

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 février 2026

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourant, représenté par Me Emilie Rodriguez, avocate
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représenté par Me Radivoje Stamenkovic, avocat à
Lausanne.

Art. 4 LPGA et 6 LAA

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, était employé en qualité de couvreur par la société D._____ SA depuis le 2 mai 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 26 novembre 2022, l'assuré a consulté le service des urgences de la Permanence des A._____ pour un « traumatisme d'un membre - épaule droite » survenu le 23 novembre 2022. Le rapport de consultation établi le 27 novembre 2022 par le Dr F._____, médecin agréé au sein de cette permanence, précisait que l'assuré avait fait une chute dans un trou avec contusion à la hanche droite et à l'épaule droite. L'examen clinique mettait en évidence des douleurs au niveau du muscle sus-épineux de l'épaule droite lors des manœuvres, le reste de l'examen étant normal. Des radiographies de l'épaule droite ont été réalisées le jour-même sans révéler de lésion osseuse de nature traumatique. Le Dr F._____ a posé le diagnostic de « contusion de l'épaule droite (tendinopathie possible post traumatique) » et recommandé une consultation de contrôle en ambulatoire ainsi que la réalisation d'un ultrason ou d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) selon l'évolution.

Le 29 novembre 2022, l'employeur a annoncé l'accident à la CNA, en signalant que l'assuré avait glissé le 23 novembre 2022 sur un échafaudage et qu'il avait eu une contusion à l'épaule droite.

La CNA a pris en charge le cas et a notamment versé des indemnités journalières.

Le 13 décembre 2022, une échographie de l'épaule droite et des radiographies de l'épaule gauche ont été réalisées à la demande de la Dre G._____, médecin traitante de l'assuré. Dans le rapport relatif à ces examens, la Dre E._____, spécialiste en radiologie, a mentionné, sous la

rubrique « indications », que l'assuré avait des douleurs aux deux épaules, surtout à droite, depuis une chute survenue le 23 novembre 2022 d'une hauteur de 2,50 mètres avec réception sur les mains. Elle a pris les conclusions suivantes :

« Déchirure transfixiante de la partie postérieure du sus-épineux à droite et quasi transfixiante de la partie postérieure du sus-épineux à gauche.

Tendinopathie calcifiante du sous-scapulaire des deux côtés, prédominant à droite. Epanchement dans la gaine du biceps à droite, sans hyperhémie, soit en lien avec un petit épanchement articulaire soit avec une légère ténosynovite.

Pas de bursite sous-acromiale des deux côtés. »

Dans un rapport du 12 janvier 2023, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir vu le jour-même l'assuré, qui avait été victime d'une chute dans le trou d'un échafaudage mal fixé et avait dû se retenir avec les deux bras sur les arceaux latéraux, ce qui lui avait occasionné une forte douleur, surtout à l'épaule droite et, dans une moindre mesure, à l'épaule gauche. Il avait déjà vu le patient trois ans plus tôt pour une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite qui avait bien évolué avec un traitement conservateur. Au jour de l'examen, l'assuré était surtout gêné par son épaule droite qui présentait une impotence et des douleurs. Le Dr J._____ proposait de compléter le bilan avec une IRM de l'épaule droite pour la comparer avec l'ancienne IRM effectuée en 2019. Il était d'avis qu'il y aurait très probablement une indication à suturer le sus-épineux.

Dans un rapport d'IRM de l'épaule droite du 18 janvier 2023, le Dr K._____, spécialiste en radiologie, a observé une déchirure transfixiante subtotala du sus-épineux droit en nette aggravation depuis 2019, une bursite sous-acromiale ainsi qu'un épanchement dans la gaine du biceps qui était déjà visible en 2019.

Dans une lettre du 10 mars 2023 au médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à S._____, a rappelé que l'assuré était tombé dans un trou sur un chantier le 23 novembre 2022, avec incapacité fonctionnelle immédiate du bras droit. Il a posé le diagnostic de

déchirure transfixiante traumatique du supra-épineux de l'épaule droite et préconisé de procéder à une réparation arthroscopique.

Dans un rapport initial LAA du 1^{er} avril 2023, le Dr F. _____ de la Permanence des U. _____ a confirmé avoir prodigué les premiers soins à l'assuré le 26 novembre 2022. Sous la rubrique « indications du patient », il a mentionné une « chute sur épaule droite le 23 novembre 2022 ».

Le 27 avril 2023, l'assuré a subi une arthroscopie de l'épaule droite, avec ténotomie du biceps, synovectomie, acromioplastie, et réparation du tendon supra-épineux.

Selon un procès-verbal d'entretien du 22 juin 2023 avec un gestionnaire de la CNA, l'assuré ne rapportait aucune amélioration depuis l'opération de son épaule droite. Concernant le déroulement de l'accident, il déclarait avoir également « tapé » l'épaule gauche dans sa chute.

L'assuré a séjourné du 2 au 30 août 2023 à la M. _____ en raison d'omalgies persistantes de l'épaule droite. Dans le rapport du 26 septembre 2023 relatif à ce séjour, les Drs H. _____ et N. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistante, ont indiqué qu'une IRM de contrôle de l'épaule droite effectuée le 18 août 2023 avait montré un aspect de rerupture du tendon supra-épineux, accompagnée d'une bursite sous acromio-deltoïdienne. Le patient avait été revu en consultation post-opératoire auprès de son chirurgien traitant le 28 août 2023, lequel avait retenu une capsulite rétractile post-opératoire et recommandé la suspension de la rééducation stationnaire intensive pour un programme ambulatoire plus doux au vu de cet état inflammatoire. Dans ce contexte, il avait été mis un terme au séjour de réadaptation le 30 août 2023.

Dans un rapport du 24 novembre 2023, relatif à une consultation du même jour, le Dr L. _____ a mentionné que l'assuré signalait une épaule gauche plus douloureuse que l'épaule droite. Concernant le traitement, le patient déclarait ne plus vouloir faire de la physiothérapie car il connaissait bien les exercices et le Dr L. _____ ne

voyait aucune indication chirurgicale. Il avait recommandé à l'assuré une consultation en antalgie auprès du Prof. I. _____.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 23 janvier 2024 entre un gestionnaire de la CNA et l'assuré que ce dernier ne constatait aucune évolution de l'épaule droite et qu'il souffrait à présent de l'épaule gauche, l'assuré précisant qu'il avait deux tendons endommagés à l'épaule gauche en lien avec la chute du 23 novembre 2022.

Dans un rapport du 13 février 2024, le Prof. I. _____ a indiqué avoir vu l'assuré le 5 février 2024, lequel présentait des douleurs aux deux épaules. A l'anamnèse, le patient lui avait rapporté une chute sur l'épaule droite au travail en novembre 2022, à la suite de laquelle des omalgies étaient apparues. Il avait été opéré le 27 avril 2023 puis avait effectué un séjour de réhabilitation sans aucune amélioration et avec apparition des douleurs du côté gauche. Le Prof. O. _____ a posé les diagnostics d'omalgies bilatérales et de brachialgies bilatérales avec fourmillements et a prescrit une IRM de la colonne cervicale afin d'exclure la possibilité d'une douleur radiculaire d'origine cervicale.

Dans un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 1^{er} mars 2024, le Dr AA. _____, spécialiste en radiologie, a observé une cervicarthrose basse, sans myélopathie, et un conflit discoradiculaire gauche à l'étage C5-C6 et C6-C7.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 14 mars 2024 entre un gestionnaire de la CNA et l'assuré, ce dernier avait mal aux deux épaules et le seul traitement en cours était la prise de médicaments.

Dans un rapport du 6 mai 2024, le Dr L. _____ a indiqué avoir expliqué à l'assuré qu'une nouvelle intervention était contre-indiquée, que le tendon du supra-épineux était un tendon dispensable et que l'on pouvait vivre sans douleur avec une telle déchirure limitée.

Le 5 juin 2024, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 6 juin 2024, il a mentionné que l'assuré signalait un état inchangé, avec des douleurs tant à droite qu'à gauche, et précisait qu'il était tombé sur les deux épaules. Il ne faisait plus de physiothérapie et avait un traitement médicamenteux antalgique (Irfen qu'il préférait au Dafalgan, ainsi que du Tramadol en réserve). A l'examen clinique, le Dr P._____ a notamment observé une force au Jamar de 18 kg à droite et de 28 kg à gauche « puis s'épuisant 24 et 22 kg ». La résistance au test dynamique Jobe-Palm était tenue avec toutefois une perte de force sans douleur excessive. Le test sous-scapulaire montrait également une discrète déficience de force sans perte réelle de la fonction. Concernant l'atteinte à l'épaule gauche, le Dr P._____ a conclu à l'absence de lien de causalité entre celle-ci et l'accident du 23 novembre 2022, en relevant l'absence de documents décrivant un traumatisme de l'épaule gauche lors de l'événement en question, quand bien même l'assuré déclarait être tombé sur les deux épaules. Le Dr P._____ a par ailleurs observé que les deux sous-scapulaires étaient envahis par une tendinopathie calcifiante prédominant à droite reflétant une atteinte dégénérative bilatérale de la coiffe des rotateurs habituelle chez les personnes de l'âge de l'assuré ayant pratiqué le métier de couvreur. Il a retenu les diagnostics de déchirure transfixiante du supra-épineux de l'épaule droite et de status post chirurgical avec rupture de la suture du tendon du supra-épineux. Il a estimé qu'il n'y avait pas de proposition thérapeutique permettant une amélioration. Il a conclu que le métier de couvreur n'était plus exigible mais que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par l'atteinte à l'épaule (à savoir « travail qui nécessite une élévation rapide et/ou fréquente en direction de l'horizontale, tout travail au-dessus du plan des épaules, des mouvements nécessitant de la force ou mouvements répétés du membre supérieur droit, soulèvement supérieur à 12 kg bras en extension jusqu'à la taille et porter jusqu'à la taille et bras supérieur à 6 kg en direction de l'horizontale. Pas de vibration »). Le Dr P._____ a par ailleurs évalué à 12 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité relative à l'épaule droite, en tenant compte d'un état antérieur.

Dans un courrier du 13 juin 2024, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 juillet 2024 dès lors que la poursuite du traitement n'était pas susceptible d'apporter une amélioration significative de son état de santé. Elle a ajouté que l'assuré serait informé ultérieurement sur son droit à d'autres prestations.

Par décision du 27 août 2024, la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2024, fondée sur un degré d'invalidité de 19 %, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 12 % pour les séquelles de l'accident du 23 novembre 2022, en précisant qu'il n'était pas tenu compte des troubles à l'épaule gauche et aux cervicales qui étaient consécutifs à une maladie. Concernant la capacité de travail de l'assuré, la CNA a retenu que l'activité habituelle de couvreur n'était plus exigible mais que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité n'exigeant pas le port de charges supérieures à 12 kg jusqu'à hauteur de taille et limitées à 6 kg au-dessus, sans mouvements de force ou répétitifs ni élévation rapide ou fréquente du bras lésé, ni travaux à exécuter au-delà du plan des épaules.

Par courrier du 4 septembre 2024, l'assuré, représenté par le syndicat AE. _____, a formé opposition à l'encontre de cette décision. Le 15 octobre 2024, il a complété son opposition en faisant notamment valoir qu'il était tombé sur les deux mains, de telle sorte que ses deux épaules avaient été impactées lors de l'accident. Il a aussi allégué que son atteinte à l'épaule gauche était une lésion citée à l'art. 6 al. 2 let. f LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Dans ces circonstances, la CNA devait procéder à des investigations complémentaires de ses troubles à l'épaule gauche et devait les prendre en compte dans le calcul de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision sur opposition du 30 janvier 2025, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 27 août 2024.

B. Par acte du 3 mars 2025, B._____, désormais représenté par l'avocate Me Emilie Rodriguez, a recouru contre cette décision sur opposition, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il est mis au bénéfice de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2024, subsidiairement à sa réforme en ce sens que les montants de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont augmentés en tenant compte de l'impact de la lésion de l'épaule gauche, et plus subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition attaquée et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction dans les sens des considérants. Il a reproché à l'intimée de ne pas avoir tenu compte des rapports des Drs E._____ et J._____ qui apportaient des précisions claires sur le mécanisme de l'accident et confirmaient qu'il avait chuté sur les deux mains et senti immédiatement des douleurs aux deux épaules. Il a ajouté que de nombreux rapports médicaux faisaient état de ses plaintes à l'épaule gauche lesquelles n'avaient pas été prises au sérieux par ses médecins qui s'étaient focalisés sur le traitement de l'épaule droite. Il peinait par ailleurs à comprendre la raison pour laquelle l'intimée se montrait convaincue d'un lien de causalité entre l'accident et la déchirure transfixiante du sus-épineux à droite mais réfutait un tel lien pour la déchirure quasi transfixiante du sus-épineux de l'épaule gauche, alors que la dynamique de l'accident était la même pour les deux épaules. Il a également reproché à la CNA de ne pas avoir examiné le cas sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA, alors que la déchirure à l'épaule gauche mise en évidence quelques jours après l'événement du 23 novembre 2022 était une lésion assimilée à un accident. Dans ces circonstances, l'assureur ne pouvait se libérer de l'obligation de prouver que s'il apportait la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, ce qui ne ressortait nullement du dossier. C'était en définitive à tort que l'intimée n'avait pas tenu compte des lésions subies à l'épaule gauche lorsqu'elle a mis un terme aux prestations et qu'elle a évalué le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par décision du 6 mars 2025 du juge instructeur, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 3 mars 2025 et

a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Emilie Rodriguez.

Dans sa réponse du 9 avril 2025, l'intimée, représentée par l'avocat Me Radivoje Stamenkovic, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 30 janvier 2025. En substance, elle a soutenu qu'il n'y avait aucun motif de s'écarter de l'avis du médecin d'arrondissement relatif à l'absence de lien de causalité entre l'atteinte à l'épaule gauche et l'accident et que l'art. 6 al. 2 LAA n'était pas applicable.

Dans sa réplique du 26 mai 2025, le recourant a confirmé ses conclusions. En substance, il a allégué que les documents cités par l'intimée pour nier un lien de causalité ne faisaient que mentionner les douleurs ressenties juste après l'accident et ne décrivaient pas la dynamique de l'accident. Or, une douleur plus aiguë pouvait en masquer d'autres. Il a aussi allégué qu'il appartenait à l'intimée d'éclaircir les circonstances de l'accident en l'interrogeant, ce qu'elle n'avait pas fait. A ce sujet, il avait toujours décrit sa chute en précisant être tombé sur ses deux mains et avait fait état de douleurs aux deux épaules, ce qui ressortait des rapports des Drs J._____ et E._____, qui étaient les premiers rapports décrivant la chute. La CNA n'avait donc aucune raison de s'en écarter. Se prévalant d'un rapport du Dr L._____ du 2 mai 2025 qu'il a joint à son écriture, le recourant a aussi allégué que la capacité de charge avait été surestimée par l'intimée. Dans le rapport précité, le Dr L._____ a répondu à des questions du conseil du recourant, en mentionnant notamment que le prénommé présentait des douleurs persistantes et chroniques aux deux épaules, plus marquées à gauche depuis plusieurs mois. Le patient présentait également une limitation des mouvements et de la performance des deux épaules en raison des douleurs importantes. Le Dr L._____ était d'avis que l'appréciation du Dr P._____ concernant l'inexigibilité de l'activité habituelle était correcte, mais que ses estimations de la capacité de charge étaient probablement surestimées, le Dr L._____ précisant que le soulèvement du bras en extension avec une charge supérieure à 1 kg n'était pas exigible en raison des douleurs. Une activité adaptée était selon

lui possible à condition de respecter strictement les limitations fonctionnelles et les contraintes imposées par les douleurs chroniques. Il a ajouté que les douleurs jouaient un rôle significatif et devaient être intégrées à l'évaluation, le Dr L._____ préconisant à cet égard une expertise indépendante par un spécialiste de la douleur chronique.

