

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2015

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Métral
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 LAA ; art. 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} mai 2002 en qualité de poseur de sols pour l'entreprise L._____ à [...]. A ce titre, il était assuré contre le risque d'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 22 juin 2013, l'assuré s'est soumis à un examen par CT-scan cervical et lombaire en raison de douleurs cervicales irradiant dans les deux membres supérieurs et de douleurs lombaires L5-S1 sur le côté droit. Dans son rapport du 24 juin 2013 au Dr H._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, la Dresse T._____, spécialiste en radiologie, a posé les diagnostics suivants :

« CT-SCAN cervical : discarthrose sévère en C3-C4 et C5-C6 et dans une moindre mesure C4-C5, sténosant les trous de conjugaison droits et gauches pouvant irriter les racines C4, C5 et C6 bilatéralement. Pas de canal cervical étroit. Pas d'évidence de hernie discale.

CT-SCAN lombaire : discopathie L4-L5 avec prolapsus discal prédominant en position latérale droite pouvant irriter la racine L5 droite à son émergence du sac thécal.

En L5-S1, discarthrose et arthrose facettaire sténosant sévèrement les trous de conjugaison pouvant irriter les racines L5 bilatéralement. »

Selon la déclaration d'accident LAA complétée le 22 août 2013 par l'employeur, le 16 juillet 2013, un rouleau de tapis que l'assuré mettait en place avait glissé et lui avait tiré le bras, provoquant une lésion de type déchirure à l'épaule droite. Les premiers soins ont été donnés par le Dr H._____. Dans un certificat médical du 19 août 2013, ce médecin a attesté une totale incapacité de travail dès le 20 août 2013, avec une reprise du travail à 100% le 2 septembre 2013.

La Dresse W._____, spécialiste en radiologie, a procédé à une échographie de l'épaule droite le 22 août 2013. Aux termes de son

rapport du même jour au Dr H._____, elle a constaté des tendinopathies calcifiantes du sus-épineux, du sous-épineux et du sous-scapulaire avec une forte suspicion de déchirure transfixiante du sus-épineux et une composante de bursite sous-acromiale associée à une fine lame de liquide dans la bourse. La radiologue relevait au surplus l'absence d'épanchement intra-articulaire et de signe d'arthropathie dégénérative significative au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite.

Renseignant la CNA le 3 septembre 2013, le Dr H._____ a posé le diagnostic de déchirure de la coiffe des rotateurs, estimant que le patient serait affecté d'une totale incapacité de travail pour une durée probable de trois à six mois dès le 16 juillet 2013.

Le 5 septembre 2013, invité par l'assureur-accident à décrire en détails le déroulement des événements survenus le 16 juillet 2013, l'assuré a indiqué qu'un rouleau de tapis qu'il mettait en place avait glissé et lui avait tiré le bras droit. Il avait été déséquilibré au moment des faits et avait tout de suite ressenti des douleurs.

Dans un rapport d'arthro-CT de l'épaule droite du 25 septembre 2013 au Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr F._____, spécialiste en radiologie, a exclu toute déchirure tendineuse, en particulier du sus-épineux, constatant par contre une tendinopathie calcifiante débutante du sous-épineux et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire.

Lors d'une visite d'un inspecteur de la CNA à son domicile le 22 octobre 2013, l'assuré a précisé le déroulement des faits en ces termes :

« Faits :

Le 16 juillet 2013, je me trouvais au dépôt, seul. Je devais charger du parquet et un rouleau de moquette, 4m20 de long, me gênait. Je l'ai déplacé et je l'ai appuyé contre une table. Il a alors glissé et, par réflexe, je me suis précipité pour le retenir. Je l'ai saisi par le bout avec la main droite. Il était très lourd et j'ai senti une violente douleur dans toute l'épaule droite au moment de l'effort. J'aurais dû le laisser tomber mais il était tellement lourd que je ne me voyais

pas de nouveau aller le chercher par terre avec mon dos. Pas de choc, chute ou glissade par exemple.

Evolution :

Sur le moment, je n'ai pas voulu m'inquiéter car j'étais presque en vacances. Durant celles-ci, je sentais mon épaule, mais c'était supportable.

A la reprise, j'ai constaté que cette épaule droite n'allait pas. J'avais mal et je n'avais plus de force. J'ai alors décidé d'aller voir mon médecin le Dr H. _____ le 20 août 2013.

(...)

Au passage, on m'a investigué le dos. Ce n'est pas la première fois et c'est ma caisse-maladie qui paie. Rien de spécial ne s'est produit. Il n'y a pas «d'accident».

