

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 août 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Gutmann et Dagostino, assesseurs
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Guy Lonchamp, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], marié et père de quatre enfants, sans formation, travaillait à plein temps depuis le 21 mars 2005 pour le compte de [...] en qualité de découpeur. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 avril 2014, lors de travaux de démolition d'une centrale à béton, l'assuré a glissé en voulant quitter une plateforme pour monter dans une nacelle et a chuté d'une hauteur de 6,7 mètres (cf. déclaration de sinistre du 23 avril 2014 et entretien téléphonique du 25 avril 2014).

Selon un rapport du 23 avril 2014 du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier K._____ (ci-après : le Centre hospitalier K._____), dans lequel il a séjourné du 15 au 25 avril 2014, l'assuré a souffert d'une fracture diaphysaire ouverte de l'humérus gauche traitée par enclouage le 15 avril 2014, ainsi que d'une fracture plurifragmentaire de la rotule droite traitée par cerclage le 15 avril 2014 également.

Par courrier du 28 avril 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait le cas en charge dès le 18 avril 2014.

Le 17 février 2015, l'assuré a été examiné par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, qui a constaté, dans son rapport du même jour, que l'épaule gauche était tout à fait souple, mais que la mobilisation était douloureuse et les signes de conflit douteux. Il a précisé que tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient fonctionnels.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse [AMO] de la rotule droite a eu lieu le 17 avril 2015 au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K._____.

L'assuré a séjourné du 29 avril au 2 juin 2015 à la Clinique C._____ (Clinique C._____). Dans leur rapport du 12 juin 2015, les Drs A._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en médecine du sport, et H._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs résiduelles du genou droit, ainsi que les diagnostics supplémentaires de traumatisme sur chute, avec fracture médio-diaphysaire de l'humérus gauche et « fracture séparation » de la rotule droite, d'ostéosynthèse par clou T2 de l'humérus gauche (15 avril 2014), d'ostéosynthèse par cerclage et haubanage de la rotule droite (15 avril 2014) et AMO de la rotule droite (17 avril 2015). Ils ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : position accroupi, à genoux, port de lourdes charges, monter et descendre les escaliers, ainsi que les échelles et la marche dans les terrains irréguliers. Ils ont indiqué que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, mais que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable.

Par courrier du 24 juin 2015, la CNA a informé l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 30 % dans une activité adaptée de type magasinier, dès le 17 août 2015, et qu'elle verserait dès lors l'indemnité journalière en conséquence.

Après avoir tenté de reprendre partiellement une activité professionnelle dans un poste adapté le 17 août 2015, l'assuré a ressenti des douleurs qui l'ont amené à se rendre à la consultation du Centre hospitalier K._____ le 24 août 2015. L'intéressé s'est vu remettre un certificat d'incapacité totale de travail du 17 août au 18 septembre 2015 et un arthro-CT du genou droit a été effectué le 27 août 2015, qui a mis en évidence une chondropathie focale de grade III du versant latéral de la patella, sans signe indirect d'atteinte méniscale ou ligamentaire.

Le 27 octobre 2015, le Dr W._____ a procédé à l'examen final de l'assuré et a constaté, dans son rapport du même jour, que la ceinture scapulaire de l'épaule gauche était équilibrée, sans amyotrophie, et que l'épaule était tout à fait souple avec une mobilisation toutefois

douloureuse, sans qu'on sache exactement ce qui faisait mal chez un patient dolent et expressif. Le Dr W._____ a également relevé que le Jobe était tenu, que la force en rotation externe était conservée, que le sous-scapulaire était fonctionnel, que la mobilité active était complète et que le tonus et la force musculaire étaient conservés à tous les niveaux, en dépit de lâchage antalgiques incessants. L'assuré ne décrivait pas de troubles de la sensibilité au membre supérieur gauche.

Le même jour, l'assuré a été vu par le Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K._____ qui a posé le diagnostic de gonalgies antérieures invalidantes à droite et proposé de compléter le bilan par une IRM [imagerie par résonance magnétique] du genou à la recherche d'un foyer de tendinite rotulienne ou d'un foyer de fibrose en regard du corps de Hoffa.

Le 29 janvier 2016, le Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K._____ a fait savoir au médecin d'arrondissement de la CNA qu'il n'y avait pas de sanction chirurgicale et que le patient serait désormais suivi en antalgie.

Le 9 mars 2016, l'assuré a à nouveau été examiné par le Dr W._____ qui a indiqué, dans son rapport du même jour, qu'au moment de clore le cas, il s'apercevait qu'aucune investigation spécifique n'avait été faite pour l'épaule gauche, y compris lors du séjour à la Clinique C._____, probablement parce que l'assuré s'en plaignait finalement assez peu spontanément. Il a dès lors demandé au Prof. D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de service du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K._____, d'examiner l'assuré.

Dans son rapport du 25 avril 2016, le Prof. D._____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques post-traumatiques de l'épaule gauche, status post enclouage de l'humérus gauche en avril 2014 et status post réduction ouverte et ostéosynthèse de la rotule droite et a préconisé la mise en œuvre d'un arthro-CT de l'épaule gauche à la recherche de

lésions intra-articulaires. Le rapport y relatif du 2 juin 2016 mentionnait une intégrité des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs, ainsi que du biceps, l'absence de lésion labrale ou cartilagineuse, l'absence de corps étranger intra-articulaire visible, une bonne congruence gléno-humérale, une ostéosynthèse par clou sans particularité, ni signe de descellement ou de fracture du matériel, une articulation acromio-claviculaire sans particularité et une trophicité musculaire conservée. Le rapport concluait que l'arthro-CT était dans les limites de la norme.

L'assuré a été convoqué le 1^{er} septembre 2016 par le Dr W._____ pour un examen final. Dans son rapport du même jour, le médecin d'arrondissement de la CNA a notamment noté que l'examen clinique restait dominé par une autolimitation, tandis que le comportement douloureux était quand même un peu en retrait. Ce médecin a estimé qu'il ne faisait aucun doute que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : les positions sollicitant fortement les genoux, les charges lourdes, la station debout prolongée, les longs trajets, surtout en terrain accidenté, et les mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules. Il a estimé que l'atteinte à l'intégrité se montait à 15 %.

Le 5 septembre 2016, la CNA a fait savoir à l'assuré que la situation était médicalement stabilisée et qu'il serait mis fin au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2016.

Par décision du 4 novembre 2016, la CNA a reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité de 16 %, à compter du 1^{er} novembre 2016, en se fondant, pour déterminer le revenu avec invalidité, sur cinq descriptions de postes de travail (DPT) totalisant un revenu annuel de 61'677 fr., qu'elle a comparé avec le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé, qu'elle a chiffré à 73'860 francs. Elle a également octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

Par opposition du 14 novembre 2016, complétée le 28 mars 2017 par son mandataire, l'assuré a contesté cette décision.

A la suite de la production de nouvelles pièces médicales, l'assuré a été reconvoqué pour un examen par le médecin d'arrondissement, le 29 juin 2017. Dans son rapport du 11 juillet 2017, le Dr W._____ a constaté que l'épaule gauche, qui ne présentait pas d'amyotrophie significative, était tout à fait souple, douloureuse à la mobilisation, mais de manière atypique, sans signes clairs du conflit ou d'atteinte de l'articulation acromio-claviculaire. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient parfaitement fonctionnels avec, tout au plus, de légères douleurs inconstantes lors de la mise sous tension du sus-épineux. Le Dr W._____ a précisé que la mobilité active était complète et beaucoup plus spontanée que précédemment. Il a estimé que la situation était bien stabilisée au 1^{er} novembre 2016 et que l'assuré pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée.

Le 13 octobre 2017, la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis janvier 2017, a adressé un rapport à la CNA, dans lequel elle a indiqué suivre l'assuré en raison d'un trouble de l'adaptation (« autre trouble lié à des traumatismes ou des facteurs de stress, spécifié », code 309.89 ou F43.8), suite à un accident de travail, et relevé une certaine amélioration par traitement de Trittico 150 mg le soir.

La CNA a alors estimé qu'il convenait que l'assuré soit examiné par un psychiatre, ce qui a été fait le 29 novembre 2017 par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-conseil auprès de la CNA. Ce médecin a relevé, dans son rapport du 21 décembre 2017, une diminution de rendement de l'ordre de 10 à 20 % avec une capacité de travail entière du point de vue horaire et sans nécessité d'une activité adaptée du point de vue psychiatrique.

Le 23 février 2018, la CNA a annulé sa décision du 4 novembre 2016, et reconnu à l'assuré le droit à une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 29 % à compter du 1^{er} novembre 2016. Elle a estimé que l'assuré était en mesure d'exercer une activité légère dans différents

secteurs de l'industrie, à la condition d'éviter les positions sollicitant fortement les genoux, le port de charges de plus de 10 kg, la station assise prolongée, la station debout prolongée, ainsi que les longs trajets et les mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules. Compte tenu d'une baisse de rendement de 15 %, en lien avec les troubles psychiques, l'assuré pouvait réaliser un revenu avec invalidité de 52'136 francs. Comparé au gain de 73'860 fr. qui aurait été réalisé sans l'accident, il en résultait une perte de 29 %.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse [AMO] de l'épaule gauche a eu lieu le 14 mars 2018.

Le 28 mars 2018, l'assuré, par son conseil, a contesté la nouvelle décision de la CNA, en faisant en substance valoir que son état n'était pas stabilisé.

Par décision sur opposition du 5 avril 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré s'agissant du droit à la rente d'invalidité et l'a admise concernant l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, celle-ci avait été fixée avant l'AMO du 14 mars 2018, dont il fallait à présent tenir compte, tout comme des troubles psychiques.

Dans un courrier du 15 mai 2018 au conseil de l'assuré, la CNA lui a fait savoir qu'elle considérait que l'opération du 14 mars 2018 relevait de sa responsabilité et devait être considérée comme une rechute de l'accident de 2014.

Par arrêt du 11 novembre 2019 (AA 86/18 - 148/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 5 avril 2018, qu'elle a confirmée. Elle a retenu, à son considérant 4, que l'appréciation du Dr W._____, selon laquelle la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, n'était pas sérieusement contredite et que c'était à l'avantage de l'assuré que la CNA avait estimé que la situation était médicalement stabilisée seulement à la suite de l'examen du 1^{er}

septembre 2016, dans la mesure où, sur la base des pièces au dossier, il n'aurait pas été inapproprié de retenir une stabilisation déjà à compter du mois d'août 2015. Elle a précisé que la seule ablation du matériel d'ostéosynthèse intervenue en mars 2018 n'était pas de nature à remettre en cause la stabilisation retenue par l'intimée et qu'elle n'avait pas péjoré la situation de l'assuré. Elle a relevé que la CNA avait admis de traiter l'opération du 14 mars 2018 au niveau de l'épaule gauche comme une rechute de l'événement accidentel d'avril 2014. Il n'était pas non plus contesté que l'assuré présentait une arthrose fémoro-patellaire post-traumatique au niveau du genou droit, dont il avait été tenu compte dans les limitations fonctionnelles retenues. La Cour des assurances sociales a également écarté le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe [SDRC], dès lors que le Dr W._____, dont l'analyse faite en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, avait observé qu'il n'y avait pas de SDRC qui aurait échappé à tous les intervenants thérapeutiques, en relevant en particulier que l'assuré ne mentionnait que des douleurs, alors que des douleurs disproportionnées par rapport à l'atteinte organique n'étaient pas suffisantes pour retenir un SDRC. Au plan psychiatrique, la CNA avait tenu compte de la baisse de rendement de 15 % relevée par le Dr T._____ dans son rapport du 21 décembre 2017. En définitive, l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (positions sollicitant fortement les genoux, charges lourdes, station debout prolongée, longs trajets, surtout en terrain accidenté, mouvements répétitifs au-dessus de la ligne des épaules), avec une baisse de rendement de 15 %.

Cet arrêt n'a pas été contesté et est entré en force.

B. La CNA a initié, en 2020, une procédure de révision du droit à la rente.

Par rapport du 25 février 2020, la Dre P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et cheffe de clinique au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier

K._____, a posé les diagnostics d'omalgie gauche, de status post ostéosynthèse d'une fracture transverse de l'humérus gauche jonction tiers proximal/tiers moyen et AMO le 14 mars 2018, de dyskinésie scapulo-thoracique dynamique et de bursite sous-acromiale. Elle a indiqué avoir vu en consultation l'assuré qui présentait une réapparition des douleurs au niveau de son épaule gauche depuis le mois de décembre, tout en précisant que les douleurs s'étaient atténuées depuis les dernières semaines. Elle a expliqué qu'une arthro-IRM avait été réalisée qui permettait d'exclure une lésion dans la coiffe des rotateurs et mettait en évidence une bursite sous-acromio-deltoïdienne, une absence de lésion au niveau du biceps, sous réserve d'artéfact lié à l'ancienne ostéosynthèse et une absence d'arthropathie inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire. En conclusion, elle a conseillé de la physiothérapie afin de renforcer la musculature parascapulaire, sans proposer d'infiltration, l'évolution des douleurs étant diminuée par rapport aux derniers mois. Elle a ajouté que l'antalgie per-os pouvait éventuellement être majorée.

Le 13 mars 2020, la CNA a reçu un rapport du 22 janvier 2020 relatif à une arthro-IRM de l'épaule gauche, concluant à un aspect encore préservé des tendons de la coiffe des rotateurs et du labrum et à la présence d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne.

Par rapport du 3 juin 2020, le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K._____, a indiqué que l'assuré avait développé une arthrose post-traumatique au niveau de l'articulation patello-fémorale et que le traitement de choix serait une prothèse patello-fémorale à laquelle l'assuré souhaitait encore réfléchir.

Le 8 septembre 2020, l'assuré a été examiné par le Dr T._____, médecin-psychiatre de la CNA, qui a, dans son rapport du 17 septembre 2020, conclu que l'assuré avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % pour les séquelles psychiques de l'accident,

ce qui donnait un taux global d'atteinte à l'intégrité de 40 %, en tenant compte des 15 % déjà retenus par le Dr W. _____ le 1^{er} septembre 2016.

Le 6 octobre 2020, l'assuré a complété un questionnaire envoyé par la CNA dans le cadre de la révision des rentes et indiqué qu'il n'exerçait aucune activité lucrative.

Par courrier du 26 octobre 2020, la CNA a informé l'assuré que son droit à la rente n'allait pas être modifié.

Par rapport du 2 décembre 2020, le Dr E. _____ a conclu que l'imagerie montrait des changements dégénératifs importants correspondant à une chondropathie de grade 3 à 4, sans que l'on ne puisse encore parler d'une arthrose avancée. Il a estimé qu'il y avait encore des possibilités d'amélioration avec le traitement conservateur et proposé des séances de physiothérapie.

Par décision du 29 décembre 2020, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % compte tenu des conclusions de l'examen du Dr T. _____ du 8 septembre 2020.

C. Le 29 septembre 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle devait examiner ses conditions de travail et de gain dans le cadre de la révision des rentes. Elle lui a demandé de compléter un questionnaire que l'intéressé a rempli le 3 octobre 2023, indiquant qu'il avait repris le travail à 100 % auprès de son ancien employeur le 1^{er} juillet 2022 dans une activité adaptée et une mobilité réduite. A ce questionnaire étaient joints des bulletins de salaire de septembre 2022 à septembre 2023.

Par décision du 26 octobre 2023, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait supprimer sa rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2023, dès lors qu'il travaillait depuis le 1^{er} juillet 2022 et qu'il ne subissait plus aucune perte économique. Elle lui a également demandé la restitution d'un montant de 15'796 fr. 20 versé à tort du 1^{er} janvier au 31 octobre 2023.

Le 27 novembre 2023, l'assuré, sous la plume de son nouveau mandataire, Me Guy Longchamp, s'est opposé à cette décision en expliquant que la reprise d'une activité professionnelle ne s'était pas bien déroulée, ayant même renforcé significativement les douleurs qu'il éprouvait déjà avant, et que son taux d'activité allait encore être réduit et, partant, son salaire. S'agissant de la restitution, il a relevé que la CNA était au courant de son nouvel emploi et qu'il n'avait jamais tenté de dissimuler quoi que ce soit.

Le 18 mars 2024, l'assuré, par son mandataire, a complété son opposition à la décision du 26 octobre 2023 et indiqué que ses douleurs s'étaient aggravées à la suite de la reprise de son activité professionnelle en 2022, ce qui avait conduit à une décompensation à la fin de l'année 2023. Il a contesté la demande de restitution du montant de 15'796 fr. 50, dès lors que la CNA était au courant de la réalisation d'un nouveau revenu et demandé une remise de cette obligation de restituer au vu de sa bonne foi et de ses moyens extrêmement limités. A l'appui de son courrier, l'assuré a transmis les rapports suivants :

- un rapport du 18 janvier 2024 du Dr E. _____ mentionnant des gênes à l'épaule gauche, ainsi qu'un certificat du 8 mars 2024 de ce médecin attestant une totale incapacité de travail du 4 mars 2023 [recte : 2024] au 24 avril 2024 ;

- un rapport du 15 février 2024 du Dr M. _____, médecin assistant au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K. _____, posant les diagnostics de « S/p [status post] RFOS [Réduction ouverte et ostéosynthèse] clou T2 pour fracture diaphyse humérus, S/p AMO + suture in situ SSp, Syndrome douloureux chronique de l'épaule, Séquelle de capsulite modérée, Dyskinésie ST I » et expliquant que l'examen du jour parlait en faveur d'une atteinte principalement antérieure de la coiffe avec les douleurs reproduites par l'assuré principalement au test du sous-scapulaire et du long chef du biceps, tout en précisant qu'une infiltration gléno-humérale était prévue le 19 février

2024. Sous la rubrique « examens complémentaires » était mentionné « IRM : coiffe des rotateurs continus ».

Par décision sur opposition du 24 avril 2024, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la suppression de la rente d'invalidité au 1^{er} janvier 2023. Elle a également confirmé la demande de restitution d'un montant de 15'796 fr. 50, dans la mesure où l'assuré avait perçu une rente du 1^{er} janvier 2023 jusqu'au 31 octobre 2023 de manière indue. Elle a précisé que la bonne foi et la situation financière difficile de l'assuré n'avaient pas à être examinées à ce stade, dès lors qu'il s'agissait des critères de la remise de l'obligation de restituer qui seraient appréciés dans un second temps. Cette décision sur opposition n'a pas fait l'objet d'un recours et est entrée en force.

D. En parallèle à la procédure de révision, l'employeur de l'assuré a, par déclaration de sinistre du 22 novembre 2023, annoncé à la CNA une rechute de l'événement du 15 avril 2014, en indiquant que « Monsieur Q. _____ est diminué physiquement » et en mentionnant des douleurs au genou droit et à l'épaule gauche.

Selon un rapport de consultation du Centre hospitalier K. _____ du 8 décembre 2023, l'état de l'épaule gauche de l'assuré était en pénétration depuis plus de deux mois, sans traumatisme et sans modifications des activités, son travail étant déjà aménagé (pas de mobilité au-dessus de 90° et port de charges de 10 kg maximum). Selon un certificat du même jour, l'intéressé était en incapacité de travail à 50 % du 8 au 31 décembre 2023.

Par rapport du 19 décembre 2023, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de douleurs persistantes de l'épaule gauche et du genou droit. Il a attesté une incapacité de travail à 50 % du 20 novembre au 15 décembre 2023 et précisé qu'au vu de la complexité du cas, l'assuré avait été adressé au Service d'orthopédie du Centre hospitalier K. _____ qui l'avait suivi après son accident en 2014. Ce rapport mentionnait en outre une arthro-IRM du

4 décembre 2023, qui concluait à un status post-refixation de la coiffe des rotateurs (supra-épineux) et mentionnait l'existence d'un doute sur une fissuration focale millimétrique traversant l'épaisseur du tendon supra-épineux, non visible lors de l'examen précédent.

Par courriel du 8 janvier 2024, l'employeur de l'assuré a transmis à la CNA un certificat du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K. _____ du 22 décembre 2023 attestant une incapacité de travail de l'assuré à 50 % du 1^{er} janvier au 4 février 2024, prolongée du 5 février au 5 mars 2024 par certificat du 2 février 2024.

Dans une brève appréciation du 30 janvier 2024, la Dre R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que les troubles invoqués par l'assuré dès le 30 octobre 2023 étaient imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 15 avril 2014. Il n'y avait en revanche pas d'aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement concernant l'épaule gauche, pour laquelle aucune nouvelle anomalie n'avait été objectivée lors de l'arthro-IRM, contrairement au genou droit, pour lequel l'arthrose fémoro-patellaire s'était progressivement aggravée.

Par courrier du 21 février 2024, puis décision du 28 mars 2024, la CNA a informé l'assuré que, s'agissant de ses troubles à l'épaule gauche, aucune aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement n'était survenue depuis la fin du dernier traitement et qu'aucune prestation ne lui était dès lors due.

Par courrier du 7 mai 2024, l'assuré, toujours représenté par Me Guy Longchamp, a formé opposition à cette décision.

Il ressort d'un protocole opératoire du Dr E. _____ du 13 mai 2024 que l'assuré a subi une arthroplastie fémoro-patellaire du genou droit le 24 avril 2024.

Par courrier du 25 juin 2024, l'assuré a été licencié par son employeur pour le 30 septembre 2024.

Le 22 août 2024, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, en indiquant quant au genre de l'atteinte « rechute épaule gauche et genoux droit » depuis le 15 avril 2014.

Le 29 août 2024, l'assuré a demandé à la CNA de confirmer qu'elle prenait en charge les troubles en lien avec son genou droit, qui n'étaient pas mentionnés dans la décision du 28 mars 2024.

Par complément d'opposition du 9 septembre 2024, l'assuré, par son mandataire, a expliqué qu'il ne faisait aucun doute que son atteinte à l'épaule gauche découlait de l'accident du 15 avril 2014. Il a produit les rapports suivants des Drs V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et G._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier K._____ :

- un rapport du 29 avril 2024, dont on extrait ce qui suit [sic] :

« Nous recevons en consultation de médecine physique et pathologie de l'appareil locomoteur votre patient susnommé le 15.04.2024.

Motif de recours

Omalgie gauche.

Diagnostic principal

Polytraumatisme en 2014 avec :

- Fracture de la diaphyse humérale gauche
 - Traitée par réduction fermée et ostéosynthèse par clou centromédullaire
 - Suture de la coiffe des rotateurs réalisée après l'insertion du clou centromédullaire
 - Persistantes, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée en 2018
 - Trouble postural avec enroulement antérieur des épaules
 - Dyskinésie scapulo-thoracique séquellaire
 - Tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs

- Fractures multi-fragmentaires de la rotule droite
 - Ostéosynthèse le 15.04.2014
 - AMOS en 2015

Diagnostics secondaires :

- Maladie thrombo-embolique veineuse avec embolie pulmonaire gauche le 23.03.2018
- Thrombose veineuse sous-clavière gauche le 04.06.2018
- Chirurgie hémorroïdaire fin décembre 2017 (...)

Examens complémentaires :

Arthro-IRM épaule gauche 04.12.2024 [recte : 2023] : tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs et bursite sous-acromio-deltoïdienne. (...)

Anamnèse

M. Q. _____, âgé de [...] ans, présente une omalgie gauche évoluant sur un mode chronique. Celle-ci a débuté en 2014, suite à un polytraumatisme avec une fracture de la diaphyse humérale, traitée par réduction fermée et ostéosynthèse par clou centromédullaire.

Le patient a conservé des douleurs locales au niveau de l'épaule et un retrait du matériel d'ostéosynthèse a été réalisé en 2018, ce qui a amené une légère amélioration de la symptomatologie douloureuse. Il a dès lors repris une activité professionnelle comme démolisseur en juin 2021 et a connu progressivement une majoration des douleurs au niveau de l'épaule gauche, surtout à partir du mois de décembre 2023, où il a contacté le Dr [...] qui travaille pour le service de chirurgie orthopédique.

Un nouveau bilan d'imageries par arthro-IRM a été réalisé démontrant une tendinopathie de coiffe des rotateurs non rompue et d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Une première infiltration au niveau de cette bourse le 22.12.2023, qui a permis une amélioration des douleurs pendant une quinzaine de jours.

La douleur restant importante et un schéma de capsulite rétractile étant en train de s'installer, une infiltration gléno-humérale a été réalisée ce 02.02.2024, sous contrôle radiologique. Le patient décrit une amélioration du fond douloureux et des mobilisations. Il est également conscient que l'arrêt du travail lui a permis une régression des contraintes mécaniques sur l'épaule et une diminution des douleurs. Toutefois, il décrit des sensations de picotements au niveau de la face antérieure, supérieure et latérale de l'épaule, qui évoluent aussi de manière favorable. (...)

Status

On observe une petite diminution du galbe musculaire au niveau du deltoïde gauche.

Les amplitudes actives et passives au niveau de l'épaule gauche sont complètes.

On observe une petite dyskinésie scapulo-thoracique lors des manœuvres d'élévation antérieures, ce qui s'apparente à une insuffisance de son grand dentelier.

Discrète bascule de la scapula avec décollement de la face spinale.

Le testing de la coiffe des rotateurs est douloureux à la rotation externe à partir de 60°.

Les testings de Hopkins, Jobe et dans une moindre mesure, Yocum sont positifs.

Les testings du sous-scapulaire sont moins douloureux par le patient, mais insuffisants en force.

Les manœuvres de pompage contre résistance sont mieux contrôlées et ne provoquent pas de douleurs au patient.

Absence de déficit neurologique sensitivo-moteur formellement établi.

Réflexes ostéo-tendineux des membres supérieurs bien évoqués.

Mobilisation cervicale satisfaisante.

Discrète contracture trapéziqque gauche.

Suites de prise en charge

M. Q._____, âgé de [...] ans, présente une omalgie gauche dans un contexte de tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, trouble postural avec enroulement antérieurs des épaules et dyskinésie scapulo-thoraciques.

Vu l'amélioration de la symptomatologie douloureuse suite à l'infiltration gléno-humérale, un traitement conservateur de physiothérapie a été encouragé pour conserver la force et les amplitudes articulaires. Celle-ci devrait être associée à des exercices en auto-rééducation réguliers.

Toutefois, une intervention pour mise en place de prothèse fémoro-patellaire est programmée le 24.04.2024. La rééducation de ses membres inférieurs passe dès lors à l'avant-plan dans un premier temps. »

- un rapport du 28 juin 2024, dont il ressort ce qui suit [sic] :

« Cher Maître Longchamp,

Je prends acte de votre courrier du 21 mai dernier relatif à monsieur Q._____.

Nous avons rencontré ce patient [à une] unique reprise [à] notre consultation de médecine physique et réadaptation du Centre hospitalier K._____ en date du 15.04.24.

Les troubles scapulaires invoqués par Monsieur Q._____ le 30/10/2023 sont-ils imputables au degré de vraisemblance prépondérante de l'événement du 15/04/2014 ?

En premier lieu, je tiens à rappeler que je ne dispose pas de formation en expertise médicale.

Il est également important de noter que je ne dispose pas de bilan clinique ou d'imagerie antérieure à l'événement du 15.04.2014. Cette évaluation se base donc uniquement sur la consultation de médecine physique et réadaptation du 15.04.2024.

Sur base des déclarations du patient il aurait présenté une omalgie gauche persistante depuis son traumatisme en 2014.

Malgré la sanction chirurgicale, les douleurs ont persisté de manière significative, amenant au retrait du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée en 2018. Suite à ce geste, le patient décrit une amélioration partielle de la symptomatologie douloureuse jusqu'à sa reprise professionnelle en 2021.

Les douleurs mécaniques se sont progressivement réinstallées depuis et le patient a consulté le service de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier K. _____ (Dr [...]) en décembre 2023.

Sur la base du dernier bilan d'imagerie par arthro-IRM, deux infiltrations ont été réalisées :

- 22.12.23 : bourse sous-acromiodeltoïdienne
- 02.02.24 : infiltration gléno-humérale sous contrôle radiologique

Notons par ailleurs les **examens complémentaires** suivants :

04.12.23 : Arthro-IRM

Articulation acromio-claviculaire : pas de lésion notable.

Bourse sous acromiodeltoïdienne : passage du contraste dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne.

Tendons :

Supra-épineux : status post-refixation du tendon avec matériel prothétique en place provoquant de nombreux artéfacts. Pas de signe de rerupture. L'aspect hétérogène et légèrement épaissi de la partie distale de ce tendon, existant déjà sur l'examen précédent.

Petite fissuration verticale, millimétrique, située sur toute l'épaisseur du tiers antérieur du tendon supra-épineux, non visualisée sur l'examen précédent.

Infra-épineux : pas de lésion visible. Petite infiltration sur les versants antérieur et inférieur de l'infra-épineux venant de l'espace intra-articulaire.

Sub-scapulaire : légèrement épaissi mais sans interruption de ses fibres. Petit rond : pas de lésion visible. Long chef du biceps : bien positionné dans sa loge, sans rupture.

Articulation gléno-humérale :

Pas de lésion du complexe labro-bicipital. Pas de lésion cartilagineuse gléno-humérale. Pas de déchirure du labrum. Les ligaments gléno-huméraux sont fins et continus. Aspect continu également du ligament coraco-claviculaire et coraco-acromial.

Trophicité musculaire préservée.

Os : remaniements post-refixation de la coiffe et présence de matériel prothétique.

A l'examen clinique, je retrouve :

Dyskinésie scapulo thoracique gauche associée à une diminution du galbe musculaire au niveau du deltoïde.

L'évaluation de la coiffe des rotateurs provoque une douleur lors des tests pour le surpaépineux.

Les amplitudes articulaires activo-passive sont conservées pour l'élévation antérieure et l'abduction.

Absence de déficit neurologique sensitivomoteur, réflexes ostéotendineux bien évoqués.

Mobilisation cervicale dans la limite de la normale.

Conclusions :

Les omalgies gauches chroniques s'inscrivent dans un contexte de tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, trouble postural avec enroulements antérieurs des épaules et dyskinésies scapulo-thoraciques.

Bien que la preuve de l'absence de tendinopathie antérieurement à l'événement du 15.04.24 ne puisse être apportée, il est vraisemblable que le tableau douloureux chronique présent découle des conséquences de l'accident.

Dans l'affirmative une aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement est-elle survenue depuis la stabilisation du cas ?

En l'absence d'examen comparatif nous ne pouvons nous prononcer quant à une péjoration de la condition de monsieur Q._____ sur la base du seul examen du 04.12.23. Objectivement le patient souffre d'un trouble douloureux chronique impactant son autonomie fonctionnelle.

Un traitement pluridisciplinaire de rééducation a été proposé pour lutter contre la dyskinésie scapulo-thoracique, le manque de contrôle moteur et les douleurs liées aux lésions de la coiffe de rotateurs gauches. »

Dans son appréciation du 16 octobre 2024, la Dre R._____ a retenu ce qui suit :

« Appréciation

Il s'agit d'un assuré, âgé actuellement de [...] ans, qui le 15.04.2014 fait une chute sur un chantier d'une hauteur de 6,7 mètres avec :

1) Fracture ouverte Gustilo II de la diaphyse moyenne de l'humérus gauche ostéosynthésée par enclouage centro-médullaire. Une AMO complète a été réalisée. Les douleurs ont persisté et l'IRM du 22.01.20 a permis d'exclure une lésion des tendons de la coiffe des rotateurs. En 2016, selon le médecin d'assurance, l'assuré devait reprendre avec des limitations de mouvements au-dessus du niveau des épaules.

2) Fracture comminutive fortement déplacée de la rotule droite ostéosynthésée par cerclage haubanage en 2014 ; douleurs résiduelles après AMO du cerclage et développement d'une arthrose fémoro-patellaire progressive. Après plusieurs infiltrations et injections de PRP, plus de traitement depuis décembre 2020 et proposition de réorientation professionnelle. En raison de la persistance des douleurs, l'assuré est opéré pour une prothèse fémoro-rotulienne (je n'ai pas trouvé la date).

L'assuré a repris le travail à 100 % le 01.07.2022 dans le recyclage avec poste aménagé après plusieurs années de chômage. La rente

qui lui a été octroyée depuis le 1^{er} novembre 2016 a été supprimée depuis le 01.01.2023.

Il y a une déclaration de rechute le 20.11.2023 pour des gonalgies droites et une omalgie gauche avec arrêt de travail à 50 % dès le 20.11.2023.

Monsieur Q. _____ a effectivement consulté en décembre 2023 pour une péjoration des douleurs de l'épaule gauche depuis deux mois sans trauma et sans modification des activités alors qu'il a déjà un travail avec un poste très aménagé limitant les mobilités en-dessus de 90° et le port de charges à moins de 10 kg.

Il est fait mention, par le médecin de la consultation du 30.10.2023 au Centre hospitalier K. _____, que l'arthro-IRM dévoile une bourse sous-acromio-deltoïdienne (SAD) qui sera infiltrée le 22.12.2023 ainsi que l'articulation gléno-humérale le 02.02.2024 sans que l'on sache pourquoi pour cette dernière.

Une telle bursite est une inflammation de la bourse sous-acromio-deltoïdienne située sous l'acromion et typiquement enflammée lorsqu'il existe un pincement de celle-ci entre la tête humérale et l'acromion, le plus souvent en raison d'un espace sous acromial étroit constitutionnel ou acquis ou en raison d'une variante anatomique de l'acromion ou de la glène (cf CAS plus bas).

Le diagnostic retenu par le médecin en octobre 2023 est une tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, un trouble postural avec enroulement antérieur des épaules et dyskinésie scapulo-thoracique provoquant des omalgies chroniques.

Il est donc bien retenu une tendinopathie qui est une maladie dégénérative avec le plus souvent des fissures intra-tendineuses et non des ruptures transverses type traumatique. Il s'agit de lésions le plus souvent millimétriques mais qui peuvent à la longue confluer et provoquer des ruptures par désolidarisation complète des fibres tendineuses raison pour laquelle l'origine traumatique est retrouvée dès qu'un événement traumatique est déclaré.

L'analyse de l'arthro-IRM qui a eu lieu le 04.12.2023, met en évidence une petite fissuration verticale millimétrique, située sur toute l'épaisseur du tiers antérieurs du tendon supra-épineux, absente sur le précédent examen.

Cette anomalie est donc apparue secondairement entre 2020 et 2023 (signe clinique d'atteinte de la coiffe suspecté en 2020) ce qui corrobore un processus incompatible avec une atteinte structurelle traumatique aiguë survenue en 2014 qui aurait été symptomatique et investiguée plus tôt.

En 2023, il apparaît un nouveau diagnostic de dyskinésie scapulo-thoracique de cette épaule dont l'origine n'a pas été investiguée, associée à la diminution du galbe musculaire au niveau du deltoïde.

Le plus probable concernant la dyskinésie scapulo-thoracique est qu'elle provienne d'une compensation musculaire en relation avec les douleurs de tendinopathie et bursite SAD de la coiffe sur conflit

sous-acromial dont l'origine non traumatique n'est pas relevée. Il n'est en effet pas fait mention d'une atteinte neurologique comme origine de la dyskinésie.

La diminution du galbe du deltoïde est probablement due à l'événement en raison de la fracture de la diaphyse humérale moyenne qui avait nécessité un clou centro-médullaire, introduit dans l'os par le trochiter huméral et verrouillé avec des vis proximales sur l'humérus. Néanmoins ce manque de galbe n'explique pas les douleurs, tout au plus une diminution de la force en abduction qui ne figure pas dans les rapports.

Le rapport du Dr V. _____, confirme le diagnostic de tendinopathie et dyskinésie scapulo-thoracique et donne pour vraisemblable l'origine traumatique de la tendinopathie, au motif qu'il n'y a pas de preuve de la présence de cette tendinopathie avant l'accident. Soit un raisonnement de type post hoc, ergo propter hoc qui ne saurait suffire à établir un lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante. De plus, le Dr V. _____ précise en introduction qu'il n'a pas de formation en expertise. Pour ces raisons et parce que sa décision se base uniquement sur un examen de 2024, ses arguments ne sont pas pertinents et sa réponse n'a pas de valeur probante concernant la causalité accidentelle de la tendinopathie.

Concernant l'examen du Dr M. _____ du 02.02.2024, celui-ci précise qu'il s'agit d'une atteinte principalement antérieure de la coiffe avec des douleurs reproductibles par le patient, principalement aux tests du « sous-scapulaire » (recte sus-épineux) et du long chef du biceps et qu'une infiltration gléno-humérale est prévue le 19.02.2024. A aucun moment il ne parle de tendinopathie mais non plus de rupture tendineuse traumatique. Il précise qu'à l'arthro-IRM la coiffe des rotateurs est continue.

La rechute annoncée en 2023 n'est donc pas reconnue en causalité naturelle avec vraisemblance prépondérante.

Réponse aux questions

1. *Quels sont les atteintes de l'assuré à son membre supérieur gauche ?*

Il s'agit d'une atteinte partielle de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) avec une bursite SAD et cliniquement une dyskinésie scapulo-thoracique, toutes trois non décrites jusqu'en 2023, alors que l'assuré déclare une rechute en 2023.

Il existe également une diminution du galbe du deltoïde.

2. *Lesquelles de ces dernières présentent un lien de causalité, à tout le moins partiel, avec l'accident du 15 avril 2014 ?*

Aucune de ces atteintes n'est en lien de causalité naturelle pour le moins vraisemblable avec l'événement du 15 avril 2014, sauf la diminution du galbe du deltoïde, laquelle peut être expliquée par l'abord chirurgical avec deux vis de verrouillage du clou, mais qui n'a pas de répercussion clinique mise en évidence au niveau de la force.

3. *L'incapacité de travail de l'assuré (50% depuis le 20.11.2023 et 100% depuis le 4.3.2024) est-elle en lien avec les troubles retenus au chiffre 2 ?*

Non.

Cliniquement les amplitudes articulaires de l'épaule sont conservées et seule est présente une dyskinésie scapulo-thoracique qui n'était pas décrite jusque-là.

Le fait qu'il existe une bursite sous-acromio-deltoïdienne (SAD) ainsi que l'atteinte de sus-épineux apparues à l'arthro-IRM de 2023 nous indiquent un phénomène d'impingement sous-acromial apparu en 2023.

La bursite a été infiltrée mais sans succès (ce qui est courant), tout comme l'articulation gléno-humérale (G-H) probablement pour diminuer l'inflammation de la coiffe, avec amélioration sur les symptômes douloureux. Les douleurs sont a priori dues à ces deux structures.

La fracture transverse fortement déplacée (ouverte par choc direct en 2014) de l'humérus était située au tiers central du bras donc à distance de l'épaule ne pouvant expliquer une atteinte traumatique directe ou indirecte de l'épaule lors de l'événement qui aurait d'ailleurs contre-indiqué une ostéosynthèse par clou introduit à ce niveau.

Le clou centro-médullaire a été en effet introduit par l'articulation G-H supérieure et a permis une réduction anatomique de la fracture de l'humérus selon les Rx du 23.06.14. Le fait que le clou a été verrouillé proximement et distalement à la fracture a empêché tout vice de rotation.

Ainsi la fracture a parfaitement consolidé anatomiquement sur les Rx du 1.05.2015. Cette ostéosynthèse ne peut donc expliquer une atteinte de l'articulation G-H (non diagnostiquée à l'arthro-IRM de 2020 ou 2023) ni une atteinte du sus-épineux apparue à l'arthro-IRM 9 ans plus tard ni un impingement sous-acromial avec bursite SAD.

Pour corroborer anatomiquement le diagnostic d'impingement sous-acromial, les Rx standards de l'épaule réalisées le 19.04.2016 nous permettent de mesurer l'angle critique (critical angle shoulder = CAS) qui est de 39.23 degrés c'est-à-dire au-dessus ce qui est considéré comme normal, avec au-delà de 35 degrés un risque de présenter une rupture non traumatique de la coiffe. Le CAS mesure l'inclinaison de la glène et la saillie de l'acromion. Il est décrit depuis plus de 20 ans et de nombreuses études y compris récentes confirment le risque accru de rupture de la coiffe s'il dépasse 35 degrés. Cet angle ne peut avoir été modifié par la chirurgie.

L'ablation du clou de l'humérus et des vis proximales au niveau de la tête humérale a été réalisée il y a quelques années (entre 2018 et 2020- pas de rapport opératoire au dossier) mais ne peut

être la cause des douleurs décompensées fin 2023. Par ailleurs une bursite sous-acromio-deltoïdienne avait déjà été diagnostiquée à l'arthro-IRM du 22.01.2020 alors qu'il y avait un aspect préservé de la coiffe des rotateurs et du labrum mais déjà des signes cliniques de tendinopathie de la coiffe.

Le dernier argument contre une atteinte post traumatique est qu'une lésion aigüe qui serait survenue lors de l'accident ou lors de l'ostéosynthèse aurait continué à évoluer plus ou moins rapidement en rupture transfixiante, plus ou moins complète et aurait provoqué une diminution de volume et de trophicité des muscles de la coiffe (en tout cas du sus-épineux) qui aurait été visible sur l'IRM, ce qui n'est pas le cas ni en 2020 ni en 2023.

Nous n'avons aucun argument permettant d'accepter la rechute concernant l'épaule G mais plutôt un faisceau d'arguments pour une atteinte de la bourse SAD et de la coiffe par impingement avec des variantes anatomiques de l'acromion et de la glène représentées par la mesure pathologique du CAS, facteur favorisant les ruptures non traumatiques de la coiffe. »

Par courriel du 3 décembre 2024, la CNA a reçu un rapport relatif à une IRM du genou droit du 30 janvier 2024, concluant à un amincissement plus marqué du cartilage rotulien, surtout au niveau de la facette externe, par rapport à l'examen de 2019, sans mise à nu de l'os, ni œdème osseux de la rotule.

Dans une note au dossier de la CNA du 30 décembre 2024, on pouvait lire « mise en place d'une prothèse patello-fémorale sera à notre charge (cf MA du 29.6.20) ».

Par décision sur opposition du 15 janvier 2025, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré en renvoyant aux conclusions de l'appréciation de la Dre R._____, qui étaient claires, motivées et reposaient sur une prise de connaissance approfondie du dossier et des examens par imagerie. Elle a estimé que les conclusions des Drs V._____ et G._____ n'avaient pas été rendues en toute connaissance du dossier, leur évaluation ne reposant que sur leur consultation, et n'étaient pas suffisamment motivées pour jeter un doute sur le bien-fondé de l'appréciation du médecin d'arrondissement.

Le 21 janvier 2025, la CNA a réceptionné un rapport du même jour du Dr E._____ relatif à un contrôle post opératoire qui concluait à

une situation radiologiquement dans les normes, avec, cliniquement, la présence d'une amyotrophie.

E. Par acte du 17 février 2025, Q._____, toujours représenté par Me Longchamp, a recouru contre la décision sur opposition du 15 janvier 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de lui verser des prestations d'assurance pour la rechute annoncée à compter du 20 novembre 2023, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. Le recourant fait en substance valoir que ses douleurs se sont aggravées à la suite de sa reprise de travail en 2022, pour conduire à une décompensation à la fin de l'année 2023, étant actuellement en incapacité de travail à 100 %. Il se prévaut de l'avis du Dr M._____ du 15 février 2024, qui a confirmé que son atteinte était directement en lien avec l'accident du 15 avril 2014 ; il avait du reste été opéré le 24 avril 2024. Il se réfère en outre au rapport des Drs V._____ et G._____ du 28 juin 2024, pour lesquels il ne fait aucun doute que l'atteinte à l'épaule gauche découle de l'accident dont il a été victime en 2014, ces médecins étant d'avis que les omalgies gauches chroniques s'inscrivent dans un contexte de tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, trouble postural avec enrroulements antérieurs des épaules et dyskinésies scapulo-thoraciques. Ils estiment que, bien que la preuve de l'absence de tendinopathie antérieurement à l'événement du 15 avril 2024 ne puisse être apportée, il est vraisemblable que le tableau douloureux chronique actuel découle des conséquences de l'accident. Selon le recourant, les Drs V._____ et G._____ ont, dans leur rapport du 29 avril 2024, constaté qu'il souffrait d'une diminution du galbe musculaire au niveau du deltoïde gauche, d'une discrète bascule de la scapula avec décollement de la face spinale et discrète contracture trapéziqque gauche, en particulier. A ses yeux, il s'agit bien d'une aggravation objectivable liée à l'accident du 15 avril 2014 nécessitant des traitements. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale, pluridisciplinaire si nécessaire, ainsi

que la production de son dossier. Il a également demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par courrier du 25 février 2025, la CNA a relevé que la partie recourante n'alléguait aucun élément nouveau, de sorte qu'elle a renoncé à déposer formellement une réponse et renvoyé à sa décision sur opposition du 15 janvier 2025. Elle a produit le dossier de l'assuré, ce dont ce dernier a été informé le 27 février 2025.

La juge instructrice a, par décision du 10 mars 2025, accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 février 2025, désigné Me Guy Lonchamp en qualité de mandataire d'office et astreint l'intéressé à payer une franchise mensuelle de 50 francs.

Par déterminations du 16 mai 2025, le recourant a transmis des informations médicales complémentaires en expliquant présenter des omalgies gauches chroniques liées à une lésion partielle de la coiffe des rotateurs et aggravée par une probable dyskinésie scapulaire gauche avec une faiblesse du grand dentelé gauche. Il a précisé que ses omalgies étaient liées à une lésion qui ne pouvait être que la lésion partielle de la coiffe des rotateurs remontant à la fracture ouverte de l'humérus gauche du 15 avril 2014. Il a encore expliqué que ses douleurs actuelles n'avaient pas pour origine une maladie dégénérative, comme le soutenait l'intimée pour mettre fin à ses prestations. A titre subsidiaire, il a requis le renvoi du dossier à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise, dès lors que les rapports des Drs M._____ et V._____ étaient contradictoires avec le rapport du 2 avril 2025 du Prof. F._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et du Dr I._____, respectivement médecin chef et médecin assistant à la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier K._____, produit à l'appui de ses déterminations. Ce rapport, faisant suite à une consultation du 21 mars 2025, a en particulier la teneur suivante :

« Suite de prise en charge

Monsieur Q._____ présente des omalgies gauches chroniques liées à une lésion partielle de la coiffe des rotateurs et aggravés par une

probable dyskinésie scapulaire gauche avec une faiblesse du grand dentelé gauche.

Nous proposons une prise en charge conservatrice ciblée par physiothérapie visée à la stabilisation scapulaire et adressons le patient à M. [...], chiropracteur à [...] pour une prise en charge complémentaire en chiropraxie.

En cas de stagnation clinique, une nouvelle infiltration corticoïde gléno-humérale postérieure pourra être envisagée.

Par ailleurs, nous organisons un ENMG [électroneuromyogramme] afin d'exclure une atteinte chronique du nerf thoracique long (grand dentelé) post-traumatique, même si la suspicion clinique est basse.

Au niveau du genou droit, les douleurs chroniques sont d'évolution lente mais globalement favorable, en lien avec la chirurgie passée. La physiothérapie doit être poursuivie. »

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à la prise en charge par l'intimée de ses troubles à l'épaule gauche depuis le 20 novembre 2023, respectivement sur la question de savoir si les troubles en question sont en lien avec l'accident du 15 avril 2014. Il est pour le surplus constant que la décision sur opposition du 24 avril 2024 de suppression de rente depuis le 1^{er} janvier 2023 et de restitution, qui n'a pas été contestée, est définitive.

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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1).

Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3; 148 V 138 consid. 5.1.1; 142 V 435 consid. 1).

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_315/2023 du 9 janvier 2024 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

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 148

V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 148 V 356 consid. 3). Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve - au degré de la vraisemblance prépondérante - du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023

consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références).

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut 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, il est déterminant 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs

conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. a) En l'occurrence, le recourant a été victime d'un accident le 15 avril 2014 occasionnant une fracture diaphysaire ouverte de l'humérus gauche, ainsi qu'une fracture plurifragmentaire de la rotule droite, traitées respectivement par enclouage et par cerclage le jour même de l'événement (cf. rapports du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier K._____ du 23 avril 2014 et des Drs A._____ et H._____ du 12 juin 2015). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse de la

rotule droite a eu lieu le 17 avril 2015 et celle de l'épaule gauche le 14 mars 2018.

Le recourant a été examiné à plusieurs reprises par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W._____, notamment les 17 février, 27 octobre 2015, 9 mars et 1^{er} septembre 2016, qui a attesté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} novembre 2016. Le 4 novembre 2016, la CNA a reconnu au recourant le droit à une rente d'invalidité de 16 % à compter du 1^{er} novembre 2016. Elle a ensuite annulé cette décision et octroyé, par décision du 23 février 2018, une rente de 29 % tenant compte d'une baisse de rendement de 15 % retenue par son psychiatre-conseil dans son rapport du 21 décembre 2017. Le 28 mars 2018, le recourant a fait opposition à cette décision et la CNA a rendu une décision sur opposition le 5 avril 2018, qui a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par arrêt du 11 novembre 2019 (AA 86/18 - 148/2019).

Le 1^{er} juillet 2022, le recourant a repris une activité professionnelle à plein temps (cf. questionnaire du 3 octobre 2023), entraînant la suppression de sa rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2023, selon décision du 26 octobre 2023. Les 27 novembre 2023 et 18 mars 2024, le recourant s'est opposé à cette décision, qui a été confirmée par décision sur opposition du 24 avril 2024 de l'intimée, que l'intéressé n'a pas contestée et qui est entrée en force.

b) Le 22 novembre 2023, l'employeur de l'assuré a annoncé à l'intimée une rechute de l'événement du 15 avril 2014, le recourant connaissant des douleurs au genou droit et à l'épaule gauche. L'intimée a toutefois refusé de prendre en charge les troubles de l'épaule gauche, par décision du 28 mars 2024, en se basant sur une appréciation de la Dre R._____ du 30 janvier 2024, selon laquelle il n'y avait pas d'aggravation objectivable liés à l'accident et nécessitant un traitement. Le recourant s'est opposé à ce refus, estimant que ses douleurs découlaient directement de l'accident de 2014, en s'appuyant sur les rapports des Drs M._____, V._____ et G._____ des 15 février, 29

avril et 28 juin 2024. Dans sa décision sur opposition du 15 janvier 2025, l'intimée a toutefois retenu, sur la base de l'appréciation de la Dre R. _____ du 16 octobre 2024, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les douleurs de l'épaule gauche et l'événement accidentel de 2014. On précisera ici que l'atteinte au genou droit n'est, à ce stade, pas litigieuse, tout comme l'arthroplastie fémoro-patellaire du 24 avril 2024.

aa) Il est vrai qu'une péjoration de l'épaule du recourant était rapportée dans le rapport de consultation du Centre hospitalier K. _____ du 8 décembre 2023, sans toutefois que ne soit explicitée l'origine de cette péjoration, le rapport se limitant à mentionner l'absence de traumatisme et de modification des activités. Le Dr J. _____ a, dans son rapport du 19 décembre 2023, signalé des douleurs persistantes de l'épaule gauche, sans se prononcer sur l'origine de ces douleurs, tout comme le Dr E. _____ qui n'a fait que mentionner l'existence d'une gêne à l'épaule gauche dans son rapport du 18 janvier 2024. Pour sa part, le Dr M. _____ s'est limité à indiquer l'existence d'une atteinte principalement antérieure de la coiffe des rotateurs, sans en préciser le lien avec l'accident de 2014. Quant à la R. _____, elle a retenu, dans son appréciation du 30 janvier 2024, qu'il n'y avait pas d'aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement.

bb) Dans son appréciation du 16 octobre 2024, la Dre R. _____ a indiqué que les atteintes du recourant à son membre supérieur gauche consistaient en une atteinte partielle de la coiffe des rotateurs (sus-épineux), avec une bursite sous-acromio-deltoïdienne, une dyskinésie scapulo-thoracique et une diminution du galbe du deltoïde. Ces atteintes n'étaient pas en lien de causalité naturelle pour le moins vraisemblable avec l'événement du 15 avril 2014, hormis la diminution du galbe du deltoïde, qui pouvait être expliquée par l'abord chirurgical avec deux vis de verrouillage du clou. A cet égard, elle a expliqué que la diminution du galbe était probablement due à l'événement en raison de la fracture de la diaphyse humérale moyenne qui avait nécessité un clou centro-médullaire, introduit dans l'os par le trochiter huméral et verrouillé avec deux vis proximales sur l'humérus. Elle a toutefois précisé que cette

diminution du galbe n'avait pas de répercussion clinique mise en évidence au niveau de la force et n'expliquait pas les douleurs, tout au plus une diminution de la force en abduction, qui ne figurait pas dans les rapports.

S'agissant de la bursite sous-acromio-deltoïdienne, il faut relever qu'elle a été mise en évidence par le rapport du 25 février 2020 de la Dre P. _____ et par le rapport relatif à une arthro-IRM du 22 janvier 2020. La Dre R. _____ a expliqué qu'une bursite est une inflammation de la bourse sous-acromio-deltoïdienne située sous l'acromion et typiquement enflammée lorsqu'il existe un pincement de celle-ci entre la tête humérale et l'acromion, le plus souvent en raison d'un espace sous acromial étroit constitutionnel ou acquis ou en raison d'une variante anatomique de l'acromion ou de la glène. Elle a également expliqué que l'atteinte du sus-épineux apparue à l'arthro-IRM de décembre 2023 indiquait un phénomène d'impingement sous-acromial apparu en 2023. Elle en a conclu que les douleurs ressenties par le recourant à la fin de l'année 2023 n'étaient pas post traumatiques, mais qu'elles étaient dues à l'atteinte de la bourse sous-acromio-deltoïdienne et de la coiffe par impingement avec des variations anatomiques de l'acromion et de la glène représentée par la mesure pathologique de l'angle critique de l'épaule, facteur favorisant les ruptures non traumatiques de la coiffe. Elle a précisé être arrivée à cette conclusion pour plusieurs motifs. Elle a ainsi expliqué que la fracture traverse fortement déplacée, ouverte par choc direct en 2014, de l'humérus était située au tiers central du bras, soit à distance de l'épaule, et ne pouvait expliquer une atteinte traumatique directe ou indirecte de l'épaule lors de l'événement, atteinte qui aurait d'ailleurs contre-indiqué une ostéosynthèse par clou introduit à ce niveau. En effet, le clou centro-médullaire avait été introduit par l'articulation gléno-humérale supérieure et avait permis une réduction anatomique de la fracture de l'humérus qui avait parfaitement consolidé anatomiquement. Ainsi, cette ostéosynthèse ne pouvait pas expliquer une atteinte de l'articulation gléno-humérale, d'ailleurs non diagnostiquée en 2020 ou 2023, ni une atteinte du sus-épineux apparue neuf ans plus tard, pas plus qu'un impingement sous-acromial avec bursite sous-acromio-deltoïdienne. Ce dernier diagnostic était, selon elle, corroboré par le fait

que l'angle critique de l'épaule, qui ne pouvait pas avoir été modifié par la chirurgie, avait été mesuré à 39.23 degrés, ce qui était considéré comme normal, avec au-delà de 35 degrés un risque de présenter une rupture non traumatique de la coiffe. Elle a encore précisé qu'une bursite sous-acromio-deltoïdienne avait déjà été diagnostiquée à l'arthro-IRM du 22 janvier 2020, alors qu'il y avait un aspect encore préservé de la coiffe des rotateurs et du labrum, tout en montrant déjà des signes cliniques de tendinopathie de la coiffe. Enfin, la Dre R. _____ a exposé qu'une lésion aigüe, qui serait survenue lors de l'accident ou lors de l'ostéosynthèse, aurait continué à évoluer plus ou moins rapidement en rupture transfixiante plus ou moins complète et aurait provoqué une diminution de volume et de trophicité des muscles de la coiffe, en tout cas du sus-épineux, qui aurait été visible sur une IRM, ce qui n'était pas le cas en 2020, ni en 2023.

A l'aune de tout ce qui précède, l'appréciation médicale de la Dre R. _____ doit être qualifiée de claire et dûment motivée, ses conclusions reposant sur une connaissance approfondie du dossier et une étude complète des pièces du dossier comprenant les examens d'IRM et de radiographie. Une pleine valeur probante peut lui être attribuée.

cc) Le recourant conteste les conclusions de la Dre R. _____ en se fondant sur les rapports des Drs V. _____ et G. _____ des 29 avril et 28 juin 2024. S'agissant du premier rapport, les diagnostics qui y sont retenus, à savoir notamment ceux de trouble postural avec enroulement antérieur des épaules, de dyskinésie scapulo-thoracique séquellaire et de tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, ont déjà été examinés par la Dre R. _____ qui a expliqué pourquoi ils n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 15 avril 2024. Dans leur second rapport, les Drs V. _____ et G. _____ ont indiqué qu'il était vraisemblable que le tableau douloureux chronique présent découle des conséquences de l'accident du 15 avril 2014, bien que la preuve de l'absence de tendinopathie antérieure ne puisse être apportée. Il faut toutefois constater que cet avis ne saurait prendre le pas sur celui de la Dre R. _____. En effet, comme l'ont d'ailleurs eux-mêmes rappelé les

Drs V._____ et G._____ dans leur rapport, ils ne disposaient pas de formation en expertise médicale. Ils ont en outre indiqué qu'ils n'avaient pas de bilan clinique, ni d'imageries antérieurs à l'événement du 15 avril 2014 et qu'ils ne pouvaient pas se prononcer sur une péjoration de la condition du recourant sur la seule base de leur examen du 4 décembre 2023 et en l'absence d'examen comparatif. Finalement, comme l'a d'ailleurs relevé la Dre R._____, considérer une origine traumatique au motif qu'il n'y avait pas de preuve de la présence d'une tendinopathie avant l'accident constitue un raisonnement de type *post hoc, ergo propter hoc* qui ne saurait suffire à établir un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante. A cet égard, on notera ici qu'avant l'arthro-IRM du 4 décembre 2023, aucune lésion de la coiffe des rotateurs n'avait été mise en évidence. En effet, le Dr W._____ avait indiqué, dans ses appréciations des 17 février 2015 et 11 juillet 2017, que tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient fonctionnels. L'arthro-IRM du 2 juin 2016 mentionnait une intégrité des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs, tout comme celle du 22 janvier 2020 qui concluait à un aspect encore préservé des tendons de la coiffe des rotateurs, confirmé par la Dre P._____ dans son rapport du 25 février 2020.

S'agissant finalement du rapport du 2 avril 2025 du Prof. F._____ et du Dr I._____, il ne permet pas non plus de mettre en doute les conclusions de l'appréciation de la Dre R._____ du 16 octobre 2024. Outre le fait que les diagnostics posés sont les mêmes que ceux posés par les Drs V._____ et G._____ dans leur rapport du 29 avril 2024, le rapport du 2 avril 2025 mentionne que le recourant présente des omalgies gauches chroniques liées à une lésion partielle de la coiffe des rotateurs et aggravées par une probable dyskinésie scapulaire gauche avec une faiblesse du grand dentelé gauche, sans mentionner une quelconque origine traumatique à cette lésion, en lien avec l'accident du 15 avril 2014.

c) Il découle de ce qui précède que l'intimée était fondée à retenir que les troubles de l'épaule gauche, déclarés lors de l'annonce de rechute du 22 novembre 2023, n'étaient pas en lien de causalité avec

l'événement accidentel du 15 avril 2014 et, ainsi, refuser leur prise en charge par décision sur opposition du 15 janvier 2025.

6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise requise par le recourant. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire et Me Longchamp peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 16 mai 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'511 fr. 90, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 15 janvier 2025 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.

- IV. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil du recourant, est arrêtée à 1'511 fr. 90 (mille cinq cent onze francs et nonante centimes), débours et TVA compris.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaires est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour Q._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

La greffière :