

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne.

Art. 16, 17, 45 et 61 let. c LPGA ; 6, 10, 16, 18, 19, 21, 24 et 25 LAA ; 11 et 36 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est marié et père de quatre enfants. Il travaillait comme monteur-soudeur en chauffage auprès de D. _____ Sàrl à [...], et était, à ce titre, obligatoirement assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 10 octobre 2012, l'assuré a été victime de la chute d'un tuyau de climatisation d'un poids d'environ cent cinquante kilos à la suite de la rupture des colliers de fixation sur la tête, l'épaule et la jambe, avec une perte de connaissance. Du 10 au 22 octobre 2012, il a été pris en charge aux V. _____ (V. _____) pour un *Floating Shoulder* et a été opéré d'une ostéosynthèse de la clavicule droite. Malgré l'évolution favorable, il persistait une mobilité fortement réduite de l'épaule droite.

La CNA a pris le cas en charge.

Du 27 février au 27 mars 2013, l'assuré a effectué un premier séjour au sein du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Dans leur rapport de sortie, les médecins de la CRR ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite, de la main droite, du genou droit et de la cheville gauche

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Polytraumatisme au travail le 10.10.2012 :
 - fracture transverse du péroné droit traitée conservativement
 - fracture malléole interne cheville gauche, traitée conservativement
 - floating shoulder avec fracture comminutive du col et de corps de la scapula droite et de la clavicule droite
 - Entorse de grade II du LLI du genou droit avec syndrome de Pellegrini-Stieda
 - TCC léger
- Status post-ostéosynthèse de la clavicule droite le 11.10.2012

- Syndrome épaule main droite avec atteinte prédominante de l'épaule (syndrome douloureux régional complexe de type 1)
- Gonarthrose débutante fémoro tibiale interne et fémoro patellaire bilatérale.
- Atteinte axonale chronique touchant le tronc supérieur et moyen de plexus brachial de bon pronostic
- Enclavement minime des deux nerfs médians au tunnel carpien
- Hypercholestérolémie non traitée
- Obésité stade 2
- Mycose interdigitale
- Antécédent de fracture du fémur en 1980 en France, opérée par plaque vissée
- Antécédent de fracture de malléole interne gauche, en 1993, opérée en France, par ostéosynthèse
- Antécédent de fracture des orteils du pied gauche
- Antécédent d'amputation du troisième orteil pied gauche en 1996"

La situation médicale n'était pas stabilisée et des limitations fonctionnelles provisoires ont été retenues. Il y avait une indication à poursuivre de la physiothérapie en ambulatoire pour améliorer les fonctions musculaire, articulaire et proprioceptive.

Le 7 mai 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour la prise en charge des atteintes à la santé résultant de l'accident d'octobre 2012.

Lors d'un nouveau séjour de l'assuré à la CRR, du 5 novembre au 4 décembre 2013, la situation médicale était stabilisée et des limitations fonctionnelles ont été retenues (port de charges lourdes de manière répétitive avec le membre supérieur droit, travail prolongé au-dessus du niveau des épaules, travail avec position en porte-à-faux pour le membre supérieur droit, la marche sur terrain irrégulier, montée et descente des escaliers de façon répétitive, les positions accroupies ou à genoux prolongées). Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était défavorable mais il était favorable dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues. La formation qui devait débuter pour une durée de deux ans, prise en charge par le biais de l'assurance-invalidité, semblait adaptée à l'état de santé de l'intéressé.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée, l'assuré a bénéficié de la prise en charge par l'OAI, au titre de mesure de reclassement, d'une formation de contrôleur Qualité (TQ1) auprès de P. _____ SA à [...] d'octobre 2015 à mai 2016 (pièces 213, 217 et 230).

Le 9 février 2016, l'assuré a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) de la clavicule droite (protocole opératoire du 9 février 2016 du Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Depuis le mois de mai 2016, l'assuré est inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'assurance-chômage.

L'assuré a fait l'objet d'une appréciation médicale par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de la CNA, le 27 juillet 2016, qui a retenu que la situation était subjectivement et objectivement stabilisée. Les limitations fonctionnelles étaient : « pas de longues marches, pas de fréquentes marches en terrain irrégulier ou en pente, pas de travaux nécessitant des genuflexions ou des travaux à genoux, pas de travaux nécessitant de fréquentes montées ou descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de mouvement du MSD [membre supérieur droit] au-dessus du niveau des épaules et pas de port de charges avec le MSD de plus de 1 kg lorsque le bras D [droit] est éloigné du tronc ». Dans une activité adaptée à ces restrictions fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière. Le traitement antalgique était à base de paracétamol et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en cas de prescription, et jusqu'à deux séries de neuf séances de physiothérapie antalgique par année pour l'épaule et le genou droits ainsi que la cheville gauche. Le Dr Q. _____ a évalué à 30 % le taux de l'atteinte à l'intégrité (appréciation médicale du 24 août 2016).

Après avoir procédé aux mesures d'instruction idoines (pièces 288 et 289), la CNA a, par décision du 21 décembre 2016, alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 11 %, dès le 1^{er} mai 2016, compte tenu d'une

diminution de sa capacité de gain résultant des séquelles de l'accident du 10 octobre 2012. La CNA a par ailleurs alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un taux de 35 % d'un montant total de 42'660 fr., correspondant à une indemnité de 37'800 fr. (taux de 30 %) pour les suites de l'accident du 10 octobre 2012 et de 4'860 fr. (taux de 5 %) pour un accident du 15 novembre 1996.

Par courrier du 6 février 2017, précisant un précédent envoi du 4 janvier 2017 qui informait de la fin de la prise en charge du traitement médical avec effet au 28 février 2017, la CNA a fait part à l'assuré de la prise en charge par ses soins, jusqu'à nouvel avis, des antalgiques à base de paracétamol et des anti-inflammatoires (si prescrits), de deux fois neuf séances par année de physiothérapie pour l'épaule droite, de deux fois neuf séances par année de physiothérapie pour le genou droit et de deux fois neuf séances par année de physiothérapie pour la cheville gauche.

Après l'opposition de l'assuré du 23 décembre 2016, la CNA a annulé sa décision du 21 décembre 2016 et a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % à partir du 1^{er} mai 2016 (décision du 24 mars 2017 [pièce 315]). Les limitations fonctionnelles étaient inchangées par rapport à la précédente décision.

c) Du 10 octobre 2018 au 18 octobre 2019, K._____ a travaillé comme soudeur au service de la société J._____ Sàrl aux [...] (GE).

Le 19 février 2019, K._____ a annoncé une rechute de l'accident du 10 octobre 2012 à la CNA.

Dans un rapport du 8 avril 2019 adressé à la CNA, le Dr C._____ a suggéré la prise en charge d'une arthroscopie de l'épaule droite de son patient dans le contexte de la reprise par ce dernier d'un travail relativement lourd dans la métallurgie (la construction de tuyauterie industrielle) avec des surcharges mécaniques. Ce médecin a joint un rapport du 7 mars 2019 consécutif à une IRM de l'épaule droite

réalisée le 20 février 2019 mettant en évidence une discrète tendinose insertionnelle du supra-épineux, un status après ancienne intervention chirurgicale et une légère omarthrose, un rapport d'infiltration de l'épaule droite sous contrôle échographique du 15 mars 2019 ainsi qu'un rapport de radiographies de l'épaule droite du 20 février 2020 concluant à une omarthrose débutante et à des signes indirects d'un syndrome de la coiffe des rotateurs. Tous ces examens ont été réalisés par les médecins du Service de radiologie de l'Hôpital de [...].

Dans une note médicale du 13 mai 2019, la Dre S._____, médecin praticien, médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu que l'assuré présentait une aggravation notable de son état de santé depuis la fin du dernier traitement au mois d'août 2016. Elle a estimé que les traitements proposés par le DrC._____ étaient en lien de causalité probable avec l'événement du 10 octobre 2012.

Dans un rapport du 28 janvier 2021 d'IRM de l'épaule droite du 27 janvier 2021, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une petite épine sous acromiale distale de deux millimètres associée à de petites fissurations du tendon supra-épineux restant limitées, sans perte d'épaisseur ni composante transfixiante mais s'accompagnant d'une petite bursite sous-acromio-détoïdienne réactionnelle. Au niveau du reste de la coiffe des rotateurs, il a été mis en évidence une légère tendinopathie des fibres superficielles et profondes du tendon subscapulaire, résultant en un début de subluxation partielle du départ de la portion verticale du tendon long chef du biceps déformé mais sans fissuration de celui-ci.

Le 12 mars 2021, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule droite réalisée par le Dr C._____ (rapport du 15 mars 2021 ; protocole opératoire du 18 mars 2021).

Dans l'intervalle, la CNA a alloué ses prestations légales d'assurance (frais de traitement et versement des indemnités journalières)

dès le 3 février 2021 pour la rechute annoncée (courrier du 30 mars 2021).

Le 2 août 2021, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'OAI en raison des douleurs résultant de l'opération de l'épaule droite en lien avec la rechute de l'accident professionnel du 10 octobre 2012.

Le 7 octobre 2021, l'assuré a été examiné pour un bilan final par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du 13 octobre 2021, ce praticien a observé que subjectivement l'assuré ne concédait aucune amélioration mais que la situation ne s'était pas empirée. L'intéressé déplorait un manque de mobilité de son épaule droite, des douleurs et un manque de force. Il n'y avait pas d'évolution malgré le traitement de physiothérapie en cours et les exercices quotidiens. L'antalgie alliait la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et de paracétamol. Objectivement, le médecin d'arrondissement a constaté que l'épaule droite ne montrait pas d'amyotrophie significative et que sa mobilité dépassait légèrement l'horizontale. La coiffe des rotateurs était compétente. Le Dr W._____ a estimé que la situation était stabilisée à plus de six mois de l'intervention chirurgicale du 12 mars 2021. Il a confirmé les limitations fonctionnelles listées le 27 juillet 2016 par le Dr Q._____ et a indiqué que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) consécutive à l'appréciation du 24 août 2016 de ce même médecin était inchangée. Le Dr W._____ était d'avis que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré était entière depuis le 1^{er} novembre 2021. Le métier de monteur-soudeur n'était toutefois pas adapté aux restrictions listées. Il n'y avait pas d'indication pour la poursuite du traitement de physiothérapie en cours au-delà de la fin du mois de décembre 2021.

Le 14 octobre 2021, la CNA a écrit à l'assuré qu'elle mettrait fin à la prise en charge du traitement médical au 31 décembre 2021 afin

de lui permettre de terminer la série de physiothérapie en cours. Elle l'a informé également de la fin du versement des indemnités journalières au 31 octobre 2021 et que dès le 1^{er} novembre 2021, seule la rente d'invalidité était octroyée. En présence de limitations inchangées par rapport à celles fixées le 24 août 2016 (pas de longues marches, pas de fréquentes marches en terrain irrégulier ou en pente, pas de travaux nécessitant des genuflexions ou des travaux à genoux, pas de travaux nécessitant de fréquentes montées ou descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de port de charges de plus de quinze kilos, pas de mouvement du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, et pas de port de charges avec le membre supérieur droit de plus d'un kilo lorsque le bras est éloigné du tronc), le droit à la rente d'invalidité de 16 % versée depuis le 1^{er} mai 2016 était maintenu.

Le 25 octobre 2021, faisant part de son désaccord avec la position de la CNA, l'assuré lui a remis un rapport du 28 septembre 2021 adressé au médecin-conseil de l'OAI par le Dr C. _____ qui a posé les diagnostics de status après polytraumatisme au travail le 1^{er} octobre 2012 (avec *floating shoulders* avec fracture comminutive du col et du corps de la scapula droite et de la clavicule droite, status après ostéosynthèse de la clavicule droite, capsulite rétractile épaule droite, status après étirement du plexus brachial et fractures malléolaire interne gauche et transverse du péroné droit traitées conservativement), de gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire bilatérale, de diabète et de surcharge pondérale. Ce médecin s'est exprimé en ces termes sur l'évolution du cas :

“Suite à une longue période de reconditionnement, le patient avait fait des démarches de reconversion professionnelle. Malheureusement, il n'a pas réussi à retrouver un poste allégé et a dû reprendre un travail relativement lourd dans la métallurgie (construction de tuyauterie industrielle) qui lui ont occasionné des surcharges mécaniques l'affectant principalement au niveau de son épaule droite.

Lorsque je l'ai revu en février 2019, on constatait une restriction des amplitudes articulaires d'une vingtaine de degrés dans toutes les directions, séquellaires de son ancienne capsulite. Il y avait également des douleurs à la palpation profonde de la coiffe antéro-supérieure.

Un bilan par IRM montrait quant à lui une tendinose du sus-épineux avec un aspect pincé de celui-ci par un acromion assez fortement débordant angle CSA [*critical shoulder angle*] mesuré à 38° pour une norme jusqu'à 35°.

Le patient a subi un test d'infiltration sous-acromiale et de la coulisse du biceps avec une amélioration passagère.

Compte tenu de l'acromion surcouvrant et en espérant soulager un probable conflit sous-acromial, il a été décidé d'une arthroscopie et décompression sous-acromiale. L'intervention a été réalisée le 03.02.2021. Durant l'intervention, on a constaté la présence d'une inflammation marquée de la capsule articulaire qui était fortement épaissie ressemblant à une capsulite encore active, raison pour laquelle on a effectué une capsulotomie hémi-circonférentielle antéro-inférieure puis une bursectomie et décompression sous-acromiale par acromioplastie antéro-latérale et libération du ligament coraco-acromial.

Dans les suites de cette intervention, on a constaté une évolution lente avec un syndrome douloureux ayant tendance à se prolonger. Le 31.08.2021, date du dernier contrôle soit à 5 mois et demi de l'intervention, la mobilité était similaire au status pré-opératoire avec une épaule restant douloureuse surtout en fin d'antépulsion ainsi que dans les rotations. On mesurait une antépulsion à 130°, une abduction à 60°, une rotation externe à 25° et une rotation interne assez fortement limitée (thénar - L5 environ).

Au final, même s'il est encore un peu tôt pour juger du résultat définitif, il n'est pas sûr que l'intervention chirurgicale offrira au patient le soulagement souhaité. Il semble que la capsulite joue un rôle dans cette situation malgré la très longue évolution depuis l'accident. Cette situation difficile influence fortement sur le moral du patient et une reprise d'activité paraît fortement compromise ces prochains mois, en particulier pour toute activité lourde.

Compte tenu de cette situation et des autres diagnostics mentionnés, on peut raisonnablement conclure à une aggravation de l'état de santé du patient qui ne permettra d'envisager qu'une reprise d'activité fortement allégée et probablement qu'à temps partiel.

Une évaluation plus globale par une expertise paraît également souhaitable."

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il n'apportait aucun élément nouveau. Dans ce sens, le Dr W. _____ a indiqué que son bilan final d'octobre 2021 tenait compte des « séquelles » de l'assuré avec leurs répercussions sur les limitations fonctionnelles retenues à l'issue de cet examen final (document « soumission à la médecine des assurances » de la CNA du 27 octobre 2021).

Le 2 novembre 2021, l'assuré, désormais assisté par Me Jean-Michel Duc, a requis la notification d'une décision formelle de la part de la CNA. A la suite de la rechute, invoquant un état algique au niveau de l'épaule et du genou droits ainsi que des deux chevilles, il estimait ne plus pouvoir travailler même dans une activité adaptée légère. Ce faisant, il reprochait au médecin d'arrondissement de l'assurance-accidents de ne pas avoir pris en compte cette situation. Il demandait en outre une détermination de l'assurance-accidents sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en lien avec l'accident et sa rechute.

Par décision du 1^{er} décembre 2021, la CNA a informé l'assuré qu'il ressortait de l'évaluation médicale que la reprise d'une activité légère respectant les limitations fonctionnelles fixées le 24 août 2016 restait exigible à plein temps de sa part. Elle avait mis un terme au paiement de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2021 au soir. Depuis le 1^{er} novembre 2021, seule la rente d'invalidité en vigueur depuis le 1^{er} mai 2016 était versée à l'intéressé. Par ailleurs, l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire à celle de 35 % déjà allouée par décision du 21 décembre 2016 ne se justifiait pas.

A l'appui de son opposition formée le 28 décembre 2021, l'assuré, assisté de son conseil, a invoqué une violation du droit d'être entendu en reprochant à la CNA, dans sa décision du 1^{er} décembre 2021, de ne pas s'être exprimée sur le rapport du 28 septembre 2021 du Dr C. _____ pour lui permettre de comprendre les raisons pour lesquelles le cas était stabilisé ni pourquoi le versement d'une rente d'invalidité ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité plus élevées ne se justifiait pas. Sur le fond, il a contesté tant la stabilisation de la situation sur le plan médical que l'appréciation de son invalidité et celle de l'atteinte à l'intégrité par la CNA. Il demandait la continuation de la prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières et, subsidiairement le droit à une rente d'invalidité de 50 % au moins et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 35 % ainsi que la prise en charge de tous les frais de traitement après la fixation de la rente ; très

subsidiairement, il a requis une expertise médicale. Le 18 janvier 2022, il a produit un rapport du 11 janvier 2022 rédigé à l'intention de Me Duc par le Dr C. _____ qui a répondu comme suit aux questions de l'avocat :

“La situation orthopédique de Monsieur K. _____ s'est, selon moi, dégradée de manière progressive durant l'année 2018. Cette dégradation concerne principalement l'épaule droite et dans une moindre mesure le genou droit qui n'a pour l'instant pas été investigué de manière plus approfondie (le cas échéant, un bilan de ce genou pourrait éventuellement apporter des arguments additionnels au patient).

Concernant l'épaule, la dégradation constatée correspond à l'augmentation progressive des douleurs séquellaires anciennes avec une diminution de la capacité fonctionnelle sans doute liée à une surcharge au travail dans une activité peu adaptée aux limitations du patient (travail en métallurgie, soudures et manipulations de charges). En plus de cet élément principalement subjectif, j'ai considéré que le patient présentait un probable conflit sous-acromial avec irritation du tendon supra-épineux favorisé par une anatomie défavorable constitutionnelle (débord latéral de l'acromion). La limitation des amplitudes articulaires occasionnant des efforts de compensation eux-mêmes sources de douleurs avait déjà été constatée dans le passé et a été confirmée en per-opératoire par une capsule articulaire restant très épaissie et encore inflammatoire.

En conclusion, il n'y a pas vraiment eu d'éléments nouveaux très objectifs prouvant une péjoration car l'imagerie est très peu évolutive et l'examen clinique relativement superposable. Il s'agit principalement d'une décompensation d'un status séquellaire post-traumatique. A ce stade, il faut admettre que la prise en charge chirurgicale n'a pas permis de soulager le patient comme espéré et il y a peu de chances que la situation évolue sensiblement. Il serait donc primordial que le patient parvienne à trouver un travail réellement adapté à ses limitations.

Les limitations actuelles sont :

- port de charges limité à 5 - 10 kg, uniquement près du corps et pas de manière répétitive
- pas de travail bras en élévation ou en porte-à-faux
- limitation pour la marche sur des terrains accidentés ou instables
- incapacité à travailler en position accroupie ou à genou
- limitations pour monter et descendre les escaliers de manière répétitive
- favoriser les alternances de position.

L'incapacité de travail en relation avec la prise en charge au niveau de l'épaule était de 100 % à partir du 3.02.2021 jusqu'au 30.11.2021. Actuellement, compte tenu de l'état de santé et même dans une activité adaptée, j'estime la capacité de travail à environ 60 à 70 %. Comme déjà mentionné dans mon rapport à l'AI, il pourrait être utile que le patient soit expertisé pour prendre en compte de la situation globale (incluant la problématique du genou) puisse être effectuée.”

Par décision sur opposition du 29 avril 2022, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 1^{er} décembre 2021.

B. Par acte du 19 mai 2022, K._____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit au paiement des indemnités journalières et des frais de traitement au-delà des 31 octobre 2021 et 31 décembre 2021. Subsidiairement, il a conclu à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente d'invalidité de 50 % au moins et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 35 % ainsi qu'à la prise en charge de tous les frais de traitement après la fixation de la rente ; très subsidiairement, il a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction. En tout état de cause, il a conclu à la prise en charge par la CNA du coût d'établissement du rapport du 11 janvier 2022 du Dr C._____ à concurrence d'un montant de 100 francs. Les arguments développés par le recourant à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion et la solution au présent litige.

Dans sa réponse du 22 juillet 2022, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu, avec dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée.

Dans ses déterminations du 9 août 2022, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions.

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 bienfondé de la cessation du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement, ainsi que sur le maintien du taux de la rente d'invalidité et du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à la suite d'une rechute.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le droit à une indemnité journalière à l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire en revanche que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition

sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

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 [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_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).

b) aa) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. 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 - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) - 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).

En conséquence, la personne qui a eu un accident a droit à un traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration significative de son état de santé. La question de savoir si une amélioration significative est encore possible est en particulier déterminée par l'augmentation ou la récupération attendue de la capacité de travail, dans la mesure où celle-ci est compromise par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA indique donc clairement que l'amélioration espérée par un traitement ultérieur (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être significative (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière pronostique

et non sur la base de constatations rétrospectives (TF 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4).

Lorsque la rente d'invalidité a été fixée, les prestations de l'assurance-accidents pour soins et le remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont régies par l'art. 21 LAA. En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA). 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 (art. 21 al. 3 LAA).

bb) 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).

cc) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 8C_837/2019 du 16 septembre 2020 consid. 5.2).

dd) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé

avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

ee) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

Depuis la dixième édition de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012), les emplois sont classés par l'Office fédéral de la statistique (OFS) par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. Les critères de base utilisés pour définir le système des différents groupes de profession sont les niveaux et la spécialisation des compétences requis pour effectuer les tâches inhérentes à la profession (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4). Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf grands groupes de professions (voir tableau T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir tableau TA1_skill_level de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules (TF 9C_370/2019 du 10 juillet 2019 consid. 4.1 et les références). L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes (TF 8C_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 ; TF 9C_901/2017 du 28 mai 2018 consid. 3.3).

ff) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le

taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bienfondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C :862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) 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 citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement 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. 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).

5. a) Dans un premier moyen, le recourant conteste la stabilisation de son état de santé et le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} novembre 2021. Il invoque les avis successifs du Dr C. _____ (cf. rapports des 28 septembre 2021 et 11 janvier 2022).

b) aa) Pour les suites de l'accident du 10 octobre 2012, la CNA a, entre autres prestations, alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 16 % depuis le 1^{er} mai 2016 aux motifs qu'il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues lors de l'examen final du 27 juillet 2016 réalisé par le Dr Q. _____ (pour rappel, pas de longues marches, pas de fréquentes marches en terrain irrégulier ou en pente, pas de travaux nécessitant des genuflexions ou des travaux à genoux, pas de travaux nécessitant de fréquentes montées ou descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de mouvement du MSD [membre supérieur droit] au-dessus du niveau des épaules et pas de port de charges avec le MSD de plus de 1 kg lorsque le bras D [droit] est éloigné du tronc), et que le degré d'invalidité était après comparaison entre un revenu sans (91'780 fr.) et avec invalidité (76'645 fr.) au sens de l'art. 16 LPGA, de 16 % (décisions des 21 décembre 2016 et 24 mars 2017). La CNA a par ailleurs pris en charge, jusqu'à nouvel avis, des antalgiques à base de paracétamol et des anti-inflammatoires (si prescrits), de deux fois neuf séances par année de physiothérapie pour l'épaule droite, de deux fois neuf séances par année de physiothérapie pour le genou droit et de deux

fois neuf séances par année de physiothérapie pour la cheville gauche (courrier du 6 février 2017).

bb) Dans le cadre de l'instruction par la CNA de l'annonce en 2019 de la rechute de l'accident d'octobre 2012, l'assuré a notamment été examiné le 7 octobre 2021 par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Sur la base de son analyse, le Dr W._____ retient que si subjectivement l'assuré concède aucune amélioration de son état de santé, la situation ne s'est pas empirée. Ce dernier se plaint d'un manque de mobilité de son épaule droite, de douleurs et d'un manque de force. De l'avis de ce médecin, il n'y a plus d'évolution malgré le traitement de physiothérapie et les exercices quotidiens réalisés à domicile. L'antalgie repose sur la prise d'AINS et de paracétamol. Objectivement, ce médecin-conseil retient que l'épaule droite ne montre pas d'amyotrophie significative, que sa mobilité dépasse largement l'horizontale et que la coiffe des rotateurs est compétente. Selon le Dr W._____, à plus de six mois après l'arthroscopie du 12 mars 2021 dont a bénéficié l'assuré, la situation médicale est stabilisée. Dans ce contexte, il confirme que les limitations fonctionnelles reconnues à l'issue de l'examen final de juillet 2016 du Dr Q._____ restent valables, à savoir des restrictions pour les travaux au-dessus de l'horizontale et les charges supérieures à un kilo avec le membre supérieur droit. Les limitations pour les membres inférieurs sont inchangées. Toujours selon le Dr W._____, il n'y a pas d'indication médicale à poursuivre le traitement de physiothérapie en cours au-delà de la fin décembre 2021.

Le Dr W._____ a dûment motivé ses conclusions et a distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et ses propres constatations médicales pour évaluer l'évolution de l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé physique déficient après la rechute annoncée en 2019. En l'absence de contradictions, il y a lieu de valider les conclusions du rapport d'examen final pleinement probant (cf. consid. 3d- e supra). En effet, il comporte un résumé des pièces médicales au dossier, retranscrit

les déclarations de l'assuré, est le fruit d'un examen *lege artis*, fait état de considérations dûment documentées et d'observations, qui ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation. Ce rapport contient des conclusions claires, posées au terme d'une appréciation minutieuse et globale du cas.

cc) Pour le reste, les constatations et les conclusions du Dr W. _____ ne sont pas sérieusement remises en cause par les avis successifs du Dr C. _____ au dossier.

Dans son rapport du 28 septembre 2021 à l'OAI, le Dr C. _____ indique que depuis son examen de l'assuré en février 2019, et malgré l'intervention chirurgicale réalisée en 2021, l'état de santé de l'épaule droite de l'assuré n'a pas connu l'amélioration espérée en présence d'une évolution lente avec un syndrome douloureux ayant tendance à se prolonger. Estimant qu'il est encore un peu tôt pour juger du résultat définitif, ce médecin retient une aggravation de la situation qui ne permettra, de son point de vue, d'envisager qu'une reprise d'activité fortement allégée et probablement qu'à temps partiel.

Le Dr W. _____ s'est positionné le 27 octobre 2021 sur l'avis du Dr C. _____ du 28 septembre 2021. Il a indiqué que le rapport du 28 septembre 2021 n'apportait pas d'élément médical nouveau. Il a ajouté que son bilan final d'octobre 2021 tenait compte des « séquelles » de l'assuré avec leurs répercussions sur les limitations fonctionnelles retenues à l'issue de cet examen final (document « soumission à la médecine des assurances » de la CNA du 27 octobre 2021).

Dans son rapport daté du 11 janvier 2022, le Dr C. _____ indique, en réponse aux questions de Me Duc, que la situation du recourant, sur le plan orthopédique, s'est dégradée de manière progressive durant l'année 2018. A ses dires, la prise en charge chirurgicale n'a pas permis de soulager l'assuré comme espéré et il y a peu de chance que la situation évolue sensiblement.

Le nouvel avis du 11 janvier 2022 reprend essentiellement les termes du précédent rapport de septembre 2021. Il est motivé de manière très sommaire. Le Dr C._____ est également d'avis qu'il n'y a plus à attendre de la prise en charge chirurgicale un soulagement de l'assuré et qu'il y a guère de chance pour une évolution sensible de la situation.

c) Sur la base des constatations et conclusions probantes du Dr W._____ et en l'absence d'indices concrets aptes à faire douter de leur bienfondé (cf. consid. 3d-e supra), il convient de retenir avec la CNA que les atteintes consécutives à la rechute de l'accident d'octobre 2012 sont stabilisées au 31 octobre 2021. Il y a lieu de mettre fin aux prestations provisoires de l'assurance-accidents à cette date et de passer à l'examen du droit à la rente à partir du 1^{er} novembre 2021. Dès lors les séances de physiothérapie avaient encore cours, la CNA les a prises en charge jusqu'au 31 décembre 2021 pour permettre à l'assuré de les terminer, point qui échappe à la critique.

6. a) Sur la question de la détermination de la capacité de travail du recourant, le Dr C._____ déclare, dans son dernier rapport du 11 janvier 2022, que pour l'épaule droite il n'y a pas vraiment eu d'éléments nouveaux très objectifs prouvant une péjoration car l'imagerie est très peu évolutive et l'examen clinique relativement superposable à la situation lors de son précédent contrôle le 31 août 2021; selon lui, il s'agit principalement d'une décompensation d'un status séquellaire post-traumatique. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr C._____ (« port de charges limité à 5 - 10 kg, pas de travail bras en élévation ou en porte-à faux, limitation pour la marche sur des terrains accidentés ou instables, incapacité à travailler en position accroupie ou à genou, limitations pour monter et descendre les escaliers de manière répétitive, favoriser les alternances de position ») sont similaires à celles retenues par l'intimée (pour rappel, pas de longues marches, pas de fréquentes marches en terrain irrégulier ou en pente, pas de travaux nécessitant des genuflexions ou des travaux à genoux, pas de travaux nécessitant de fréquentes montées ou descentes d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, pas de port de charges de plus de quinze kilos, pas de

mouvement du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules, et pas de port de charges avec le membre supérieur droit de plus d'un kilo lorsque le bras est éloigné du tronc). Le Dr C._____ estime pour sa part la capacité de travail résiduelle de son patient à 60 - 70 %, même dans une activité adaptée. Cette diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée n'est toutefois pas argumentée sur la base d'éléments médicaux objectifs.

Cela étant, il se justifie de valider la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles retenue par le médecin d'arrondissement de la CNA, lequel estime que cette capacité de travail entière peut être mise en valeur dès le 1^{er} novembre 2021. Sur le plan des restrictions fonctionnelles, rien ne permet de s'écarter de la constatation du Dr W._____ selon laquelle les limitations fonctionnelles retenues en 2016 par le Dr Q._____ restent valables.

b) Le recourant allègue que selon le Dr C._____ des surcharges mécaniques ont été occasionnées par la reprise d'une activité lucrative, causant une augmentation des douleurs du membre supérieur droit chez un patient droitier. Lors de l'opération au début 2021, une inflammation marquée de la capsulite articulaire a été mise en lumière à l'IRM. C'est au vu de cet élément que le Dr C._____ a conclu à une aggravation de l'état de santé de son patient qui ne permettait d'envisager qu'une reprise d'activité fortement allégée et probablement qu'à temps partiel. Dans ses déterminations du 9 août 2022, le recourant soutient en outre que, dans son appréciation, le Dr W._____ ne tiendrait pas compte du fait que les atteintes du genou droit et de la cheville gauche seraient la cause de limitations de mobilité, éléments qui génèreraient une perte de rendement.

Contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr W._____ a pris en compte les atteintes à l'épaule et au genou droits ainsi qu'à la cheville gauche. En pages 7 et 8 de son rapport d'examen final du 13 octobre 2021 (pièce 411), le médecin d'arrondissement de la CNA

constate à cet égard que le déshabillage n'est pas entravé, il s'effectue sans épargne du MSD (membre supérieur droit). L'assuré marche sans boiterie dans la salle d'examen. La marche sur les talons et sur la pointe des pieds est possible sur quelques pas. L'accroupissement est profond, l'assuré met les deux mains au sol, le relèvement est quelque peu laborieux. En position debout, le bassin est équilibré. Les inclinaisons latérales du rachis ne sont pas limitées et la réclinaison postérieure est indolore. En flexion antérieure, la distance doigt-sol est de 16 centimètres. A l'examen de face, les deux épaules sont au même niveau. Il n'y a pas d'amyotrophie significative visible au niveau de la ceinture scapulaire droite, que ce soit de face ou de dos. Le médecin-examineur note une cicatrice claviculaire droite longue de 140 millimètres. La cicatrice est calme et non adhérente au plan profond. Sur le plan articulaire, en actif, l'épaule droite a une mobilité en flexion/extension de 115-0-40° pour 160-0-40° à gauche. En abduction, l'épaule droite atteint 100° pour 110° au côté opposé. En passif, une abduction de 115° pour l'épaule droite ne peut pas être dépassée. En rotation externe, l'assuré peut mettre les deux mains derrière la nuque alors que la rotation externe, coude au corps, donne des amplitudes de 20° à droite pour 30° à gauche. En rotation interne, la distance pouce-C7 est de 47 centimètres à droite pour 25 centimètres à gauche. A l'examen du sus-épineux, il est noté que la force est préservée du côté droit au test de Jobe. La force du sous-scapulaire est restreinte du côté droit pour le Belly-press et le Lift-off est positif à droite. Le sous-scapulaire gauche est pleinement fonctionnel. Au niveau des tests de conflit sous-acromial, il est obtenu une force limitée pour le Yocum droit et un Hawkins droit sensible. Les tests de conflit sont dans la norme à gauche. Des craquements sont perçus au niveau de l'épaule droite lors du test de Body-cross alors que l'articulation acromio-claviculaire droite est parfaitement calme. Les deux coudes sont calmes et la mobilité est préservée en flexion/extension ainsi qu'en prosupination. La température et la transpiration des deux mains sont similaires. L'enroulement des doigts est complet pour les deux mains. A l'examen de la force par le dynamomètre de Jamar, il est obtenu 21 kilos à droite pour 36 kilos au côté opposé. Au Key-pinch, il est mesuré 8.5 kilos à droite pour 36 kg à gauche. A la lecture du rapport du 28 janvier 2021 d'IRM de l'épaule droite

du 27 janvier 2021 du Dr G. _____ (pièce 365), le médecin-examineur retient en particulier que le tendon sus-épineux est continu avec une lésion du versant articulaire au niveau de l'insertion sur le trochiter et que le tendon bicipital est situé hors de la gouttière dans la partie haute de la tête humérale. Il estime qu'objectivement l'épaule droite ne montre pas d'amyotrophie significative, que sa mobilité dépasse légèrement l'horizontale, et que la coiffe des rotateurs est compétente.

Pour ce qui concerne le genou droit, sur la base des pièces médicales au dossier, le Dr W. _____ retient que la situation est stable et que les limitations fonctionnelles pour les membres inférieurs sont inchangées depuis l'appréciation du Dr Q. _____ en 2016.

Enfin, l'atteinte de la cheville gauche dont se prévaut le recourant ne s'appuie sur aucun rapport ou radiographie objectivant une péjoration intervenue depuis l'appréciation médicale effectuée à l'été 2016 par le Dr Q. _____.

c) A l'aune de ce qui précède, le Dr W. _____ tient compte des atteintes à la santé. Rien au dossier ne permet de remettre en cause le constat de la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} novembre 2021 telle qu'elle a été évaluée de manière complète, objective et en parfaite conformité aux exigences de la jurisprudence par le médecin d'arrondissement de la CNA en octobre 2021.

7. a) Pour le calcul du degré d'invalidité, le recourant conteste uniquement le montant du revenu d'invalidé retenu par l'intimée pour la comparaison des revenus (au sens de l'art. 16 LPG). A cet égard, il fait valoir qu'il dispose d'une capacité de travail résiduelle dans une activité allégée et à un taux ne dépassant pas 60 à 70 %. Dans ses déterminations du 9 août 2022, il soutient par ailleurs que le niveau de compétence 2 dans le domaine du contrôle et de l'analyse techniques pris en compte par la CNA pour retenir un revenu annuel de 76'645 fr. 28 ne serait pas justifié car il ne présente aucune compétence ou connaissance particulière dans

le cadre de l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé. En cas de doute, le recourant estime qu'une expertise médicale aurait dû être mise en œuvre, conformément à la maxime inquisitoire.

b) Selon le rapport d'examen final du 13 octobre 2021 du Dr W. _____ (pièce 411), le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux handicaps physiques depuis le 1^{er} novembre 2021 comme cela a été validé ci-avant (cf. consid. 6 supra).

De plus, dans la mesure où aucun changement n'est intervenu sur le plan de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée depuis 2016, il n'y a dès lors pas lieu de réexaminer le calcul de la perte de gain tel qu'effectué par la CNA, et le recourant ne peut donc pas revenir sur les bases du calcul du taux d'invalidité de 16 % opéré en 2017 (cf. décision du 24 mars 2017 [pièce 315]).

c) En l'absence de modification de la situation, le maintien dès le 1^{er} novembre 2021 de la rente d'invalidité de 16 % versée au recourant depuis le 1^{er} mai 2016 tel que décidé par la caisse intimée échappe à la critique.

8. a) Le recourant reproche également à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) à laquelle il a droit. Il revendique une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 35 % en raison de l'aggravation de l'état de santé, avec la précision que les douleurs au membre supérieur ne cessent d'augmenter.

b) 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.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes 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 la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1 et la référence).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, 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, deuxième phrase, 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, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à

l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

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 qualifiable (RAMA 1998 no U 320 p. 602 consid. 3b et la référence). Dès lors, à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération (TFA U 173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2).

c) Dans son évaluation de l'atteinte à l'intégrité du 24 août 2016 (pièce 268), le Dr Q._____ a proposé de fixer à 30 % (15 % + 10 % + 5 %) le taux d'atteinte à l'intégrité pour les suites de l'accident du 10 octobre 2012. En ce qui concerne les séquelles de l'assuré à son épaule droite, qui n'est mobile que jusqu'à l'horizontale, l'indemnité est de 15 % (selon la Table 1 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Pour les séquelles au niveau du genou droit, soit une gonarthrose fémoro-patellaire moyenne à grave, l'indemnité est de 10 % (selon la Table 5 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA), ceci sans pondération en fonction de l'état antérieur de ce membre. Enfin, pour l'état séquellaire de la cheville gauche, la limitation des amplitudes articulaires équivalente celle d'une cheville avec une arthrose tibio-tarsienne moyenne, justifie une indemnité de 10 % (selon la Table 5 des

indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA) qui, après pondération par deux en raison de l'état antérieur (status après l'ostéosynthèse de la cheville gauche de 1993), n'est plus que de 5 %. Le Dr Q._____ précise encore qu'il n'y a pas matière à faire une pondération entre ces diverses indemnités dans la mesure où elles ne concernent jamais le même membre.

Invoquant des douleurs du membre supérieur en augmentation constante, le recourant se limite à soutenir qu'il a droit à une indemnité plus élevée compte tenu de l'aggravation de l'état de santé qui n'est toutefois pas objectivée, à tout le moins pas dans une mesure tendant à influencer le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité versé par la CNA. Le recourant ne fait valoir aucun avis médical permettant de s'écarter de l'appréciation du Dr W._____ qui, le 7 octobre 2021, a indiqué à cet égard que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) consécutive à l'appréciation du 24 août 2016 du Dr Q._____ était inchangée.

9. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant - à savoir la réalisation d'une expertise médicale en cas de doute - doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) Manifestement mal fondé, le recours 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 au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Bien que l'intimée obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du recourant. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigne de légèreté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également TF 8C_760/2008 du 30 avril 2009 consid. 6).

c) aa) L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_687/2015 du 10 novembre 2015 consid. 5.2 ; ATF 115 V 62 consid. 5c).

bb) En l'occurrence, le recourant demande la prise en charge par la caisse intimée des frais du rapport du 11 janvier 2022 du Dr C._____ à hauteur d'un montant de 100 francs. En l'occurrence, le rapport du Dr C._____ n'a, comme le démontre la motivation du présent arrêt, pas apporté de constatations déterminantes pour confirmer ou infirmer la position de l'intimée. Le rapport du Dr C._____ n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimée.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 29 avril 2022 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour K. _____),
- Me Antoine Schöni (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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 :