impotence fonctionnelle de l'épaule et de la main gauches. L'assuré a également produit un rapport du 28 mars 2023 d'un spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (pce 320).

A.7 Statuant le 5 mai 2023, la CNA a rejeté l'opposition formée contre la décision du 22 novembre 2022 (pce 333). Elle a relevé que selon les médecins consultés, de nouvelles mesures thérapeutiques n'étaient pas indiquées, de sorte que l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé. La rechute annoncée devait faire l'objet d'une décision séparée, sujette à opposition. La CNA a en outre refusé de revoir à la baisse le revenu d'invalide en raison de l'âge de l'assuré et d'un manque d'expérience ou de formation. Cette décision sur opposition est entrée en force.

A.8 Dans un rapport du 11 mai 2023 (pce 339), le spécialiste traitant en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a exposé que l'assuré avait accepté de subir une nouvelle opération (réparation par voie ouverte de la coiffe des rotateurs avec refixation du tendon supra-épineux et du tendon sub-scapulaire de l'épaule gauche). Le 23 mai 2023 (pce 340), le médecin d'arrondissement a indiqué que les troubles de l'épaule gauche étaient probablement imputables à l'accident du 5 septembre 2020. Il estimait que la situation de l'épaule gauche était toujours stable, mais pas figée, les douleurs et les signes cliniques pouvant fluctuer dans une certaine limite. Il ne voyait pas de raison de modifier son appréciation consécutive à l'examen du 6 septembre 2022, en particulier s'agissant de l'exigibilité d'une activité adaptée. Le 20 juillet 2023 (pce 378), il a confirmé son appréciation du 23 mai 2023, en précisant que les éléments au dossier à ce stade ne démontraient pas une aggravation notable par rapport aux constatations faites à l'occasion de l'examen du 6 septembre 2022. Il précisait que l'intervention envisagée permettrait, en cas de succès, d'améliorer le niveau de confort de l'assuré, mais qu'elle resterait sans retentissement par rapport à son niveau de performance.

A.9 Par décision du 24 juillet 2023 (pce 383), la CNA a informé l'assuré qu'il avait droit à des prestations de l'assurance-accidents consécutivement à la rechute du 1er décembre 2022. Cela étant, les troubles actuels de l'épaule et de la main gauches n'entraînaient aucune incapacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée, de sorte qu'aucune indemnité ne serait versée jusqu'à l'opération prévue le 9 août 2023. L'assuré s'est opposé à cette décision.

A.10 Le 9 août 2023, l'assuré s'est soumis à l'intervention chirurgicale (refixation de la partie haute du tendon sub-scapulaire par une ancre et refixation du tendon supra-épineux à double rangée par voie ouverte) qui avait été planifiée. Dans un rapport du 14 août 2023 (pce 398), le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a mentionné qu'une activité adaptée était difficilement réalisable chez l'assuré, qui avait une formation limitée. Une recherche de travail dans un terrain adapté n'était pratiquement pas réaliste. L'assuré présentait une incapacité de travail

de 100 % depuis son accident, en raison de sa pathologie ostéoarticulaire. Dans un avis subséquent du 9 novembre 2023 (pce 441), ce spécialiste a indiqué que l'assuré présentait encore un syndrome douloureux trois mois après l'opération, une algoneurodystrophie et une capsulite étant probablement à l'origine des douleurs.

A.11 Le 30 novembre 2023 (pce 448), le médecin d'arrondissement a relevé qu'avant l'opération du 9 août 2023, le dossier médical ne faisait pas mention d'une atteinte du tendon sous-scapulaire de l'épaule gauche, précisant qu'il s'agissait d'un nouvel élément. L'évolution post-opératoire était défavorable, avec l'apparition d'une capsulite rétractile. Une stabilisation n'était pas attendue à une distance moindre d'une année après l'intervention.

S'exprimant encore une fois dans un rapport du 18 janvier 2024 (pce 475), il a fait état d'un syndrome douloureux chronique, consécutif à une capsule rétractile occasionnée par la chirurgie et favorisée par le contexte douloureux pré-opératoire. Un nouveau séjour à la D._____ était conseillé.

Dans un avis du 24 janvier 2024 (pce 477), le médecin d'arrondissement a exposé qu'après avoir à nouveau étudié le dossier médical, il estimait que l'aggravation de la situation de l'épaule gauche était à mettre sur le compte d'une évolution à laquelle on pouvait s'attendre dans le contexte de la fragilisation résultant de l'accident du 5 septembre 2020. Le refus de reconnaître une aggravation notable de l'état de santé depuis l'examen du 6 septembre 2022 n'était pas justifié. L'opération du 9 août 2023 était en rapport de causalité avec l'accident. Il ne fallait pas s'attendre à une stabilisation de l'état de santé à une distance moindre d'une année après cette intervention.

A.12 Le 26 janvier 2024 (pce 482), la CNA a partiellement admis l'opposition formée contre la décision du 24 juillet 2023 (cf. consid. A.9). Reconnaissant une aggravation de l'état de santé au 1er décembre 2022, elle a accepté de fournir des prestations à partir de cette date, y compris pour l'intervention du 9 août 2023.

A.13 Du 9 avril au 1er mai 2024, l'assuré a de nouveau séjourné à la D._____. Dans leur rapport du 24 mai 2024 (pce 544), les médecins de ce centre ont relevé qu'au début de son séjour, l'assuré se plaignait de douleurs à la base des doigts 2, 3 et 4 de la main gauche et de fourmillements au niveau de la paume. Les douleurs étaient absentes au repos. Le patient décrivait également une sensation de gonflement au niveau de la phalange proximale de d4. Au niveau de l'épaule gauche, il rapportait des douleurs sur la partie supérieure de l'épaule, avec une sensation de poids irradiant dans le bras en antérieur, ainsi que des sensations de brûlure à l'intérieur de l'épaule. Il se disait peu limité concernant les activités de la vie quotidienne. Selon les médecins de la D._____, les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient toutefois négativement les aptitudes fonctionnelles de l'assuré, celui-ci présentant un catastrophisme élevé (en amélioration en fin de séjour), une certaine focalisation sur les douleurs et une kinésiophobie modérée à sévère (en amélioration

en fin de séjour). D'autres facteurs contextuels, comme une longue période sans travailler, l'absence de contrat de travail, l'absence de formation reconnue en Suisse et l'âge proche de la retraite pouvaient interférer avec un retour au travail. L'évolution subjective et objective était légèrement favorable. Aucune incohérence n'était relevée et la participation aux thérapies était élevée. L'assuré avait toutefois refusé de participer à une évaluation aux ateliers professionnels. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de port de charges supérieures à 10 kg, ni de port répété de charges supérieures à 5 kg; pas de travail prolongé avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules; pas d'activités nécessitant de la force ou des mouvements répétés du membre supérieur gauche, ni une position en porte-à-faux prolongée du membre supérieur gauche; pas de mouvements nécessitant de la force de la main gauche d'une façon répétée; pas d'activités nécessitant une dextérité fine de la main gauche. Aucune nouvelle intervention chirurgicale n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Il était théoriquement favorable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, mais les facteurs personnels et contextuels pourraient interférer avec le processus de réorientation.

A.14 Dans un rapport du 25 juin 2024 (pce 558), le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur a relevé que la situation était plus ou moins superposable à celle prévalant avant la rééducation à la D._____. Une révision chirurgicale n'était toutefois plus à l'ordre du jour. Vu son âge, une reconversion professionnelle de l'assuré n'était plus envisageable.

A.15 Le cas lui ayant une nouvelle fois été soumis, le médecin d'arrondissement, dans son appréciation du 14 novembre 2024 (pièce 591), a indiqué que les examens cliniques réalisés à la D._____ permettaient de constater une récupération correcte de la mobilité de l'épaule gauche, qui était comparable à celle observée lors de l'examen du 6 septembre 2022. La situation de l'épaule gauche était tout à fait comparable, voire légèrement meilleure, en ce qui concernait la force par rapport à ce qui prévalait avant l'intervention. La situation de la main gauche n'était pas péjorée par rapport aux constatations du 6 septembre 2022. La situation était médicalement stabilisée. Les restrictions fonctionnelles déterminées à l'issue du séjour de 2024 à la D._____ étaient sensiblement les mêmes que celles constatées lors de l'examen du 6 septembre 2022. L'assuré disposait d'une "pleine incapacité de travail avec un temps de présence et un rendement complets" dans une activité adaptée aux limitations décrites par les médecins de la D._____. L'estimation de l'IPAI restait valable. Sur question de la CNA, le médecin d'arrondissement a fait savoir par courriel (pce 627) que son rapport du 14 novembre 2024 contenait une coquille; il fallait lire que l'assuré avait une pleine capacité de travail avec un temps de présence et un rendement complets, ce qu'il a confirmé dans un bref avis médical du 24 mars 2025 (pce 637).

A.16 Après avoir informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 décembre 2024, la CNA a, par décision du 10 mars 2025 (pce 633), nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Celui-ci était à même d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans

différents secteurs de l'industrie. Sur la base de l'ESS 2020, hommes, niveau de compétence 1, et compte tenu d'un abattement de 10% pour les limitations fonctionnelles, le revenu d'invalide s'élevait à CHF 62'580.-. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 69'043.-, fondé sur la CCT du gros œuvre, il en résultait une perte de gain de 9.36%. La CNA a en outre considéré que l'assuré ne pouvait pas prétendre à une IPAI supplémentaire à celle de 20% déjà octroyée. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

A.17 Le 29 avril 2025, le généraliste traitant de l'assuré a établi un certificat médical (pce 650), dans lequel il soulignait que l'assuré était dans l'incapacité totale d'exercer son activité professionnelle de ferrailleur ou maçon. Selon une note de la CNA du 16 mai 2025 (pce 656), l'assuré a été victime d'un accident de voiture le 9 [recte: 5] avril 2025. Le 13 mai 2025 (pce 662), le généraliste traitant a relaté que cet accident avait occasionné un choc sur l'épaule gauche. Après comparaison des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) effectuées avant et après ce nouvel accident, on pouvait conclure à une aggravation de l'état de l'épaule gauche.

A.18 Par décision du 11 juillet 2025 (pce 680), la CNA a rejeté l'opposition formée contre la décision du 10 mars 2025 en se fondant sur l'appréciation détaillée du 14 novembre 2024 du médecin d'arrondissement. Ce dernier y avait confirmé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, en faisant siennes les constatations des médecins de la D._____ et en reprenant les limitations fonctionnelles décrites par ceux-ci. Il avait estimé que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations. À cet égard, il avait précisé qu'une coquille s'était glissée dans son rapport. S'agissant du revenu d'invalide, les données les plus récentes relevant de la dernière estimation trimestrielle de 2025 commandaient de tenir compte d'un taux d'indexation de 1.8%, et non de 1.5%, ce qui portait le revenu d'invalide à CHF 69'730.-. Le taux d'abattement de 10%, trop généreux selon la CNA, devait par ailleurs être ramené à 5%, ce qui aboutissait à un revenu d'invalide de CHF 66'253.-. Au regard du large éventail d'activités simples et légères que recouvraient les secteurs de la production et des services, il y avait lieu d'admettre qu'un certain nombre d'entre elles correspondaient à des activités de substitution compatibles avec les restrictions fonctionnelles de l'assuré, tels que le contrôle de qualité-surveillance ou la télésurveillance dans la production industrielle légère. En effet, les limitations de l'assuré n'étaient pas particulièrement sévères, dans la mesure où elles concernaient uniquement le membre supérieur gauche, qui n'était pas le membre dominant. Il n'y avait pas non plus lieu de pratiquer une déduction en raison de l'âge de l'assuré ou de l'absence d'expérience et de formation. La comparaison des revenus aboutissait à une perte de la capacité de gain de 4%.

La CNA a précisé que le nouvel accident subi par l'assuré le 5 avril 2025 (cf. consid. A.17) avait de nouveau touché l'épaule gauche. Il n'avait pas fait l'objet d'une déclaration officielle et ne portait pas de numéro de sinistre, de sorte que l'assureur-accidents devrait examiner si ce sinistre devait être pris en charge ou non.

A.19 Dans un rapport du 26 août 2025, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie a fait état d'une refixation du tendon supra-épineux et du subscapulaire par voie ouverte le 9 août 2023, d'une capsule rétractile et d'une récidive de déchirure transfixiante du tendon supra-épineux avec dégénérescence musculaire évoluée stade II selon Goutaillier. Il a noté que l'évolution était toujours complexe chez un patient souffrant toujours d'un syndrome douloureux chronique. Une réparation n'était plus envisageable. Si un geste devait être entrepris, il faudrait envisager une arthroplastie totale inversée en raison des signes dégénératifs glénohuméraux débutants.

B.

B.1 Le 11 septembre 2025, l'assuré a interjeté un recours contre la décision sur opposition du 11 juillet 2025 auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal du canton du Jura, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% lui soit allouée. À titre subsidiaire, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants. Il a en outre sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

B.2 L'intimée a conclu au rejet du recours par mémoire de réponse du 23 octobre 2025. Elle a annexé à sa réponse une appréciation du 9 octobre 2025 d'un deuxième médecin d'arrondissement, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'assurance de l'intimée. Ce spécialiste a indiqué que l'évolution des prises en charge chirurgicales au niveau de l'épaule était défavorable, avec une persistance de limitations fonctionnelles certes modérées, mais surtout de douleurs résiduelles à l'effort. La prise en charge chirurgicale au niveau de la main gauche avait permis une légère amélioration, mais des limitations fonctionnelles et un manque de force persistaient. S'exprimant sur le syndrome douloureux chronique évoqué par le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur suivant l'assuré, le médecin d'arrondissement a estimé que son confrère utilisait un tel terme pour signaler que le recourant avait toujours d'importantes douleurs au niveau de son épaule; il s'agissait donc plutôt d'un syndrome douloureux résiduel. Vu l'absence de descriptif clinique, il était difficile de se déterminer sur l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC), mais ce diagnostic avait été infirmé ou considéré comme résorbé au cours du séjour à la D._____ en 2024. Par ailleurs, aucun élément clinique ne permettait de prouver une capsule rétractile.

B.3 Le 28 octobre 2025, le recourant a produit spontanément un certificat médical de son généraliste traitant, daté du 28 octobre 2025, attestant que l'intéressé était "inapte à exercer son activité professionnelle", ainsi qu'un rapport du 4 juin 2025 d'un spécialiste en chirurgie de la main, dont il ressort qu'aucune intervention n'est envisagée au niveau de la main.

B.4 Par écriture spontanée du 6 novembre 2025, l'intimée a maintenu sa conclusion tendant au rejet du recours.

B.5 Dans sa réplique du 17 novembre 2025, le recourant a également maintenu ses conclusions. Le 4 décembre 2025, il a produit un rapport du 1er septembre 2025 d'un deuxième spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin a mentionné l'existence d'une capsulite rétractile séquellaire à la dernière intervention de 2023, qui avait nécessité près de deux ans de traitement sans grande amélioration. Revenant sur l'accident de voiture du 5 avril 2025, il a indiqué que cet événement avait provoqué tout au plus une contusion simple de l'épaule gauche et a fixé le statu quo sine à trois mois au plus tard après l'accident, période au-delà de laquelle la symptomatologie qui perdurait était en relation de causalité exclusive avec l'état antérieur de l'épaule gauche. Dans son rapport subséquent du 1er décembre 2025, ce spécialiste a évoqué la mise en place d'une prothèse d'épaule inversée, que proposait un confrère. Il a relevé qu'une telle intervention pourrait amener "une certaine indolence" à l'épaule, avec toutefois une mobilité restreinte.

Le 17 décembre 2025, le recourant a déposé un avis médical émanant du chirurgien orthopédiste qui le suit depuis mars 2023 (cf. consid. A.6), daté du 9 décembre 2025, dans lequel une nouvelle intervention (arthroplastie totale inversée de l'épaule gauche) était évoquée.

C. Il sera revenu, ci-après et en tant que besoin, sur les autres éléments du dossier.

<u>En droit</u> :

1. Interjeté dans les formes et délai légaux par une personne disposant manifestement de la qualité pour recourir, le recours est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur la rente d'invalidité découlant de l'accident du 5 septembre 2020 et de la rechute annoncée le 16 décembre 2022. En revanche, l'événement du 5 avril 2025 et ses suites échappent à l'objet de la présente contestation, dès lors qu'il n'a pas été annoncé officiellement à l'intimée et que celle-ci ne s'est pas prononcée à ce sujet dans sa décision sur opposition du 11 juillet 2025.

3.

3.1 Dans un premier grief, le recourant critique l'appréciation du médecin d'arrondissement sur lequel l'intimée s'est fondée. Il relève que dans son rapport du 12 décembre [recte: 14 novembre] 2024, ce médecin a reconnu une pleine incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Or, à sa plus grande surprise, l'intimée aurait indiqué, dans sa décision sur opposition, que le médecin consulté s'était trompé et qu'il s'agissait en réalité d'une pleine capacité de travail dans l'activité en question. Exposant avoir renoncé à solliciter des prestations de l'assurance-chômage en se fiant à l'évaluation du 14 novembre 2024, le recourant soutient avoir été lésé. Il prétend en outre que son épaule n'a pas retrouvé sa mobilité, ce qui l'empêcherait d'exercer quelque activité lucrative que ce soit. Au vu de l'ensemble de ses restrictions fonctionnelles, on ne pourrait pas retenir qu'il dispose

d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il oppose à l'appréciation du médecin d'arrondissement l'avis de son généraliste traitant et celui du spécialiste en chirurgie orthopédique, en particulier le rapport du 26 août 2025 de ce dernier.

3.2

3.2.1 C'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 125 V 256 consid. 4). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut pas trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c).

3.2.2 Il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH, que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. Le fait, tiré de l'expérience de la vie, qu'en raison du lien de confiance (inhérent au mandat thérapeutique) qui l'unit à son patient, le médecin traitant est généralement enclin à prendre parti pour celui-ci (ATF 135 V 465 consid. 4.5; 125 V 351 consid. 3a/cc) ne libère pas le juge de son devoir d'apprécier correctement les preuves, ce qui suppose de prendre également en considération les rapports versés par l'assuré à la procédure. Le juge doit alors examiner si ceux-ci mettent en doute, même de façon minime, la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis motivé d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes quant à la fiabilité et à la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. Il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6; TF 8C_ 757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7).

3.3 En l'espèce, le recourant ne peut rien tirer en sa faveur de l'erreur de plume commise par le médecin d'arrondissement dans son rapport du 14 novembre 2024. Cette coquille flagrante a été très vite corrigée par ce médecin et le recourant ne conteste pas que selon celui-ci, il dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'éventuel dommage qu'aurait subi le recourant en renonçant à requérir des prestations de l'assurance-chômage est exorbitant et étranger à l'objet de la présente procédure, qui ne concerne que le droit à une rente d'invalidité découlant de l'accident du 5 septembre 2020 et de la rechute annoncée le 16 décembre 2022.

Au terme de sa nouvelle appréciation complète et détaillée du 14 novembre 2024, le médecin d'arrondissement a estimé que les limitations fonctionnelles du recourant étaient sensiblement identiques à celles observées en 2022 avant la rechute. Il a considéré que celui-ci était en mesure d'exercer à temps plein une activité respectant ces limitations. Son analyse, motivée, est convaincante. Elle est partagée par les médecins de la D._____, qui ont décrit dans leur rapport du 24 mai 2024 des restrictions fonctionnelles comparables à celles retenues par le médecin d'arrondissement de l'intimée et ont évoqué un pronostic de réinsertion théoriquement favorable (abstraction faite des facteurs personnels et contextuels pouvant interférer avec le processus de réorientation) dans une activité adaptée. Quoi qu'en dise le recourant, aucun autre avis médical au dossier ne fait douter de la pertinence et de la fiabilité de l'appréciation du médecin d'arrondissement. Dans ses différents avis médicaux, le généraliste traitant ne s'est en effet pas déterminé sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son certificat du 29 avril 2025, il s'est limité à faire état d'une incapacité de travail totale dans l'activité de ferrailleur. Dans son bref avis du 28 octobre 2025, il a évoqué l'inaptitude du recourant à exercer son "activité professionnelle", sans autre précision. Le spécialiste traitant en chirurgie orthopédique ne s'est pas davantage prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, que ce soit dans son rapport du 26 août 2025 ou dans un autre avis médical. Dans son rapport du 14 août 2023, il a certes indiqué qu'une activité adaptée était difficilement réalisable, mais pour des motifs extra-médicaux, à savoir une formation limitée et une recherche de travail peu réaliste. L'ultime spécialiste en chirurgie orthopédique traitant consulté n'a pas non plus émis de critique à l'encontre de l'appréciation du médecin d'arrondissement concernant la capacité résiduelle de travail du recourant.

En l'absence de tout avis médical critiquant et remettant sérieusement en question l'évaluation du médecin d'arrondissement, il n'y a pas lieu de s'écarter de son appréciation convaincante.

4.

4.1 Le recourant soutient qu'au vu de son âge, il est inconcevable qu'il puisse retrouver un emploi dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il ajoute n'avoir aucune formation professionnelle autre que celle de maçon et parler imparfaitement le français. Il précise n'avoir jamais travaillé dans une activité industrielle, même légère, et n'avoir aucune chance d'être engagé pour être contrôleur de qualité ou pour travailler dans la surveillance, la télésurveillance, l'horlogerie ou encore la mécanique.

4.2

4.2.1 L'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4.2.2 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2; 139 V 592 consid. 2.3; 135 V 297 consid. 5.2). Aux fins de déterminer le revenu d'invalide, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25% au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 129 V 472 consid. 4.2.3; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3; 126 V 75 consid. 5b/bb; TF 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.1.2).

4.2.3 Dans le domaine de l'assurance-accidents, l'art. 28 al. 4 OLAA commande de prendre en considération, pour évaluer le degré d'invalidité d'un assuré qui n'a pas repris d'activité lucrative après l'accident en raison de son âge, ou dont la diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen dont la santé aurait subi une atteinte de même gravité. L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans, tandis que l'âge avancé est d'environ 60 ans ; il ne s'agit toutefois que d'un ordre de grandeur et non d'une limite absolue. La comparaison des revenus d'un assuré d'âge moyen comprend aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu d'invalide (ATF 148 V 419 consid. 7.2; 122 V 418 consid. 1b; TF 8C_384/2025 du 7 janvier 2026 consid. 3.1).

4.2.4 L'art. 28 al. 4 OLAA vise deux situations. Premièrement, elle s'applique si l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I). Les conditions de cette variante sont remplies lorsque l'assuré dispose, au terme du traitement médical, d'une capacité de travail résiduelle au moins partielle, mais ne la met plus en valeur à cause de son âge. C'est notamment le cas si l'assuré atteint

l'âge légal de la retraite pendant la période entre l'accident et la fin du traitement médical. La deuxième situation est celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). Cette variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé présentant des atteintes à la santé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS. L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne touchera alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes personnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre. Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse (TF 8C_196/2022 du 20 octobre 2022 consid. 6.2.1 et 6.2.2 et les références).

Lorsque l'on est en présence d'un cas d'application de l'art. 28 al. 4 OLAA, un abattement à cause de l'âge avancé d'un assuré ne peut pas être envisagé (TF 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 8).

4.3

4.3.1 En l'occurrence, le recourant peut prétendre à une éventuelle rente d'invalidité à compter du 1er janvier 2025, l'intimée ayant mis un terme à ses prestations provisoires au 31 décembre 2024. À ce moment-là, il était âgé d'environ 63 ans et deux mois. Il se trouvait donc à moins de deux ans de l'âge légal de la retraite, ce qui constitue déjà en soi un obstacle à son employabilité. Par ailleurs, les séquelles de l'accident du 5 septembre 2020 limitent drastiquement la mise à contribution de son membre supérieur gauche dans une activité professionnelle. Les activités nécessitant le port de charges, de la force ou des mouvements répétés de ce membre, ou une dextérité fine de la main gauche, sont notamment prohibées, de même que celles requérant de manière prolongée la position du membre supérieur gauche au-dessus du plan des épaules ou en porte-à-faux. Ces atteintes, qui limitent potentiellement le recourant dans tout type d'activités (lourdes, moyennes et légères), constituent un frein supplémentaire à un engagement, plus particulièrement dans les secteurs de la production et des services. Il s'ensuit que les conditions d'application de l'art. 28 al. 4 OLAA sont réunies, de sorte qu'il convient de déterminer le revenu d'invalide et le revenu sans invalidité en tenant compte de ce que pourrait réaliser un assuré d'âge moyen. L'âge du recourant ne constitue donc pas en soi un obstacle à la prise en compte d'un revenu d'invalide.

4.3.2 Aux fins d'évaluer le revenu d'invalide, l'intimée s'est fondée à juste titre sur les valeurs statistiques de l'ESS, secteur privé, tableau TA1_tirage_skill_level, total, niveau de compétence 1, hommes. Dans sa décision du 10 mars 2025, elle avait appliqué une déduction de 10% sur le revenu statistique pour prendre en considération les limitations fonctionnelles du recourant. Dans sa décision sur opposition du 11 juillet 2025, elle a ramené l'abattement à 5%, sans toutefois exposer de manière convaincante pour quelle raison une déduction de 10% n'était plus justifiée. Au vu des restrictions fonctionnelles du recourant, lesquelles, comme on l'a vu, restreignent considérablement l'usage de son membre supérieur gauche (cf. consid. 4.3.1 supra), il n'y a aucune raison de s'écarter de l'abattement de 10% retenu initialement par l'intimée. En revanche, aucun autre facteur ne justifie une déduction supplémentaire. L'âge ne peut pas être pris en compte (cf. consid. 4.2.4 in fine supra). En outre, l'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalide est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1, comme c'est le cas en l'espèce (TF 8C_497/2024 du 8 avril 2025 consid. 5.4). Il n'en va pas différemment des prétendues difficultés du recourant en français.

L'intimée s'est basée sur l'édition 2022 de l'ESS (avec indexation jusqu'en 2025), dès lors qu'au moment de sa décision sur opposition, l'édition 2024 n'avait pas encore été publiée. L'ESS 2022 mentionne un revenu mensuel de CHF 5'305.-, soit un revenu annuel de CHF 63'660.-. En tenant compte d'un temps de travail de 41,7 heures par mois, le salaire annuel grimpe à CHF 66'365.55. Après indexation (indice suisse des valeurs par secteur, T1.93, indice des salaires nominaux, total hommes: 1.7 pour 2023, 1.2 pour 2024 et 1.5 pour 2025), on obtient un montant de CHF 69'327.95, dont on doit encore déduire 10% au titre de l'abattement (voir consid. 4.3.1 et 4.3.2).

Le revenu d'invalide s'élève ainsi à CHF 62'395.15.

4.3.3 Le revenu sans invalidité de CHF 69'043.-, non contesté par le recourant et fixé sur la base de la CCT du gros œuvre, peut être confirmé. Après comparaison avec le revenu d'invalide de CHF 62'395.15 (ESS 2022), il en résulte un taux d'invalidité de 9.63 %, qui doit être arrondi à 10%.

5.

5.1 Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis, la décision sur opposition du 11 juillet 2025 devant être réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 10% dès le 1er janvier 2025. Le recours est rejeté pour le surplus.

5.2 La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA). La requête d'assistance judiciaire est ainsi sans objet en tant qu'elle porte sur la prise en charge des frais judiciaires.

5.3 En raison de son gain de cause partiel, que la Cour de céans estime à 1/3 en application des art. 61 let. g LPGA et des art. 224 ss du Code de procédure

administrative (RSJU 175.1), le recourant a droit à des dépens réduits, à charge de l'intimée.

5.4 Assisté d'un avocat qui n'a pas produit de note de frais, le montant des dépens sera fixé *ex aequo et bono*, au vu du dossier, conformément à l'art. 5 al. 1 de l'Ordonnance du 19 avril 2005 fixant le tarif des honoraires d'avocat (RSJU 188.61). La cause n'étant pas particulièrement complexe et les écritures du recourant étant brèves, le nombre d'heures consacrées à l'affaire sera fixé à six. L'indemnité de dépens due par l'intimée se monte ainsi à CHF 637.80 (honoraires : CHF 270.- [2 heures à CHF 270.-] + débours : CHF 50.- + TVA à 8.1 % : CHF 47.80).

5.5 Au vu de la situation personnelle du recourant qui est au bénéfice de l'aide sociale, de la complexité de l'affaire et du fait que l'on ne saurait considérer, *prima facie*, que le recours était dépourvu de chance de succès, les conditions à l'octroi de l'assistance judiciaires sont réunies (cf. art. 29 al. 3 Cst. et art. 18 Cpa). La requête d'assistance judiciaire doit ainsi être admise et Me Theurillat est désigné comme avocat d'office. Eu égard à la rétribution des défenseurs d'office, les honoraires pour la part pour laquelle le recourant succombe (2/3) sont taxés à CHF 832.35 (honoraires : CHF 540.- [4 heures à CHF 180.-] + débours : CHF 50.- + TVA à 8.1% : CHF 62.35]), montant que Me Theurillat pourra réclamer à l'Etat au titre du mandat d'office. Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers l'Etat et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 232 al. 4 Cpa ; 123 CPC).

PAR CES MOTIFS, LA COUR DES ASSURANCES ARRÊTE :

1. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me Hubert Theurillat est désigné en qualité de mandataire d'office du recourant.

2. Le recours est partiellement admis. La décision sur opposition de l'intimée du 11 juillet 2025 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 10% dès le 1er janvier 2025. Le recours est rejeté pour le surplus.

3. La procédure est gratuite.

4. L'intimée est condamnée à verser au recourant une indemnité de dépens de CHF 637.80.

5. Les honoraires que Me Theurillat peut réclamer à l'État en sa qualité de mandataire d'office sont taxés à CHF 832.35.

6. Les droits de l'État et du mandataire d'office sont réservés en cas de retour à meilleure fortune du recourant.

7. Les parties sont informées des voie et délai de recours selon avis ci-après.

8. Le présent arrêt est notifié :
   - au recourant, par son mandataire ;
   - à l'intimée ;
   - à l'Office fédéral de la santé publique, Case postale, 3003 Berne.

Porrentruy, le 27 août 2026

AU NOM DE LA COUR DES ASSURANCES

La présidente :	**La greffière e.o. :**
Anne-Françoise Boillat	Océane Migliore

Communication concernant les moyens de recours :

Il vous est loisible de déposer un ***recours en matière de droit public*** *auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement, conformément aux dispositions de la LTF, en particulier aux art. 42, 82 ss et 90 ss LTF, dans un délai de* ***30 jours*** *à partir de la date où ce jugement vous a été notifié (art. 100 LTF). Ce délai ne peut pas être prolongé (art. 47 al. 1 LTF).*

Le mémoire de recours sera adressé au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne.

Le mémoire doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. Il doit exposer succinctement en quoi l'acte attaqué viole le droit (art. 42 al. 2 LTF).

Le recours ne peut critiquer les constatations de fait que si les faits ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95, et si la correction du vice est susceptible d'influer sur le sort de la cause (art. 97 al. 1 LTF). Si la décision qui fait l'objet d'un recours concerne l'octroi ou le refus de prestations en espèces de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire, le recours peut porter sur toute constatation incomplète ou erronée des faits (art. 97 al. 2 LTF).

Les décisions préjudicielles ou incidentes sont susceptibles de recours aux conditions des art. 92 et 93 LTF.

Les pièces invoquées comme moyens de preuve doivent être jointes au mémoire. Il en va de même du jugement attaqué (art. 42 al. 3 LTF).

Les mémoires doivent être remis au plus tard le dernier jour du délai, soit au Tribunal fédéral, soit, à l'attention de ce dernier, à la Poste ***Suisse*** *ou à une représentation diplomatique ou consulaire* ***suisse*** *(art. 48 al. 1 LTF).*