Le Dr Z. _____ m'a fait une infiltration le 7 octobre 2013. Depuis, cela va mieux et j'ai commencé la physio avec de bons résultats. J'ai du Irfen 600 et du Sirdalud. »

Par courrier du 25 octobre 2013, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge les troubles affectant son épaule droite, dans la mesure où il n'y avait pas eu d'accident et que les conditions de prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident ou comme maladie professionnelle n'étaient pas non plus réunies.

Réagissant à ce courrier le 5 novembre 2013, l'assuré a fait valoir qu'il n'avait jamais souffert de douleurs à l'épaule avant le 16 juillet 2013. L'événement déclencheur étant survenu sur son lieu de travail, il estimait qu'il devait bénéficier de la garantie de la CNA.

Par décision du 11 novembre 2013, la CNA a relevé qu'aucun événement particulier tel qu'un choc ou une chute ne s'était produit lorsque l'assuré avait retenu le rouleau de moquette qui glissait. L'assureur-accidents a confirmé qu'il ne s'agissait pas d'un accident et que les conditions de prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident ou comme maladie professionnelle n'étaient pas réunies. L'intéressé était dès lors invité à déclarer le cas à son assurance maladie.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 3 décembre 2013, faisant valoir qu'à son sens, le fait de rattraper un rouleau de tapis, afin d'éviter qu'il ne chute sur ses pieds et ne le blesse, constituait bien un accident. Il a ajouté que lors d'une consultation du 27 novembre 2013, le Dr Z. _____ avait estimé qu'il présentait « quelque chose de plus grave » et avait requis une nouvelle IRM. Le 3 janvier 2014, l'assuré a transmis à la CNA un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 10 décembre 2013 du Dr J. _____, spécialiste en radiologie, au Dr Z. _____, à la teneur suivante :

« (...)

Phase arthrographique : capacité articulaire normale, bourse non opacifiée.

IRM

Structures osseuses : discrète ascension de la tête humérale par rapport à la glène. Acromion légèrement plongeant vers le bas dans le plan coronal oblique, par ailleurs de surface régulière sans pincement de l'espace acromio-huméral.

Tendon du long biceps : centré dans la gouttière bicipitale, sans altération.

Tendon du sous-scapulaire : sans anomalie

Bourse sous-acromiale : sans altération

Synoviale : non épaissie

Bourrelet : d'aspect homogène et régulier

Muscles : de trophicité normale

Autres constatations : néant

Conclusion

Tendinopathie étendue de la face profonde du sus-épineux sans déchirure transfixiante objectivée. Aspect un peu plongeant vers le bas de l'acromion. »

Dans son appréciation médicale du 13 janvier 2014, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est exprimé en ces termes :

« Ce patient, âgé de 59 ans, poseur de sol, a fait un effort pour retenir un rouleau de moquette qui glissait et il a ressenti une violente douleur dans l'épaule D [droite].

Notre service administratif estime qu'il n'y a pas d'accident dans ce cas mais seulement un événement assimilé à un accident.

Une échographie, le 22.08.2013, a montré une tendinopathie calcifiante, extensive, de la coiffe des rotateurs. Il s'agit d'une affection éminemment malade et dégénérative de l'épaule qui s'est constituée progressivement bien avant l'événement du 16.07.2013. S'il est vrai que la radiologue a suspecté une déchirure transfixiante du sus-épineux sur une échographie, une arthro-IRM, le 09.12.2013, ne l'a pas confirmée.

Il n'y a donc pas de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9/2 OLAA dans ce cas. »

Par décision du 16 janvier 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 11 novembre 2013. L'assureur-accidents a en substance retenu que le fait de déployer un mouvement de réflexe consistant à rattraper une charge pour éviter qu'elle ne tombe ne constituait pas en soit un élément extérieur extraordinaire, mais relevait

au contraire d'une « injure du métier ». L'événement litigieux n'était donc pas constitutif d'un accident, pas plus qu'il n'entraîne dans le cadre des lésions assimilées à un accident, l'arthro-IRM du 10 décembre 2013 du Dr J._____ n'ayant pas confirmé la déchirure du sus-épineux suspectée dans un premier temps par la Dresse W._____.

Par courrier du 6 février 2014 à la CNA, l'assuré a fait part de son « opposition » à la décision du 16 janvier 2014, arguant du fait que le Dr Z._____ plaide en faveur d'une déchirure du sus-épineux et précisant que le rouleau de moquette litigieux était tombé d'une hauteur de 1 m 50.

Réagissant au courrier précité de l'assuré le 12 février 2014, l'assureur-accidents lui a fait savoir que sa décision sur opposition était susceptible de recours auprès du tribunal des assurances de son canton de domicile dans un délai de trente jours dès notification.

B. Par acte du 7 mars 2014, P._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 16 janvier 2014, dont il conclut implicitement à la réforme, en ce sens que les suites de l'événement du 16 juillet 2013 soient prises en charge par la CNA. Il explique en substance qu'il a rattrapé un rouleau de moquette de plus de 100 kg qui tombait d'un tablard, afin qu'il ne chute pas sur ses pieds. Ne se trouvant pas dans une position très confortable pour cette action, il a tout de suite ressenti une très forte douleur dans l'épaule et au bras droits, trouble qu'il n'avait jamais connu auparavant. Il estime dès lors avoir été victime d'un accident. Il joint à son écriture un rapport du Dr Z._____ du 5 mars 2014 selon lequel les bilans radiologiques réalisés suite à l'affection traumatique du 16 juillet 2013 avaient confirmé la présence d'une rupture de la face profonde du tendon sus-épineux. Le médecin précisait que son patient n'avait jamais présenté de symptômes à l'épaule droite avant l'incident litigieux, bien qu'il manipule de façon quotidienne des poids relativement conséquents. Radiologiquement, aucune arthrose particulière, notamment au niveau de l'articulation gléno-humérale, n'avait été mise en évidence.

Le praticien estimait dès lors que le traumatisme du 16 juillet 2013 était bien la cause des lésions affectant son patient, lesquelles impliquaient encore des traitements et une incapacité partielle de travail.

Dans une réponse du 12 février 2014, l'intimée a estimé que le recourant ne faisait valoir aucun élément nouveau déterminant et a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment de son dépôt, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, le 6 février 2014, toutefois auprès de l'intimée, qui ne l'a pas adressé à la Cour de céans comme objet de sa compétence (art. 30 LPGA). Le recourant, après avoir reçu le courrier de la CNA du 12 février 2014, s'est alors adressé le 7 mars 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en reprenant les arguments développés dans son écriture du 6 février 2014, confirmant ainsi son intention de recourir. On retiendra dès lors que le recourant a agi en temps utile auprès de l'intimée (cf. art. 39 al. 2 et 60 al. 1 LPGA) et que son recours satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 16 juillet 2013. Singulièrement, il s'agit d'examiner si l'événement en cause constitue un accident et, le cas échéant, s'il existe un lien de causalité entre celui-ci et l'atteinte à l'épaule droite.

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. 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 (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1).

aa) L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise lorsqu'un phénomène extérieur modifie de manière anormale le déroulement naturel d'un mouvement, ce qui a pour effet d'entraîner un mouvement non coordonné (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au

corps humain qui agit (Jean-Maurice Frésard/ Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 66 p. 859). Dans la plupart des situations, le facteur extérieur est clairement reconnaissable (chute, coup, etc.). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues (cf. ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 ; TF 8C_234/2008 du 31 mars 2009 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 71 p. 860). Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (cf. ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et 121 V 35 consid. 1a avec les références citées).

Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (« mouvement non programmé », cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74). Dans le cas d'un tel mouvement, l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire doit être admise, car le facteur extérieur - l'interaction entre le corps et l'environnement - constitue en même temps le facteur extraordinaire en raison de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouble, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (cf. RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [TFA U 322/02 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (cf. RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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 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 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 79 p. 865).

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 événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss consid. 3b). 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. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (cf. SVR

2009 UV n° 3 p. 9 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 avec les références citées et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire :

- les fractures (let. a),
- les déboîtements d'articulations (let. b),
- les déchirures du ménisque (let. c),
- les déchirures de muscles (let. d),
- les élongations de muscles (let. e),
- les déchirures de tendons (let. f),
- les lésions de ligaments (let. g) et
- les lésions du tympan (let. h).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont

assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b, 116 V 145 consid. 2c, 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références).