Par duplique du 30 juin 2025, l'intimée a maintenu sa position.

Le 28 août 2025, le recourant a confirmé ses conclusions.

En droit :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 juillet 2024, plus particulièrement sur l'octroi de prestations en lien avec les atteintes qu'il présente à l'épaule gauche.

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

Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 ou, 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). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie

et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

cc) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1 ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

b) aa) En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance-accidents alloue également ses prestations notamment en cas de déchirures de muscles et de tendons, pour autant que la lésion en cause ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie (let. d et f). Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prêter ; la preuve que l'atteinte a été causée par un facteur extérieur extraordinaire, au sens de l'art. 4 LPGA, n'est pas nécessaire. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prêter s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6 ; TF 8C_13/2021 du 6 septembre 2021 consid. 2.2).

bb) Le Tribunal fédéral a examiné les répercussions de la modification législative relative aux lésions corporelles assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2017). Il s'est notamment penché sur la question de savoir quelle disposition était désormais applicable lorsque l'assureur-accidents avait admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA. Le Tribunal fédéral a admis que dans l'hypothèse où une telle lésion est imputable à un accident,

l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident ne constitue plus, même très partiellement, la cause naturelle et adéquate de la lésion. En revanche, en l'absence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est en principe tenu de verser des prestations pour une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, à moins qu'il ne prouve que cette lésion est due principalement à l'usure ou à une maladie. Cela étant, lorsque l'assureur-accidents fournit la preuve qu'un accident n'est pas une cause, même très partielle, d'une lésion corporelle de la liste et qu'il n'existe par ailleurs pas d'indice qu'un événement survenu après l'accident pourrait constituer une cause possible de cette lésion, la preuve que celle-ci est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie est par là-même apportée (ATF 146 V 51 consid. 9 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.2).

c) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 144 V 354 consid. 4.1; 143 V 148 consid. 3.1.1; 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 6.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2 et les références).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

c) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590

consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_697/2022 du 22 mai 2023 consid. 5.3.1 ; TF 8C_59/2022 du 6 septembre 2022 consid. 4.2.1).

5. a) En l'espèce, les parties s'accordent sur le fait que l'événement du 23 novembre 2022 constitue un accident au sens de la loi et que la rupture transfixiante du sus-épineux de l'épaule droite a été causée par cet accident. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas que l'état de son épaule droite est stabilisé depuis le 31 juillet 2024. Il soutient que l'intimée doit lui allouer des prestations d'assurance également pour son atteinte à l'épaule gauche et qu'elle ne pouvait dès lors pas mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et statuer sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité sans tenir compte de sa lésion à l'épaule gauche.

b) Le 26 novembre 2022, le recourant a consulté le service des urgences pour un traumatisme à l'épaule droite, en signalant avoir chuté sur cette épaule le 23 novembre 2022. L'examen clinique a mis en évidence des douleurs à la mobilisation de l'épaule droite et une radiographie de cette épaule a été réalisée lors de cette consultation. Il ressort des rapports relatifs à cette première consultation médicale que le recourant n'a signalé aucun traumatisme à l'épaule gauche ni formulé aucune plainte en lien avec cette partie du corps, ses plaintes ayant trait uniquement à l'épaule droite, comme l'a observé le Dr P. _____ dans son appréciation médicale du 6 juin 2024. Cela concorde avec les indications que le recourant a fournies à son employeur puisque la déclaration d'accident complétée par ce dernier le 29 novembre 2022 mentionne l'épaule droite comme seule partie du corps blessée lors de la chute. Ces éléments infirment l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et la déchirure quasi transfixiante de la partie postérieure du sus-épineux diagnostiquée à l'épaule gauche le 13 décembre 2022, comme l'a observé le Dr P. _____, qui a au demeurant relevé que l'imagerie radiologique révélait la présence d'une atteinte dégénérative préexistante de la coiffe des rotateurs sous la forme d'une tendinopathie calcifiante.

Le recourant se prévaut des rapports des Drs E._____ et J._____ pour soutenir qu'à l'instar de la lésion à l'épaule droite, l'atteinte à l'épaule gauche a été causée en chutant sur ses deux mains d'un échafaudage. A cet égard, il y a lieu d'observer que si ces deux médecins font état de l'existence de douleurs aux deux épaules depuis l'accident, leur description de l'accident varie quelque peu, puisque la Dre E._____ mentionne une chute avec réception sur les deux mains, tandis que le Dr J._____ indique que le recourant s'est retenu avec les deux bras aux arceaux latéraux de l'échafaudage lors de la chute. Par ailleurs, l'existence de douleurs à l'épaule gauche immédiatement après l'accident ou dans les jours suivants est infirmée par les premières constatations médicales faites aux urgences le 26 novembre 2022 ainsi que par les premières déclarations du recourant recueillies à cette occasion, qui doivent être privilégiées au vu de la jurisprudence relative aux premières déclarations (cf. consid. 4c *supra*). D'autant plus que la description du déroulement de l'accident faite par le recourant aux différents intervenants a continué à varier par la suite, puisqu'il a signalé le 22 juin 2023 au gestionnaire de la CNA qu'il avait « tapé » l'épaule gauche dans sa chute, qu'il a indiqué le 13 février 2024 au Prof. I._____ l'apparition d'omalgies droites à la suite d'une chute sur l'épaule droite (ce qui concorde avec les premières déclarations faites aux urgences), et qu'il a déclaré le 5 juin 2024 au Dr P._____ être tombé sur les deux épaules.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait faire grief à la recourante d'avoir écarté l'existence d'un lien de causalité entre la chute du 23 novembre 2022 et la lésion à l'épaule gauche du recourant.

Pour le surplus, dans la mesure où l'événement du 23 novembre 2022 répond à la définition légale de l'accident contenue à l'art. 4 LPGA, le droit aux prestations d'assurance relève de l'art. 6 al. 1 LAA et l'art. 6 al. 2 LAA, dont se prévaut le recourant, n'est pas applicable en l'espèce (cf. ATF 146 V 51 consid. 9.1).

Le refus de l'intimée d'allouer des prestations pour l'atteinte à l'épaule gauche ne paraît pas critiquable.

c) Il n'y a pas lieu d'examiner la question de la stabilisation de l'état de l'épaule droite, ni les montants de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité alloués au recourant pour les séquelles de l'accident en lien avec cette épaule droite, qui ne sont pas contestés. Précisons toutefois à cet égard que le rapport du 2 mai 2025 du Dr L._____ produit au stade du recours confirme l'avis du médecin d'arrondissement relatif à une atteinte à l'intégrité de 12 % sur lequel s'est fondée l'intimée. Par ailleurs, ce document corrobore que le recourant dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée, comme l'a retenu l'intimée sur la base de l'appréciation du Dr P._____, étant relevé que la limitation de charge de 1 kg en raison des douleurs mentionnée par le Dr L._____ n'est pas étayée par les autres pièces médicales et est contredite par les constatations faites par le médecin d'arrondissement lors de l'examen clinique du recourant. Il convient de rappeler que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Par ailleurs, le Dr L._____ tient compte de l'atteinte à l'épaule gauche dans son appréciation, alors qu'un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident du 23 novembre 2022 a été nié. Le dernier rapport du Dr L._____ n'est ainsi pas de nature à mettre en doute les considérations retenues par l'intimée pour le calcul du degré d'invalidité du recourant en lien avec son atteinte à l'épaule droite.

6. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

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).

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Emilie Rodriguez peut prétendre à une équitable indemnité pour son

mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 2 février 2026, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'179 fr. 30, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), ce qui correspond à la somme réclamée par Me Rodriguez.

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

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 30 janvier 2025 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Emilie Rodriguez, conseil d'office de B._____, est arrêtée à 2'179 fr. 30 (deux mille cent septante-neuf francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Emilie Rodriguez (pour le recourant),
- Me Radivoje Stamenkovic (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :