

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
 Mme Durussel et M. Tinguely, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à V***, recourant, représenté par Me Marie-Josée Costa, avocate
à Genève,

et

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

Art. 6 al. 1 et 24 al. 1 LAA ; 11 OLAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, travaillait en qualité de manœuvre sur chantiers pour le compte d'une entreprise de construction de routes et de travaux publics. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre le risque d'accident et de maladie professionnelle dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20).

Par déclaration de sinistre du 1^{er} juin 1995, l'assuré a annoncé s'être blessé à l'épaule droite le 22 mai précédent, dans le contexte d'un accident de travail (chute en portant de la ferraille). Le diagnostic de dislocation antéro-inférieure de l'épaule droite après subluxation traumatique a été posé, avec pour traitement une immobilisation par gilet orthopédique pendant six semaines.

La CNA a garanti le versement des prestations légales d'assurance pour les suites de l'événement du 22 mai 1995.

Se plaignant d'instabilité et d'insécurité de l'épaule droite, l'assuré a bénéficié d'une arthro-IRM le 18 juillet 1995. Le rapport y relatif énonçait des éléments parlant en faveur d'une désinsertion partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur, sans lésion ligamentaire ou tendineuse associée. Le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a prôné la fixation du limbus glénoïdal aux fins d'éviter une luxation récidivante, intervention chirurgicale à laquelle l'assuré n'a pas souhaité se soumettre, préférant une rééducation musculaire.

A la suite de l'accident, l'assuré a subi une incapacité totale de travail. Il a repris son activité à 50 % à compter du 4 septembre 1995, puis à 80 % à compter du 10 octobre suivant. Il a par ailleurs été licencié avec effet au 31 décembre 1995, puis mis au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage.

L'assuré a été examiné le 20 octobre 1995 par le Dr F._____, médecin d'arrondissement de la CNA. De l'avis de ce dernier, la nature des lésions initiales, les constatations au jour de l'examen et le délai de cinq mois écoulé justifiaient une reprise du travail en plein.

Se fondant sur les conclusions du Dr F._____, la CNA a supprimé le droit de l'assuré aux prestations d'assurance par décision du 29 novembre 1995.

B. Le 16 septembre 2003, par le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, A._____ a fait annoncer une rechute de l'accident du 22 mai 1995. Le Dr G._____ a complété le 8 octobre 2003 un rapport à la demande de la CNA et fait état d'une évolution défavorable en raison du diagnostic de séquelles constituées par une capsulite rétractile après subluxations récidivantes. Selon les termes du chirurgien, il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident, hormis le fait que l'assuré avait refusé l'intervention chirurgicale. Une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité de manœuvre était attestée alors que la reprise d'une activité à temps plein, dans un travail ne nécessitant pas d'effort de l'épaule droite, était possible eu égard aux capacités intellectuelles de l'assuré.

Des radiographies de l'épaule effectuées le 7 novembre 2003, complétant l'examen pratiqué par le Dr J._____, médecin d'arrondissement de la CNA, n'ont démontré aucune lésion ostéoarticulaire notable. Le Dr J._____ a souligné, outre les incohérences observées lors de l'examen clinique, le contraste entre la durée alléguée des douleurs et le faible recours à la consultation médicale depuis 1995 d'une part, et la discrédance entre l'intensité des douleurs décrites comme quasi-permanentes et l'absence de signes objectifs d'épargne du membre supérieur d'autre part. Au terme de ses constatations, il a retenu l'absence d'élément organique, la présence de troubles fortement atypiques pouvant difficilement être mis en rapport avec la pathologie traumatique initiale et une problématique dominée par des éléments psychosociaux. Une scintigraphie osseuse triphase a été pratiquée le 14 novembre 2003. A

réception du rapport y relatif, le Dr J._____ a relevé que la scintigraphie démontrait une minime asymétrie de captation des ceintures scapulaires et permettait d'exclure la présence d'une capsulite rétractile évolutive avec un haut degré de certitude. Aux termes de son appréciation du 18 novembre 2003, l'importante disproportion observée entre les plaintes subjectives de l'assuré et les constatations objectives était confirmée, les troubles dont ce dernier se plaignait étaient à mettre en relation avec une problématique non organique, sans rapport avec l'accident, et il n'y avait pas de séquelle notable de l'accident, susceptible de l'empêcher de travailler en plein dans l'activité professionnelle antérieure.

Par décision du 5 décembre 2003, la CNA a refusé la prise en charge des troubles annoncés au mois de septembre, considérant qu'il n'avait pas été apporté la preuve nécessaire d'une corrélation pour le moins probable avec l'accident du 22 mai 1995. Dans sa décision sur opposition du 25 février 2004 au terme de laquelle sa position était confirmée, la CNA a ajouté que tout lien de causalité entre une éventuelle surcharge psychique et l'événement du 22 mai 1995 devait être nié, la causalité naturelle sur la base de l'avis du Dr J._____ et la causalité adéquate au regard des critères développés par la jurisprudence n'étant pas établie. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.

C. Le 19 février 2009, A._____ a annoncé une nouvelle rechute de l'accident du 22 mai 1995.

A la demande de la CNA, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé son rapport le 17 mars 2009, faisant état d'une algo-paresthésie du membre supérieur droit depuis plusieurs années et d'un syndrome du tunnel carpien droit – dont la relation de causalité avec l'accident était peu probable – avec décompression chirurgicale pratiquée le 27 février 2009.

La rechute a été niée par le médecin d'arrondissement de la CNA, lequel soulignait le processus maladif depuis plusieurs années clairement mentionné par le Dr H._____.

Par décision du 23 mars 2009, la CNA a refusé d'intervenir en l'absence de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 22 mai 1995 et les troubles annoncés.

Un rapport du Dr B._____, chef du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), daté du 26 mars 2010, a été remis à la CNA le 4 juin suivant. Il en résultait les diagnostics d'instabilité antérieure gléno-humérale droite et d'arthrose gléno-humérale droite secondaire, avec l'indication d'une stabilisation chirurgicale en cas de gêne et douleurs importantes. Selon ce praticien, cela devrait éviter les récurrences et diminuer l'insécurité, mais ne modifiera pas l'évolution arthrosique.

L'assuré a fait l'objet d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement, le Dr K._____, le 10 novembre 2010. Il résulte de son rapport notamment ce qui suit :

« Diagnostic :

Nous retenons le diagnostic d'instabilité de l'épaule D ainsi que d'arthrose gléno-humérale débutante D.

En ce qui concerne les comorbidités, nous retenons les diagnostics d'obésité, état anxio-dépressif, lésions dégénératives de la colonne cervicale et probablement lombaire (notion anamnestique) ainsi que le diagnostic de status 1 an après cure de hernie de tunnel carpien droit.

Appréciation du cas :

Il s'agit d'un assuré de 45 ans, 30 ans au moment des faits, manœuvre, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, en ce qui concerne l'épaule D, il continue de présenter des douleurs quotidiennes à prédominance nocturne et à caractère insomniant. Il note une importante perte de force et épisodiquement, il n'arrive pas à ouvrir une boîte de conserve. Il est porteur d'un gilet orthopédique pratiquement toutes les nuits. Sur le plan psychique, l'assuré décrit sa situation comme extrêmement grave sur le plan social, qu'il attribue en partie à un état anxio-dépressif traité par Rivotril®. Une consultation psychiatrique est d'ailleurs planifiée prochainement.

Objectivement, nous constatons effectivement la présence d'une instabilité de l'épaule D avec tiroir antéro-postérieur de 5-8 mm et d'un signe d'appréhension [positif]. Le Sulcus sign est par contre [négatif] en raison de l'opposition de l'assuré. L'examen est surtout dominé par des éléments psychosociaux sans rapport avec l'événement de 1995.

Par contre, il y a lieu de reconnaître des limitations fonctionnelles de l'épaule D sous forme d'un port de charge limité à 15 kg bras au corps, 2 kg en abduction, pas de travaux à hauteur d'épaules ou au-dessus, pas d'utilisation d'échelle et pas de mouvement en rotation répétitive de l'épaule D. En tenant compte de ces éléments, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée.

Les lésions constatées ce jour donnent droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée ».

Par décision du 12 novembre 2010, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % ascendant à 9'720 francs. Cette décision a été frappée d'opposition le 10 décembre suivant. L'opposition a été rejetée par décision du 24 mars 2011, demeurée sans recours.

D. Par lettre du 9 juillet 2012, A._____ a demandé à la CNA de procéder à un nouvel examen de son cas, alléguant s'être vu octroyer par l'assurance-invalidité une rente de 50 % à la suite d'une expertise médicale.

La CNA a requis de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une copie du dossier constitué en faveur de l'assuré. Il en résultait notamment un rapport d'expertise psychiatrique orthopédique et rhumatologique, daté du 20 mars 2012, de la Policlinique M._____, dont on extrait ce qui suit :

« Monsieur A._____ présente des omalgies droites chroniques invalidantes, survenues après une subluxation consécutive à une chute, de l'épaule droite, depuis, impossibilité de reprise de toute activité professionnelle. Par la suite, la symptomatologie douloureuse a fait tache d'huile, sans que l'expertisé ne reprenne une activité professionnelle quelconque.

D'un point de vue rhumatologique, compte tenu de la notion de subluxation anamnétique de l'épaule droite (pas de luxation médicalement objectivée), l'activité de manœuvre sur les chantiers n'est, à mon avis, actuellement plus exigible, notamment en raison des risques de chute plus élevés que la moyenne et compte tenu que l'activité de manœuvre nécessite l'utilisation régulière et intensive

des membres supérieurs et que l'on doit considérer qu'il s'agit de travaux de force.

De plus, la spondylarthrose L4-L5 et L5-S1 (prédominante) contre-indique également les travaux physiquement lourds.

Par contre, pour une activité adaptée, à savoir une activité ne sollicitant pas l'épaule droite de manière répétitive ni au-delà d'une abduction et élévation antérieure de 90°, absence d'activité en position statique prolongée (assise ou debout) de plus d'une heure consécutive sans possibilité de varier la position, avec mouvement répétitif en porte-à-faux, conduite d'engins vibrant ou conduite d'un véhicule de manière prolongée (profession de chauffeur-livreur contre-indiquée), la capacité de travail pour les activités légères, est complète ».

Le rapport d'expertise révélait par ailleurs les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'omalgies droites chroniques avec omarthrose et instabilité gléno-humérale anamnestique, de cervico-dorsolombalgies chroniques avec spondylarthrose L5-S1, d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère et de probable syndrome somatoforme douloureux persistant. A l'issue de l'expertise, il était considéré que la pathologie psychiatrique entraînait une diminution de la capacité de travail de 50 % dans une activité légère adaptée aux problèmes rhumatologiques et orthopédiques de l'assuré.

Par déclaration de sinistre LAA signée le 18 septembre 2012 par le centre Orif (Organisation romande d'intégration et de formation), où l'assuré était occupé en qualité d'aide-menuisier, un accident survenu le 14 septembre 2012 a été annoncé à la CNA, ayant engendré une recrudescence des douleurs à l'épaule droite. La CNA a traité cette annonce comme une nouvelle rechute et couvert les frais médicaux.

Le 25 septembre 2012, l'assuré a été vu à la consultation spécialisée de l'épaule, au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV. Il résultait du rapport y relatif les diagnostics d'instabilité antéro-inférieure de l'épaule droite respectivement contusion de l'épaule droite, et l'absence de lésion osseuse démontrée par les radiographies effectuées au jour de l'événement du 14 septembre 2012. Le patient était apte à être réinséré dans le monde du travail et il était suggéré une prise en charge à la Clinique P._____, aux fins de réévaluer ses capacités physiques.

L'assuré a repris son travail à l'Orif à 100 % le 29 octobre 2012.

Le 21 février 2013, se fondant particulièrement sur le rapport d'expertise de la Policlinique M._____, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente, singulièrement d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2012 (début du délai de carence reconnu au 1^{er} octobre 2009).

Après avoir obtenu l'avis de son médecin d'arrondissement, lequel niait la relation de causalité entre l'événement du 14 septembre 2012 tel que décrit par l'assuré (cf. déclaration de sinistre et rapport d'entretien du 9 novembre 2012) et la souffrance de l'épaule droite, la CNA a organisé le séjour de l'assuré à la Clinique P._____, effectué du 16 avril au 7 mai 2013.

Dans le document intitulé « Rapport de la phase initiale / phase 0 » établi à la suite du passage de l'assuré aux ateliers professionnels du 23 avril au 7 mai 2013, il était inscrit qu'un projet de réinsertion professionnelle ou de formation professionnelle s'avérerait illusoire compte tenu de l'incapacité du sujet à se projeter dans la sphère professionnelle et adhérer à un projet d'activité même simple. Sur un plan objectif, si l'ancienne profession de maçon en génie civil apparaissait désormais difficilement envisageable, une capacité de travail à temps complet et à plein rendement était reconnue dans des activités sans travaux au-dessus du plan de l'épaule avec des ports de charges de 10 à 15 kg à hauteur d'établi et des déplacements en terrain plat.

Se référant aux bilans et investigations résultant du séjour de l'assuré, les Drs I._____ et T._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant, ont établi leur rapport le 6 juin 2013. Ils posaient les diagnostics de traumatisme de l'épaule droite le 16 [recte : 14] septembre 2012, d'instabilité gléno-humérale antérieure à droite, d'omarthrose droite, d'arthrose acromio-claviculaire débutante droite, d'antécédent d'une luxation de l'épaule droite en 1995 suivi de plusieurs épisodes de re-luxation, ainsi que les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction

dépressive prolongée, d'intertrigo inguino-scrotal bilatéral, de mycose interdigitale aux deux pieds, d'hypertension artérielle traitée, de lombalgies chroniques et de status post-cure de tunnel carpien à droite il y a deux-trois ans. Au terme de leur rapport, ils ont exposé notamment ce qui suit :

« Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics). Cependant les facteurs contextuels jouent un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et influencent défavorablement le retour au travail. En particulier, les symptômes dépressifs de même que les traits de personnalités rigides du patient ont une influence sur les douleurs et les limitations fonctionnelles. Le processus d'invalidation est déjà bien avancé avec une attente de prestations sociales et asséculo-logiques.

(...)

Il n'y a pas eu d'évolution significative subjective et objective (cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme faible.

Des incohérences ont été relevées : le niveau de performances généralement considéré comme minimal n'est pas atteint au cours des tests effectués (cf. rapport de mini-ECF). Les réponses au questionnaire HFS correspondent à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis.

Les limitations fonctionnelles définitives suivantes sont retenues : positions statiques prolongées, marche prolongée, agenouillements et accroupissements, travail au-dessus de l'horizontal de l'épaule, mouvements répétitifs.

La situation est stabilisée du point de vue médical.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable (■ facteurs médicaux retenus après l'accident et/ou □ facteurs médicaux sans lien avec l'accident et/ou ■ facteurs non-médicaux). Les limitations fonctionnelles peuvent être partiellement expliquées par les lésions constatées qui justifient une incapacité de travail dans un travail lourd cependant les facteurs contextuels (cf. ci-dessus) semblent jouer un rôle majeur sur les limitations fonctionnelles. De plus le patient n'a plus de poste de travail.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable (□ facteurs médicaux retenus après l'accident et/ou □ facteurs médicaux sans lien avec l'accident et/ou ■ facteurs non-médicaux) en raison des facteurs contextuels ci-dessus. Dans toutes les activités imposées, la vitesse d'exécution est en-dessous de la norme. Il varie entre 40 et 50 % ».

Le 19 juin 2013, le Dr BB._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a répondu par l'affirmative aux questions de savoir si le cas était stabilisé et si l'exigibilité retenue lors de l'examen final de 2010 pour les seuls troubles de l'épaule droite était toujours d'actualité. Il a également indiqué que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas modifiée.

Par décision du 18 juillet 2013, la CNA a considéré que les conditions requises pour l'octroi de la rente d'invalidité n'étaient pas réunies à défaut de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident du 22 mai 1995. Particulièrement, la CNA s'est fondée sur les résultats d'une recherche avec description des postes de travail (ci-après : DPT), répertoriant 193 DPT, avec des perspectives de salaire variant de 39'000 fr. à 78'000 fr. pour l'année 2010 (en référence à l'examen final du Dr K._____ du 10 novembre 2010). De la sélection de cinq DPT correspondant aux séquelles accidentelles de l'assuré (contremaître cantonnier, collaborateur de production, cariste, agent professionnel de sécurité et de surveillance, régleur [horlogerie]), il est ressorti un gain potentiel d'invalidé de 60'903 fr. en 2010. Quant au gain présumable sans invalidité, il s'élevait cette même année à 66'137 francs. Il résultait ainsi de la comparaison entre ces deux revenus une perte inférieure au taux de 10 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. La CNA informait par ailleurs l'assuré qu'elle poursuivait la prise en charge des médicaments antalgiques et jusqu'à deux fois neuf séances de physiothérapie par année sur prescription médicale, pour l'épaule droite.

Le 5 août 2013, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, la qualifiant d'incohérente et d'injustifiée. Par son mandataire, il a confirmé l'opposition le 20 mai 2014 et a conclu à ce qu'il soit procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité, lequel ne devait pas être inférieur à 50 %. En substance, il soutenait que les appréciations médicales résultant de son séjour à la Clinique P._____ tendaient à prouver l'aggravation des séquelles accidentelles, objectivaient des limitations fonctionnelles, révélant de ce fait une incapacité de gain notable.

Dans sa décision sur opposition du 31 décembre 2014, la CNA a maintenu sa position, rappelant notamment que selon le Dr BB._____, l'exigibilité posée en novembre 2010 par le Dr K._____ était toujours actuelle et les DPT retenues concrètement, permettant de ménager l'épaule droite, étaient compatibles avec le profil d'exigibilité. Elle rappelait que les problèmes psychologiques et les pathologies cervicales et lombaires étaient sans rapport avec l'événement de 1995, comme l'avait souligné le Dr K._____, et que les facteurs contextuels reconnus par la Clinique P._____ – jouant un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par l'intéressé – ne pouvaient être pris en compte dans l'évaluation du pourcentage de la perte de gain.

Saisie d'un recours le 3 février 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté et a confirmé la décision sur opposition du 31 décembre 2014 de la CNA et ce, par arrêt du 5 février 2016 (cause AA 8/15 – 16/2016), considérant notamment ce qui suit :

« **4. a)** (...).

En définitive, il n'existe pas de rapports médicaux mentionnant une quelconque incapacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à ses limitations, en raison uniquement de ses troubles à l'épaule droite. L'avis du Dr BD._____, produit céans par le recourant, ne lui est par ailleurs d'aucun secours dans la mesure où la symptomatologie lombaire est mise au premier plan. De surcroît, contrairement à ce qu'allègue le recourant, le Dr BD._____ n'atteste pas de péjoration de l'atteinte à l'épaule droite mais rappelle la présence d'une symptomatologie douloureuse, avec antécédents de luxation. Le même constat peut être posé s'agissant des considérations du physiothérapeute, lesquelles sont relatives à différentes atteintes, principalement rachidiennes ; la péjoration décrite a trait essentiellement à la région lombo-pelvienne.

A toutes fins utiles, on soulignera que la survenance d'une aggravation de l'atteinte à l'épaule droite depuis l'accident du 22 mai 1995 a été reconnue, dans la mesure où par sa décision du 12 novembre 2010, la CNA a accordé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette aggravation demeure cependant sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée puisque le Dr K._____, reconnaissant lui-même le droit à l'indemnité au terme de son examen final du 10 novembre 2010, énonce une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée.

En conséquence, il convient de suivre l'avis du Dr BB._____ selon lequel l'exigibilité ne s'était pas modifiée depuis la décision sur opposition du 24 mars 2011 en ce qui concerne les troubles de

l'épaule droite. Une pleine capacité de travail est ainsi exigible du recourant, dans une activité adaptée respectant les limitations énoncées ».

E. Le 17 décembre 2019, A. _____ a annoncé à la CNA qu'il avait, la veille, consulté le Dr BF. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en raison de fortes douleurs.

Dans un rapport du 10 janvier 2020, ce médecin a fait état d'une exacerbation d'omalgies à droite sans notion de nouveau traumatisme, faux mouvement ou facteur favorisant particulier. L'assuré gardait une subluxation intermittente à cette épaule depuis son traumatisme de 1995.

Le 11 septembre 2020, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport du 18 septembre 2020, ce médecin a posé le diagnostic d'omalgies droites avec instabilité de l'épaule depuis la chute du 22 mai 1995 et omarthrose secondaire. Objectivement, l'élévation de l'épaule était à 120° en actif et en passif avec un test de Jobe sensible mais tenu. La rotation interne arrivait seulement à l'aile iliaque droite, le Lift-off était tenu mais sensible. Il y avait une sensibilité acromio-claviculaire. L'abduction était à 90° et la rotation externe à 45°. Au testing, la force était moins importante au membre supérieur droit qu'à gauche. L'arthro-CT de l'épaule droite du 13 juillet 2020 avait mis en évidence une désinsertion haute du tendon sous-scapulaire, un amincissement significatif de la surface cartilagineuse de la tête humérale et la présence de plusieurs géodes au niveau du versant postérieur du rebord glénoïdien. Il y avait une bonne trophicité sans infiltration graisseuse des différents corps musculaires de la coiffe des rotateurs, même si l'omarthrose progressait lentement depuis 2012. Le Dr O. _____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau du membre supérieur droit, tout travail au-dessus de l'horizontale de l'épaule était proscrit, de même que les mouvements répétitifs. La charge pouvait être de 10 kg dans l'axe du corps, mais limitée à 1 kg en élévation. Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail était de 100 %, sans diminution de rendement depuis le 22 mai 1995, tandis

qu'elle était nulle dans l'activité habituelle car celle-ci n'était pas compatible avec les restrictions énoncées. Quant au taux de 10 % de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité tel qu'alloué par décision du 12 novembre 2010, il demeurait inchangé faute d'une évolution suffisamment importante de l'atteinte fonctionnelle.

Par décision du 10 mars 2021, confirmée sur opposition le 19 avril 2021, la CNA a refusé tout droit à une rente d'invalidité au motif que de la comparaison des revenus, il résultait une perte de gain de 3 %.

F. Lors d'un entretien téléphonique du 22 novembre 2022, A._____ a annoncé à la CNA qu'il allait lui transmettre une déclaration de rechute, en précisant qu'un rendez-vous était fixé avec le Dr H._____ le 30 novembre suivant.

A la demande du Dr H._____, des examens radiologiques ont été pratiqués les 2 (radiographies de l'épaule droite) et 8 décembre 2022 (IRM de l'épaule droite). Le premier d'entre eux n'a pas mis en évidence de franche fracture, mais a révélé un remaniement focal supérolatéral de la tête humérale droite d'allure dégénérative. Le second a montré des signes de tendinopathie d'insertion de la coiffe des rotateurs (surtout du sus-épineux et du sous-scapulaire), mais sans franche déchirure. Il a également conclu à la présence d'une bursite sous-acromiale droite, à une discrète arthrose associée à une chondropathie glénohumérale, ainsi qu'à un remaniement dégénératif et possiblement séquellaire de la glène inférieure (petite fissure labrale postérieure avec kyste para labral infracentimétrique en regard). L'IRM a aussi mis en évidence une arthrose acromioclaviculaire droite légèrement inflammatoire.

Dans un rapport du 19 mars 2023, le Dr H._____ a indiqué avoir été consulté par l'assuré une première fois le 30 novembre 2022 à la suite d'un choc contre un mur puis une nouvelle fois, le 30 décembre 2022, en raison de fortes douleurs à l'épaule droite. Les antalgiques prescrits s'étaient révélés peu efficaces.

Ayant accepté de reprendre le suivi médical de l'assuré, le Dr BF. _____ a, le 5 avril 2023, examiné ce dernier à sa demande en raison de l'exacerbation de gonalgies bilatérales consécutives à une chute survenue le 30 novembre 2022. Cliniquement, le genou droit était sec, alors que le gauche présentait une lame d'épanchement intra-articulaire et une discrète hyperthermie. Les ligaments étaient compétents des deux côtés ; le rotulien était légèrement douloureux à gauche, gênant à droite. La palpation du ménisque interne était sensible à gauche, alors que les manœuvres méniscales étaient sans problèmes. Le Dr BF. _____ a effectué une infiltration intra-articulaire dans le genou gauche.

Le 4 mai 2023, le Dr BF. _____ a une nouvelle fois examiné l'assuré en raison d'une exacerbation des omalgies droites, en dépit des médicaments anti-inflammatoires et analgésiques prescrits. Dans son rapport du 11 mai 2023, ce médecin a relevé que l'examen clinique avait été rendu difficile en raison d'une importante retenue (amplitudes passives inférieures aux amplitudes actives), sans évidence pour une pathologie aiguë ; il n'y avait pas non plus d'évidence pour une limitation des amplitudes articulaires de cette épaule, compte tenu notamment d'une rotation externe conservée, parlant contre une capsulite rétractile. Ainsi, si, subjectivement, les douleurs étaient décrites comme plus intenses, objectivement, la situation était stable, en particulier en ce qui concernait les limitations fonctionnelles de l'épaule droite. Pour cette dernière, il convenait d'éviter les activités au-dessus du niveau des épaules, les mouvements répétitifs d'épaule et les ports de charges réguliers au-delà de 5 kg.

Compte tenu de la progression des douleurs, l'assuré a sollicité une nouvelle consultation auprès du Dr BF. _____ le 17 mai 2023, au cours de laquelle ce dernier a procédé à une infiltration intra-articulaire de l'épaule droite. Il a réévalué la situation le 31 mai 2023. Dans son rapport daté du même jour, le médecin prénommé a constaté que l'infiltration pratiquée n'avait apporté qu'un bénéfice très transitoire, laissant les omalgies droites globalement inchangées. De plus, dans la mesure où l'assuré avait essayé de multiples traitements antalgiques et

antidouleurs avec effet antalgique, ainsi que de la physiothérapie sous diverses formes, le Dr BF. _____ n'avait pas de nouveau traitement à lui proposer. Il a également souligné que l'accentuation des douleurs n'était pas accompagnée d'une modification significative des lésions dégénératives constatées sur l'imagerie d'épaule et que l'examen physique était rendu difficile de par la retenue manifestée par l'assuré dans les mouvements de l'épaule droite, ce qui ne permettait pas d'obtenir des amplitudes représentatives de cette épaule, hormis en rotation externe où une amplitude complète avait été observée.

Dans un courriel du 9 novembre 2023 à la CNA, le Dr H. _____ a indiqué avoir été consulté par l'assuré le 4 juillet précédent « pour récurrence de douleurs à son épaule droite ». Le traitement était conservateur par physiothérapie et antalgie.

Le 17 janvier 2024, le Dr BJ. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans son rapport du 21 janvier suivant, ce médecin a posé le diagnostic de douleurs chroniques de l'épaule droite, dans un contexte d'arthrose gléno-humérale, de tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs et d'arthrose acromio-claviculaire paucisymptomatique. Sur la base de l'examen clinique effectué et du bilan d'imagerie, il ne retenait pas d'indication chirurgicale. Aussi a-t-il proposé à l'intéressé une évaluation et un suivi en centre de douleur « afin d'appréhender au mieux sa symptomatologie actuelle ».

Appelé à se prononcer sur la situation médicale, le Dr O. _____ a, le 24 mai 2024, indiqué qu'elle était « probablement » superposable à celle résultant de son propre examen clinique du 11 septembre 2020, dans la mesure où le rapport du Dr BJ. _____ du 21 janvier 2024 ne faisait pas mention de différence significative de l'état de santé survenue dans l'intervalle.

Réinterpellé, le Dr O. _____ a, le 7 juin 2024, estimé qu'une aggravation de l'état de santé pouvait être évitée, grâce à un traitement

antalgique pour l'épaule droite et à deux fois neuf séances de physiothérapie par année.

Par courrier du 13 juin 2024, la CNA a informé l'assuré que, selon l'appréciation de son médecin-conseil, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des mesures thérapeutiques une sensible amélioration de son état de santé. Aussi a-t-elle considéré le cas comme clos. Toutefois, elle a accepté de rembourser les prestations suivantes, à savoir deux consultations médicales annuelles, deux ordonnances de neuf séances de physiothérapie par année et de l'antalgie standard.

Une arthro-CT de l'épaule droite a été effectuée le 5 juillet 2024. Cet examen a conclu à un status stable par rapport au comparatif de 2020, hormis la brèche désormais transfixiante au niveau du sous-scapulaire.

Dans un rapport du 3 septembre 2024 à la CNA, le Dr BL._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a attesté que son patient présentait une aggravation de son état de santé physique, s'agissant plus précisément de son atteinte à l'épaule droite. Il a joint à sa correspondance une copie de l'arthro-CT de cette épaule effectuée le 5 juillet 2024.

Le 6 septembre 2024, le Dr O._____ a indiqué que la situation médicale était bel et bien superposable à celle prévalant en 2020, en dépit des nouveaux documents médicaux transmis. Il a toutefois suggéré que l'assuré soit vu par un orthopédiste.

Par décision du 3 octobre 2024, la CNA a avisé l'assuré que, d'après son médecin d'arrondissement, sa situation médicale était superposable à celle décrite lors de l'examen médical du 11 septembre 2020. A cette occasion, une capacité de travail de 100 % sans diminution de rendement lui avait été reconnue pour les seules suites de l'accident du 22 mai 1995 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites. Dans la mesure où il n'avait pas de traitement susceptible d'améliorer de manière notable son état de santé, la CNA a mis fin au

paiement des soins médicaux au 29 mai 2024 au soir, à l'exception des traitements spécifiés dans son courrier du 13 juin 2024.

Par courrier du 25 octobre 2024, l'assuré s'est opposé à cette décision en contestant la fin du remboursement des soins médicaux, l'évaluation de sa capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenues. Il a annoncé la production d'un rapport médical propre à étayer ses allégations.

Dans un rapport du 28 novembre 2024, le Dr BF. _____ a souligné que, cliniquement, les amplitudes articulaires actives de l'épaule droite étaient ponctuellement de 100° en abduction ou en flexion. Toutefois, l'assuré ne pouvait maintenir ces amplitudes articulaires après quelques répétitions, celles-ci s'abaissant assez rapidement en-dessous de 90°. Aussi son patient adoptait-il de plus en plus une attitude protectrice de son membre supérieur droit en lien avec les douleurs. A cela s'ajoutait que l'arthro-CT de l'épaule droite du 5 juillet 2024 avait montré l'apparition d'une brèche transfixiante du sous-scapulaire. Compte tenu de l'existence d'omalgies droites, de la persistance d'une instabilité et du développement d'une arthrose précoce, l'assuré nécessitait un traitement antalgique, dont des infiltrations intra-articulaires, ainsi que de la physiothérapie au long cours. Ce traitement médical visait à éviter, autant que possible, une dégradation de la situation post-traumatique de l'épaule droite et des capacités physiques de l'intéressé.

Par décision sur opposition du 3 février 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré.

G. **a)** Par acte du 5 mars 2025, A. _____, représenté par Me Marie-Josée Costa, avocate, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision sur opposition du 3 février 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire confiée à un spécialiste neutre et indépendant, principalement, à ce que la CNA poursuive la prise en charge des traitements médicaux au-delà du 29 mai 2024 et à ce qu'il soit

mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la fixation du taux de ces prestations incombant à la CNA et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction sous la forme d'une « expertise médicale confiée à un spécialiste neutre et indépendant » puis nouvelle décision. Pour l'essentiel, l'assuré faisait valoir que la CNA s'était uniquement basée sur l'avis du Dr O._____ du 6 septembre 2024 pour rendre la décision sur opposition litigieuse. Or cet avis n'était pas motivé et n'avait pas été rendu sur la base d'un dossier complet, dès lors que d'autres rapports avaient été produits ultérieurement à septembre 2024. Le Dr O._____ préconisait un examen par un orthopédiste, lequel avait été abandonné par la responsable du dossier sans validation médicale. Or la CNA avait admis l'aggravation et pris en charge la rechute. L'assuré se référait également au rapport du Dr BF._____ du 28 novembre 2024, lequel estimait que son patient avait besoin d'une séance de physiothérapie par semaine afin de maintenir ses capacités fonctionnelles.

b) Par décision du 7 mars 2025, la Juge instructrice a accordé à A._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 mars 2025, l'intéressé étant exonéré du paiement de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Marie-Josée Costa lui a été désigné.

c) Dans sa réponse du 22 mai 2025, la CNA a conclu au rejet du recours. Se référant à l'appréciation médicale du Dr O._____ du 23 avril 2025, elle a retenu qu'aucun élément médical récent ne permettait de retenir une aggravation significative de l'atteinte initiale. Il fallait par ailleurs admettre que la situation médicale était stabilisée, aucune mesure n'étant envisageable pour améliorer notamment la capacité de travail. La CNA était dès lors fondée à mettre un terme au versement de ses prestations au 29 mai 2024. Enfin, devant une situation médicale inchangée, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'entraînait pas en considération.

d) A l'appui de sa réplique du 21 août 2025, l'assuré a produit deux nouveaux rapports médicaux établis respectivement le 23 juin 2025 par le Dr BF._____ et le 18 août 2025 par le Dr BL._____. Le premier

nommé contestait l'appréciation du Dr O._____, en relevant notamment que l'état de son patient s'était aggravé et qu'il n'était pas stabilisé. Selon ce médecin, l'instabilité de l'épaule droite aggravait la situation, ce qui expliquait qu'une capacité de travail de 100 % n'était plus exigible, même dans une activité adaptée, et que seule une capacité de travail de 50 % en raison d'un déconditionnement musculaire se justifiait dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées, dont celle prohibant tout port de charges supérieures à 3 kg. Quant au Dr BL._____, il faisait état, depuis le mois de janvier 2024, d'une aggravation des atteintes ostéo-articulaires à l'épaule droite, rendant l'intéressé définitivement inapte au travail. S'agissant de l'appréciation du Dr O._____ du 23 avril 2025, l'assuré faisait observer que ce médecin ne l'avait pas examiné et qu'il s'était limité à émettre des hypothèses, ce qui ôtait toute fiabilité à son analyse. Au demeurant, celle-ci était mise en doute par les rapports médicaux produits. Partant, l'assuré a déclaré confirmer intégralement les termes et conclusions de son mémoire de recours du 5 mars 2025.

e) Dupliquant le 17 septembre 2025, la CNA a souligné que, contrairement à ce que soutenait l'assuré, il ne s'agissait nullement de procéder à un nouvel examen du droit à une rente d'invalidité, mais uniquement de déterminer si, depuis l'entrée en force de la décision du 19 avril 2021, l'assuré avait présenté une aggravation déterminante de son état de santé. Or, selon les renseignements médicaux au dossier, aucune évolution significative n'était intervenue depuis 2020, date de l'examen médical effectué par le Dr O._____. Qui plus est, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr BF._____ ne différaient que marginalement de celles décrites par le médecin d'arrondissement. Il fallait donc admettre que l'atteinte à l'épaule droite n'avait pas entraîné de modification objective de l'état de santé ni ne justifiait une réduction de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Ainsi, les conditions d'une révision fondée sur une aggravation de l'état de santé n'étaient pas réunies. La CNA a déclaré maintenir ses précédentes conclusions.

f) Le 19 mars 2026, Me Costa a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente cause du 7 février 2025 au 18 mars 2026, ce qui représentait un temps total de 17,85 heures.

En droit :

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). 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. a) Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a estimé, d'une part, que la situation médicale du recourant était stabilisée, respectivement qu'elle était superposable à celle décrite lors de l'examen médical du 11 septembre 2020, si bien qu'elle a mis fin au paiement des soins médicaux au 29 mai 2024 au soir, se référant pour le surplus à son courrier du 13 juin 2024 mentionnant la prise en charge de certains traitements dans le cadre du traitement à long terme et, d'autre part, qu'elle a conclu que l'intéressé pouvait exercer une activité adaptée à 100 %, ce dernier n'ayant en outre pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire.

b) On précisera que le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations

d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

b) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148

V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). 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) aa) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), si l'assuré est invalide (art. 8 LPGa) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

bb) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

cc) Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée – par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_90/2024 du 5 août 2024 consid. 4.4.1) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

dd) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins cinq points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

La révision implique un changement important des circonstances, notamment en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références citées). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

L'art. 17 LPGA ne trouve toutefois application que dans les cas où l'assuré est au bénéfice d'une rente d'invalidité (al. 1) ou d'autres prestations durables (al. 2). En revanche, si un assuré a vu son cas liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, il a néanmoins toujours la possibilité de demander des prestations pour une rechute ou des séquelles tardives d'un accident assuré (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]) en

invoquant la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (TF 8C_458/2022 du 29 mars 2023 consid. 2.2 ; 8C_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1 et les arrêts cités).

e) 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. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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 citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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).

f) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). En vertu de l'art. 21 al. 1 let. b LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci. En outre, selon l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute ou de séquelles tardives d'un accident, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, outre la rente, les prestations pour soins et remboursements de frais (art. 10 à 13); si le gain

de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. En l'espèce, à titre liminaire, il sied de constater que le recourant s'est vu refuser le droit à une rente d'invalidité par décision sur opposition du 19 avril 2021, raison pour laquelle l'art. 17 al. 1 LPGA n'est pas applicable (cf. considérant 3d, dernier paragraphe, *supra*), contrairement à l'avis de l'intimée (duplique du 17 septembre 2025, p. 2). C'est donc à l'aune de l'art. 11 OLAA que les griefs du recourant seront examinés ci-après, conformément à l'annonce de rechute du 22 novembre 2022.

6. Dans un premier moyen, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé.

a) Le compte-rendu de l'arthro-CT de l'épaule droite du 5 juillet 2024 ne montre cependant pas de nouvelles atteintes, si ce n'est des troubles dégénératifs (arthrose acromio-claviculaire et arthrose gléno-humérale). La lésion décrite consiste en « une déchirure transfixiante sur le versant antéro-supérieur du sous-scapulaire ». Or, comme le retient le Dr O._____ en se référant au compte-rendu de cet examen (appréciation du 13 avril 2025), « ce status est stable par rapport au comparatif de 2020, mis à part la brèche qui est maintenant transfixiante au niveau du sous-scapulaire ». En effet, il ressort de l'arthroscanner de l'épaule droite du 13 juillet 2020, sous l'intitulé « description », l'existence d'une désinsertion haute du tendon du sous-scapulaire. De plus, le Dr O._____ constate que l'arthro-CT de l'épaule droite du 5 juillet 2024 ne retrouve pas de lésions visibles sur les versants articulaires des tendons infra-épineux et supra-épineux, pas plus qu'il n'y a de lésion du long chef du biceps, alors que l'arthro-CT de l'épaule droite du 13 juillet 2020 mentionne plusieurs irrégularités intéressant la face articulaire du tendon du supra-épineux intéressant moins de 20 % de l'épaisseur tendineuse.

bb) Le rapport du Dr BF._____ du 28 novembre 2024 permet d'établir que la situation est stabilisée, dès lors qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation des mesures thérapeutiques prescrites une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Ce médecin admet en effet que son patient ne suit qu'un traitement conservateur, à savoir un traitement antalgique, dont des infiltrations intra-articulaires, ainsi que de la physiothérapie au long cours. Ce dernier ne démontre pas que la poursuite d'une physiothérapie à raison d'une séance par semaine entraînerait une amélioration de l'atteinte à l'épaule. Bien plutôt, le Dr BF._____ concède, dans son rapport du 23 juin 2025, que le maintien de séances de physiothérapie a pour objectif d'éviter une aggravation de la situation médicale et non pas une amélioration de celle-ci.

cc) Au vu de ce qui précède, la CNA était fondée à considérer que la situation était stabilisée et à mettre fin à la prise en charge du traitement médical.

b) Il convient de relever que la prise en charge par la CNA de séances de physiothérapie, d'une médication antalgique et de consultations médicales semestrielles, par courrier du 13 juin 2024, s'est faite sur la base de l'art. 21 LAA, nonobstant l'absence d'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Il s'agit en l'occurrence de traitements médicaux supplémentaires permettant au recourant de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain. Ceux-ci ne remettent pas en cause la stabilisation de l'état de santé.

7. Dans un autre grief, le recourant fait valoir que son état de santé s'est aggravé dans une mesure propre à influencer sa capacité de travail. Cet argument ne résiste pas à l'examen.

a) Il convient d'admettre que l'assuré conserve une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au niveau du membre supérieur droit, il s'agit d'éviter tout travail au-dessus de l'horizontale de l'épaule, de même que les mouvements répétitifs ; quant à la charge, elle peut être de 10 kg dans l'axe du corps, mais limitée à 1 kg en élévation. Dans son appréciation du 23 avril 2025, le Dr O._____ a indiqué qu'il n'y avait pas d'élément nouveau depuis les conclusions rendues le 18 septembre 2020, si bien que celles-ci pouvaient être maintenues. Ce médecin a même relevé une amélioration paradoxale depuis 2020, dans la mesure où l'arthro-CT de l'épaule droite du 5 juillet 2024 n'a mis en évidence aucune lésion visible sur les versants articulaires des tendons infra- et supra-épineux, ni sur le long chef du biceps, alors que l'arthro-CT de 2020 faisait état d'irrégularités affectant la face articulaire du tendon du supra-épineux intéressant moins de 20 % de l'épaisseur tendineuse.

b) Le recourant ne saurait rien tirer en sa faveur des rapports produits au stade de la réplique. En effet, le Dr BF._____ (cf. rapport du 23 juin 2025) a confirmé que même si la limitation liée au port de charges est désormais plus restrictive qu'elle ne l'était en 2020, date de l'examen effectué par le Dr O._____, il reste que l'atteinte à l'épaule droite de

l'assuré n'altère pas l'exigibilité médicale retenue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, la position du Dr BF._____ quant à une capacité résiduelle réduite à 50 % en raison d'un déconditionnement musculaire ne s'avère pas convaincante. Quant au Dr BL._____ (cf. rapport du 18 août 2025), il ne fait état d'aucun élément clinique, diagnostique ou radiologique objectif qui justifierait, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente et de conclure à l'existence d'un état de santé péjoré. En effet, il se limite à évoquer l'échec du traitement conservateur, la persistance de douleurs chroniques et l'impossibilité d'effectuer des mouvements fonctionnels satisfaisants, pour conclure à l'absence de toute capacité de travail avec un rendement adéquat.

8. a) Quoi qu'en dise le recourant, on doit convenir que le Dr O._____ a expliqué de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles il a considéré que les symptômes en relation avec l'accident du 22 mai 1995 ayant fait l'objet d'une déclaration de rechute le 22 novembre 2022 ne perduraient pas au-delà du 29 mai 2024. Par ailleurs, ce médecin a établi son appréciation au terme d'une analyse attentive et exhaustive du dossier, en se penchant sur les documents d'imagerie y figurant et en s'appuyant sur les connaissances tirées de son expérience. Le grief tiré de l'absence d'un examen personnel par un médecin de la CNA doit être écarté, dès lors que, selon la jurisprudence, une appréciation médicale établie sur la base d'un dossier a valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'évaluations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d ; TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4) ; or cette condition est remplie par tous les autres rapports médicaux figurant au dossier.

b) Le recourant déplore que la CNA n'ait pas donné suite à la suggestion exprimée par le Dr O._____ le 6 septembre 2024, suivant laquelle son cas devrait être soumis à un orthopédiste. L'intimée a expliqué avoir renoncé à cet examen, au motif que, la situation devant être considérée comme stabilisée sur le plan médical, une telle consultation ne serait pas de nature à apporter de nouveaux éléments (notice d'entretien

téléphonique du 3 octobre 2024). C'est au demeurant le lieu de rappeler que, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités). Or le Dr O._____ est au bénéfice d'une spécialisation en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le grief du recourant doit ainsi être écarté.

c) Pour finir, c'est en vain que le recourant reproche au Dr O._____ de s'être livré à des hypothèses dans ses avis des 24 mai et 7 juin 2024 puisque, nonobstant l'usage du terme « probablement », son analyse résulte d'affirmations claires et de justifications étayées.

9. Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a nié une aggravation de l'état de santé du recourant en lien de causalité avec l'accident du 22 mai 1995 dans une mesure susceptible, suivant les conclusions prises, de justifier la poursuite de la prise en charge des traitements médicaux au-delà du 29 mai 2024 et, subsidiairement, l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents.

10. Reste à examiner le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, octroyée en raison d'une instabilité de l'épaule droite ainsi que d'une arthrose gléno-humérale débutante à cette même épaule.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la

diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, l'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b). De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'aggravation prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 221 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent du montant maximum du gain assuré (ATF 124 V 29 consid. 1b et les références citées). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de

son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, et en vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Aux termes de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité ; une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b et la référence citée).

b) En l'espèce, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % a été octroyée au recourant par décision sur opposition du 24 mars 2011, en raison des séquelles de l'accident du 22 mai 1995 qui consistaient alors pour l'épaule droite en une instabilité et une arthrose gléno-humérale débutante. L'évaluation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité avait été faite par le Dr K._____, selon le barème d'indemnisation établi par l'intimée. Cette évaluation est entrée en force.

Comme il a été relevé plus haut (cf. considérant 7 *supra*), aucune aggravation des séquelles de l'épaule droite ne peut être retenue. Ainsi, il ne se justifie pas de réviser le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur ce plan. Il n'y a au dossier aucun élément permettant de remettre en cause cette évaluation.

11. Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire confiée à un spécialiste neutre et indépendant afin de se prononcer sur son état de santé.

a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 148 II 73 consid. 7.3.1 ; 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions du Dr O. _____ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît inutile.

12. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 3 février 2025 confirmée.

13. a) 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).

b) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Costa peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 3'646 fr. 90, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle 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 3 février 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 Marie-Josée Costa, conseil du recourant, est arrêtée à 3'646 fr. 90 (trois mille six cent quarante-six francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire 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 provisoirement supportée par l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marie-Josée Costa, avocate (pour A. _____),
- 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).

Le greffier :