A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 129 V 466 consid. 4, 123 V 43 ; cf. TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1, 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1).

c) S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013 consid. 4 et les références).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

4. a) En premier lieu, il sied de constater que la lésion subie ne peut pas, en tant que telle, être assimilée à un accident au sens l'art. 9 al. 2 OLAA. La déchirure du tendon du sus-épineux suspectée par la Dresse W._____ lors de son échographie du 22 août 2013 n'a en effet pas été confirmée par les examens subséquents. Ainsi, dans son rapport d'arthro-CT de l'épaule droite du 24 septembre 2013, le Dr F._____ a spécifiquement exclu toute déchirure tendineuse, en particulier du sus-épineux, retenant uniquement une tendinopathie calcifiante débutante du sous-épineux et une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire. A l'issue de l'arthro-IRM de l'épaule droite du 9 décembre 2013, le Dr J._____ a fait état d'une tendinopathie du sus-épineux, tout en écartant lui aussi toute déchirure transfixiante objectivée. Les lésions en présence ne figurant pas au nombre des affections énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont la liste est exhaustive (cf. ATF 116 V 145), elles ne peuvent pas être assimilées à un accident.

b) Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 16 juillet 2013 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Pour le recourant, il s'est blessé en essayant de rattraper un rouleau de moquette de plus de 100 kilos. L'intimée conteste pour sa part tout caractère extérieur extraordinaire à l'événement.

Aux termes de la déclaration de sinistre du 22 août 2013, le recourant a expliqué qu'en mettant en place un rouleau de tapis sur une

étagère, celui-ci avait glissé et tiré son bras, ce qui avait conduit à une lésion de l'épaule droite. Il a précisé le 5 septembre 2013 sur requête de la CNA avoir été déséquilibré et avoir ressenti tout de suite des douleurs. A l'occasion d'un entretien du 22 octobre 2013 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a expliqué s'être fait mal en déplaçant un rouleau de moquette de 4m20 de long, lequel avait glissé. Il s'était alors précipité pour le retenir, le saisissant avec le bout de la main droite. Le rouleau étant très lourd, il avait senti une violente douleur dans toute l'épaule droite au moment de l'effort.

L'assuré a fait état d'une douleur immédiate dans toutes ses déclarations, laquelle était apparue lorsqu'il avait rattrapé un rouleau de moquette de 4m20 de long, dont il a estimé le poids à 100 kilos. Le 6 février 2014, le recourant a précisé que le rouleau était tombé d'une hauteur de 1m50 alors qu'il était entrain de le déplacer.

Selon la description de l'événement dommageable, il y a lieu d'admettre un mouvement « non programmé » au sens dégagé par la jurisprudence eu égard au mouvement désordonné, involontaire, exercé par le recourant, à l'instar par exemple d'un mouvement effectué par réflexe (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1). Il appert en effet que le déroulement naturel a été influencé par un élément extraordinaire particulier et imprévisible, savoir la bascule du rouleau de moquette, qui a entraîné un mouvement incontrôlé. Nonobstant le fait que le recourant a ressenti une douleur immédiatement, il n'en reste pas moins que dans le cas particulier, surpris par le fait que le rouleau de moquette glissait, il s'est vu contraint de fournir de façon involontaire et improvisée un effort sur lequel il n'avait absolument aucune maîtrise. Le mouvement réflexe non coordonné a ainsi consisté en un « faux mouvement » pour rattraper le rouleau de moquette de 100 kilos. De telles circonstances excèdent à l'évidence le cadre habituel de l'activité du recourant. Il se justifie dès lors d'admettre la survenance d'un facteur extérieur extraordinaire et, partant, d'un événement accidentel.

Par conséquent, il y a lieu d'admettre que la condition du facteur extérieur extraordinaire est remplie en l'occurrence et que l'événement du 16 juillet 2013 doit être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

S'agissant du lien de causalité entre l'événement accidentel et la tendinopathie de l'épaule droite, le Dr Q._____ a indiqué qu'il s'agissait d'une affection « éminemment malade et dégénérative de l'épaule » qui s'était constituée « progressivement bien avant l'événement du 16.07.2013 » (cf. appréciation du 13 janvier 2014). Or à l'occasion de son examen du 24 septembre 2013, le Dr F._____ a fait état d'une tendinopathie calcifiante *débutante* du sus-épineux, ce qui contredit les propos du Dr Q._____ en lien avec une affection dégénérative qui aurait été présente bien avant l'accident du 16 juillet 2013. La tendinopathie s'est ensuite péjorée, puisque le Dr J._____ a mentionné dans son rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 10 décembre 2013 une tendinopathie étendue de la face profonde du sus-épineux. Le Dr Z._____ attribue lui aussi à l'accident du 16 juillet 2013 les atteintes que présente son patient (cf. certificat du 5 mars 2014). On retiendra donc pour établie l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et la tendinopathie touchant l'épaule droite.

5. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la caisse intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 16 juillet 2013.

b) La procédure étant gratuite, le présent arrêt est rendu sans frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD). Le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu d'octroyer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 16 janvier 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée en ce sens que celle-ci est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel survenu le 16 juillet 2013.

- III. Il est statué sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- P. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :