

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mars 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Reding

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA ; art. 18 al. 1 et 19 al. 1 LAA

En fait :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a travaillé en qualité de technicien de maintenance pour le compte des C._____ de 1990 à 2022. A ce titre, il était 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).

Le 25 juin 2021, l'assuré a été victime, sur son lieu de travail, d'une chute à la suite d'un malaise et s'est déboîté l'épaule droite. Cet événement a été annoncé, le 1^{er} juillet 2021, à la CNA, laquelle a pris en charge ses conséquences.

Le 8 juillet 2021, l'assuré a été opéré par les Drs D._____ et F._____, respectivement médecin chef et chef de clinique adjoint au service d'orthopédie des Etablissements H._____ (ci-après : les Etablissements H._____), lesquels ont procédé à une réduction ouverte et à une ostéosynthèse de la glène de l'épaule droite.

Par courrier du 22 décembre 2021, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle avait tenté, sans succès, de le joindre à plusieurs reprises en vue d'obtenir les renseignements nécessaires à l'éclaircissement du cas. Lui rappelant son devoir de collaborer à l'instruction, elle l'a averti que, sans nouvelles de sa part d'ici le 4 janvier 2022, elle serait contrainte de lui notifier une décision de non-entrée en matière.

L'assuré ne s'est pas manifesté à l'échéance du délai imparti.

Par décision du 12 janvier 2022, la CNA a clos le cas au 23 décembre 2021 et a mis fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement) à cette même date.

Le 14 février 2022, l'employeur de l'assuré s'est opposé à cette décision, indiquant qu'il allait demander, par écrit, à ce dernier de collaborer avec la CNA.

Par décision sur opposition du 9 mars 2022, la CNA a rejeté cette opposition, dès lors qu'elle n'avait, à ce jour, toujours pas obtenu les informations utiles à l'instruction de la cause.

Le 24 mars 2022, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Était joint à son acte un rapport du 15 février 2022 du Centre G._____, lequel mettait en évidence une symptomatologie anxio-dépressive associée à des symptômes de stress post-traumatique, tout en expliquant que cette dernière était à l'origine de difficultés dans la gestion des affaires administratives.

Par arrêt du 4 juillet 2022 (dans la cause AA 42/22 - 91/2022), la Cour de céans a rejeté le recours, tout en invitant la CNA à reprendre l'instruction de la cause et le service de ses prestations si l'assuré se soumettait, à l'avenir, à son obligation de collaborer.

B. Rouvrant le dossier d'A._____, la CNA a recueilli diverses pièces, dont un protocole opératoire du 10 juin 2022 portant sur une arthroscopie de l'épaule droite effectuée le 8 juin 2022 et un rapport du 12 décembre 2022 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel posait les diagnostics de status post-arthroscopie de l'épaule droite (le 8 juin 2022), de status post-mobilisation et examen sous anesthésie générale de l'épaule droite (le 27 avril 2022), de lésion de la coiffe des rotateurs à droite, de status post-ostéosynthèse et fixation pour Bankart osseux de l'épaule droite (le 8 juillet 2021), de status post-fracture ou luxation de l'épaule droite (le 25 juin 2021) et de capsulite rétractile post-opératoire ou post-traumatique de l'épaule droite.

Par courrier du 13 mars 2023, l'assuré a été convoqué par la CNA à un examen médical, prévu le 17 mars suivant, avec le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement. Il ne s'est toutefois pas rendu à

ce rendez-vous. Lors d'un entretien téléphonique ayant eu lieu le même jour, il a déclaré à la CNA n'avoir jamais reçu la convocation.

Le 31 mars 2023, l'assuré a finalement été examiné par le Dr E._____. Par rapport du 5 avril suivant, ce spécialiste a retenu le diagnostic d'omalgies droites et raideur post-réparation de la coiffe des rotateurs et ostéosynthèse de la glène humérale sur luxation traumatique de l'épaule. Il a, en outre, affirmé ne pas être actuellement en mesure de se prononcer sur la question de la stabilisation de l'état de santé. Il a, au demeurant, précisé avoir proposé à l'assuré un séjour à la Clinique J.____ (ci-après : la Clinique J.____), mais que celui-ci avait refusé son offre, car il craignait que les séances de physiothérapie lui provoquent des douleurs au niveau de l'épaule droite.

Par rapports du 17 mai 2023, le Dr L._____ a fait état d'une évolution stagnante, l'assuré décrivant des douleurs constantes, ce tant le jour que la nuit, et d'un examen clinique superposable à celui réalisé en décembre 2022.

Par rapport du 11 juillet 2023, le Prof. P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a exposé que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux chronique scapulo-brachial droit, avec une impotence fonctionnelle majeure, laquelle n'était expliquée ni à l'imagerie ni à l'examen clinique. Dans ce contexte, il n'y avait aucune indication à une nouvelle approche chirurgicale. Une prise en charge auprès de la Clinique J._____ pouvait néanmoins être proposée à son patient, afin de « *faire le point de la situation* ».

Par rapport du 25 septembre 2023, le Dr L._____ a constaté, chez l'assuré, une amélioration au niveau de la mobilité passive et active, avec une force isométrique correcte en rotation externe et interne contrariée, coude au corps. Selon lui, un séjour à la Clinique J._____ était souhaitable, ce dans le but d'évaluer l'aptitude au travail, en profitant d'une physiothérapie suivie.

Par courrier du 27 février 2024, la Clinique J. _____ a convoqué l'assuré à un séjour en son sein débutant le 20 mars suivant.

Par courriel envoyé à cette dernière date, la Clinique J. _____ a fait savoir à la CNA que l'assuré s'était présenté à son admission, mais qu'il avait refusé de se faire hospitaliser, étant donné qu'il ne voulait pas que son épaule soit examinée.

Le 3 mai 2024, l'assuré a expliqué, par téléphone, à la CNA ne pas être resté à la Clinique J. _____, car il avait jugé un tel séjour inutile, ses douleurs l'empêchant de prendre part à la physiothérapie.

Dans une appréciation médicale du même jour, le Dr E. _____ a, à nouveau, souligné le diagnostic d'omalgies droites et raideur post-réparation de la coiffe des rotateurs et ostéosynthèse de la glène humérale sur luxation traumatique de l'épaule. Il a relevé que sur le plan médical, il n'y avait plus de réelle amélioration de l'état de santé de l'assuré, si bien qu'on pouvait considérer celui-ci comme stabilisé. L'activité habituelle de technicien de maintenance n'était plus exigible. L'assuré était, en revanche, capable de travailler à plein temps, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes (*sic*) :

« Au niveau de son membre supérieur droit, son travail ne doit pas se faire au-dessus de l'horizontale. Il peut pratiquer une élévation du bras avec une charge de 2 kg maximum. Les bras le long du corps peuvent supporter une charge de 10 kg. Il y a une fatigabilité de l'épaule. ».

Par rapport du 14 mai 2024, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré souffrait de problèmes intestinaux, tout en précisant qu'il avait subi une cholécystectomie pour lithiase en juillet 2023, avec anémie ferriprive et spoliative.

Par courrier du 24 mai 2024, la CNA a annoncé à l'assuré qu'il mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mai 2024 au soir, ce avant de lui reconnaître, par décision du 10 février

2025, le droit à une rente d'invalidité d'un taux de 24 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) d'un degré de 10 %.

Le 20 février 2025, l'assuré s'est opposé à cette décision. Puis, le 25 juin suivant, dorénavant représenté par Me Yero Diagne, il a complété son opposition, concluant à la mise en œuvre d'une expertise, avec séjour et évaluation, à la Clinique J._____, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un montant supérieur à celui initialement retenu. Il a produit - entre autres pièces - un rapport du 24 mars 2025 et un rapport non daté du Dr B._____ attestant une capacité de travail nulle dans toute activité, un rapport du 3 avril 2025 du Dr K._____, spécialiste en ophtalmologie, notant les diagnostics de cataracte et d'astigmatisme cornéen des deux côtés, de même qu'une lettre de sortie provisoire établie le 2 mai 2025 par le service de chirurgie générale des Etablissements H._____ pour un séjour du 13 au 29 avril 2025 en raison d'une occlusion intestinale.

Par décision sur opposition du 14 août 2025, la CNA a partiellement admis l'opposition de l'assuré et réformé sa décision du 10 février 2025 en ce sens que celui-ci avait droit à une rente d'invalidité d'un taux de 28 %, la rejetant pour le surplus. Elle a notamment relevé que le séjour prévu à la Clinique J._____ avait dû être annulé en raison du manque de collaboration de l'intéressé. Le Dr E._____ avait alors estimé que la situation médicale était stabilisée, dès lors qu'aucune mesure thérapeutique n'était susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré.

C. Le 12 septembre 2025, A._____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à 28 % lui soit reconnu et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. A l'appui de son recours, il a versé au dossier notamment deux attestations des 6 septembre et 22 octobre 2024 du Centre G._____

certifiant qu'il s'était rendu en consultation à plusieurs reprises entre les mois de février 2019 et mai 2023.

Par réponse du 10 octobre 2025, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant, pour le reste, à la motivation de la décision sur opposition attaquée.

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 [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 droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de son accident du 25 juin 2021, singulièrement sur le taux de cette dernière.

3. a) 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 de référence.

b) Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles

mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (première phrase) ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (seconde phrase). Il appartient ainsi à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières, et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (TF 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1).

c) 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).

4. a) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, quiconque fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit, fixer les prestations dues et faire valoir les prétentions récursoires.

b) Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et

décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

c) L'art. 43 al. 3 LPGA règle les conséquences procédurales, lorsque la personne assurée ou toute autre personne concernée par une demande de prestations refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction. Cette disposition a une portée générale et concerne – sous réserve de l'art. 21 al. 4 LPGA relatif au défaut de collaboration en cas de soustraction ou d'opposition à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle – l'ensemble des incombances de collaborer prévues dans la LPGA (Jacques Olivier Piguet, *in* : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n° 50 *ad* art. 43 LPGA).

Le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou si le comportement considéré s'avère complètement incompréhensible (TF 8C_528/2009 du 3 novembre 2009 consid. 7.2 ; TF I 166/06 du 30 janvier 2007 consid. 5.1). Il en va différemment lorsque la personne assurée n'est pas en mesure, en raison d'une maladie ou pour d'autres motifs, de donner suite aux mesures ordonnées (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.3 et les références ; TF I 166/06 précité consid. 5.1 et 5.2 ; Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 51 *ad* art. 43 LPGA). Le comportement de la personne assurée ne doit cependant être sanctionné que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible. Il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d'instruction auxquelles son devoir d'élucider d'office les faits déterminants lui commande de procéder. Il s'ensuit que toute attitude passive, voire tout refus de collaborer, de la personne assurée n'entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir

ailleurs les renseignements qui lui font défaut (TF 9C_505/2010 du 2 mai 2011 consid. 3.1 et les références ; TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 52 *ad art.* 43 LPGA).

d) Lorsque l'assuré manque à son obligation de renseigner, l'art. 43 al. 3 LPGA prévoit que l'administration est en droit notamment de se prononcer en l'état du dossier. Elle ne peut alors se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de l'assuré, mais doit procéder à une évaluation du point de vue matériel à la lumière des pièces au dossier (TF 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3 ; TF I 988/06 du 28 mars 2007 consid. 7).

e) Si la personne assurée se montre par la suite disposée à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir l'assureur d'une nouvelle demande de prestations. En effet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, la sanction prononcée (décision fondée sur le dossier) ne peut porter que sur la période pendant laquelle l'assuré a refusé de collaborer à l'instruction (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.6 ; TF 9C_994/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.1 ; Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 56 *ad art.* 43 LPGA).

f) Pour qu'un manquement à l'obligation de collaborer ou de renseigner entraîne les conséquences juridiques de l'art. 43 al. 3 LPGA, il faut que l'assureur ait préalablement adressé à la personne assurée une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques d'un tel défaut et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Cette règle de procédure ne souffre aucune exception. Un assureur ne saurait en particulier s'y soustraire au motif que la personne assurée a catégoriquement refusé de se soumettre à une mesure d'instruction raisonnablement exigible (Jacques Olivier Piguet, *op. cit.*, n° 57 *ad art.* 43 LPGA et la référence).

5. a) En l'espèce, le recourant a été victime, le 25 juin 2021, d'une chute sur son lieu de travail, à l'issue de laquelle il s'est luxé l'épaule droite.

Il a été opéré à deux reprises, les 8 juillet 2021 et 8 juin 2022, de cette articulation. Le 31 mars 2023, il a fait l'objet d'un examen clinique par le Dr E._____. A cette occasion, il lui a été proposé de séjourner à la Clinique J._____, suggestion qu'il a cependant déclinée. Le Prof. P._____ et le Dr L._____ ont également fait part de l'utilité d'une telle mesure dans leurs rapports respectifs des 11 juillet et 25 septembre 2023. Finalement, en novembre 2023, le recourant a accepté de se faire hospitaliser au sein de cette clinique s'il était convoqué. L'intimée a donc organisé un séjour à la Clinique J._____ en vue d'évaluer notamment les capacités fonctionnelles de l'assuré et l'exigibilité d'un retour au travail, avant de l'inviter à s'y rendre le 20 mars 2024. Bien qu'il se soit présenté le jour prévu à l'admission, le recourant a, en fin de compte, décidé de ne pas séjourner dans cette clinique, alléguant que ses douleurs l'empêchaient de participer aux séances de physiothérapie. Se fondant sur les pièces au dossier, le Dr E._____ a soutenu, dans son appréciation finale du 3 mai 2024, que l'état de santé de l'assuré était stabilisé, tout en estimant que sa capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule droite. L'intimée, sur la base de cet avis, a alors accordé au recourant le droit à une rente d'invalidité d'un taux de 28 % et à une IPAI d'un degré de 10 %.

b) Cela étant, même si l'intimée ne l'a expressément spécifié ni dans sa décision du 10 février 2025 ni dans sa décision sur opposition du 14 août suivant, elle a fait application de l'art. 43 al. 3 LPGA pour reprocher au recourant un défaut de collaboration en raison de son refus de séjourner à la Clinique J._____ et, ainsi, statuer en l'état du dossier sur le droit à une rente d'invalidité et à une IPAI. Or, comme expliqué ci-dessus (cf. *supra* consid. 4f), avant de rendre une décision, l'assureur doit préalablement adresser à la personne assurée une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques d'un tel défaut de collaboration et lui impartir un délai de réflexion convenable. Certes, le recourant avait été informé par l'intimée, dans le cadre de précédentes mesures d'instruction, des répercussions d'une violation de son obligation de renseigner, notamment via l'envoi du 22 décembre 2021, mais aussi par courriers des 8 novembre 2022 et 14 février 2023. Tel n'a, en revanche, pas été le cas après qu'il ait

renoncé à se faire hospitaliser à la Clinique J._____, la CNA s'étant directement prononcée sur le droit à la rente et à l'IPAI en se fondant sur l'appréciation finale du Dr E._____. Aussi, il semble douteux que les seuls avertissements précités suffisaient à dispenser l'intimée de mettre, une nouvelle fois, en demeure l'assuré de collaborer en vertu de l'art. 43 al. 3 LPGA, ce d'autant plus que ces derniers le sommaient uniquement de prendre contact avec elle en vue d'éclaircir les faits de la cause et non de participer à un examen médical. Ce point peut toutefois souffrir de rester indécis, dès lors que la décision sur opposition litigieuse doit être annulée pour un autre motif.

c) Dans son opposition du 25 juin 2025, le recourant, lequel était depuis lors représenté par un mandataire professionnel, a exposé que ses problèmes au niveau du bras droit avaient compliqué l'accomplissement du séjour à la Clinique J._____ en mars 2024. Cependant, il était désormais prêt à se soumettre à une expertise auprès de cette clinique, ce dans le but d'évaluer, de manière concrète, sa capacité fonctionnelle et l'ampleur de la diminution de rendement. Or, comme mentionné ci-dessus (cf. *supra* consid. 4e) et ainsi que la Cour de céans l'avait déjà relevé dans son arrêt du 4 juillet 2022 (dans la cause AA 42/22 - 91/2022), les conséquences d'un défaut de collaborer au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA ne peuvent porter que sur la période pendant laquelle la personne assurée a refusé de prendre part aux mesures nécessaires à l'instruction. L'intimée aurait dû, en conséquence, à nouveau planifier un séjour à la Clinique J._____ à la suite du dépôt de l'opposition susmentionnée, étant rappelé que le Dr L._____ et le Prof. P._____, de même que le Dr E._____ - initialement - avaient préconisé cette hospitalisation. A cet égard, le médecin de la CNA n'a, à aucun moment, expliqué, dans son appréciation finale, en quoi un tel séjour n'était plus nécessaire, se limitant à constater que ce dernier avait « *dû être annulé pour non-collaboration de l'assuré* ». Sa conclusion selon laquelle l'état de santé du recourant était aujourd'hui stabilisé apparaît, au demeurant, sujette à caution, dès lors que le Dr L._____ avait observé, dans son dernier rapport du 25 septembre 2023, une amélioration de la mobilité passive et active de l'épaule de son patient.

d) Au regard de ce qui précède, force est donc de constater que l'intimée n'était pas en droit de statuer en l'état du dossier après que le recourant ait refusé de séjourner à la Clinique J._____, en mars 2024. Ce dernier étant désormais disposé à se soumettre à cette mesure d'instruction - laquelle a été considérée comme utile par le Prof. P._____, et par les Drs L._____ et E._____ -, elle était tenue de la mettre en œuvre une nouvelle fois.

6. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 14 août 2025 par l'intimée annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 août 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à A._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yero Diagne (pour A._____),
- 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 :