

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2010

Présidence de M. ABRECHT, juge unique

Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

G._____, à Vevey, recourant,

et

T._____, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, à Genève.

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

E n f a i t :

A. **a)** G._____ (ci-après: l'assuré), né le 26 août 1970, travaille depuis le 1^{er} juin 2007 en qualité de délégué hospitalier pour le compte de la société [...], à Dübendorf, et est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par la T._____ (ci-après: la T._____).

b) Par déclaration d'accident bagatelle du 7 novembre 2008 signée par l'assuré lui-même, celui-ci a annoncé à la T._____ un événement survenu le 16 avril 2008 dans les termes suivants:

"En voulant sortir un appareil médical de mon véhicule, je me suis comprimé la cage thoracique, notamment à cause de l'étroitesse des places de parc à cet endroit. Douleur aiguë de courte durée, puis réapparition le jour suivant, notamment à l'inspiration et lorsque je riais".

c) L'Hôpital Riviera de Vevey a transmis sur demande de la T._____ un rapport médical daté du 30 janvier 2009, signé par le médecin chef, le Dr D._____, dont il ressort que l'assuré avait été examiné le 19 avril 2008 en raison de douleurs dans le mollet droit et douleur thoracique latérale gauche, avec pour diagnostic des "douleurs thoraciques dans un contexte d'épanchement pleural gauche d'origine indéterminée". Quant à la cause de ces troubles, le médecin indiquait "maladie".

d) Le 20 juillet 2009, la T._____ a informé l'assuré que le cas ne serait pas pris en charge, l'événement annoncé ne remplissant pas la notion d'accident au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) et le médecin intervenu le 19 avril 2008 ayant indiqué le caractère maladif des troubles diagnostiqués.

e) L'assuré a contesté par courrier du 14 septembre 2009 la prise de position de la T._____.

f) Le 25 octobre 2009, le médecin-conseil de la T._____, le Dr H._____, a rendu un avis médical, dans lequel il a conclu à la confirmation du refus de prise en charge du cas, le diagnostic posé d'épanchement pleural ayant un caractère de maladie.

B. a) Par décision du 26 novembre 2009, la T._____ a confirmé le refus de prise en charge du cas sur la base de l'avis de son médecin-conseil. Copie de cette décision a été adressée à la caisse-maladie de l'assuré, [...], qui n'a pas fait opposition.

b) L'assuré a pour sa part fait opposition le 26 décembre 2009 à ladite décision.

c) Dès lors, la T._____ a rendu le 19 janvier 2010 une décision sur opposition par laquelle elle a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 26 novembre 2009, en exposant les éléments suivants: En premier lieu, elle a rappelé que l'accident au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) présuppose notamment que l'atteinte à la santé ait été causée par un facteur extérieur extraordinaire. Elle a ensuite indiqué que l'assuré avait déclaré s'être comprimé la cage thoracique en voulant sortir un appareil médical de son véhicule, notamment à cause de l'étroitesse des places de parc avec douleur aiguë de courte durée, puis réapparition le jour suivant, notamment à l'inspiration et lorsqu'il riait. Elle a précisé que le rapport médical initial de l'Hôpital Riviera daté du 30 janvier 2009 ne faisait pas état d'un événement quelconque à la base de la problématique constatée, tout en indiquant comme diagnostic "douleurs dans le mollet droit depuis une semaine. Douleur thoracique latérale gauche depuis 24h"; quant à la cause de la problématique, le médecin faisait état d'une maladie. Elle a également rappelé que son médecin-conseil a fait état du diagnostic d'épanchement pleural, qui a un caractère de maladie. Dès lors, elle a conclu qu'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine de la problématique constatée faisant défaut en l'espèce, la notion d'accident ne pouvait être retenue et une prise en charge en ce sens avait donc été à juste titre refusée, puisque l'on n'était par ailleurs pas en présence d'une

lésion corporelle assimilée à un accident selon l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202). Au demeurant, elle relevait que la caisse-maladie de l'assuré, [...] à Lausanne, n'avait pas fait opposition à la décision du 26 novembre 2009, acceptant ainsi le principe de son obligation d'intervention. L'assuré était donc invité à s'adresser à sa caisse-maladie pour le règlement des frais de traitement.

C. **a)** Par acte du 12 février 2010, posté le 15 février 2010, l'assuré recourt contre la décision sur opposition susmentionnée. A l'appui de son recours, il allègue ce qui suit:

" Début avril, je ressens une douleur dans le mollet, je ne l'identifie pas spécifiquement et attend qu'elle passe, ce qui est chose faite, cependant peu de temps après sa disparition (quelques heures à un jour ou deux), je ressens une douleur thoracique le 17 avril 2008. Je ne m'inquiète pas trop jusqu'au 18 avril au soir où la douleur augmente de plus en plus. Je crains une complication cardio-pulmonaire due à une éventuelle thrombose veineuse profonde. Je consulte les urgences du Samaritain (Hôpital Riviera). Ils me gardent la nuit, car il y a un petit doute sur mes résultats sanguins et ils veulent un scanner pour déterminer la cause de la douleur thoracique.

Le lendemain matin, le scanner est fait et diagnostique un petit épanchement pleural. La cheffe de clinique me donne deux causes pouvant être à l'origine de la douleur et de l'épanchement, soit une très forte toux soit un traumatisme. Sur le moment, je ne vois aucune cause, si ce n'est une forte toux qui a eu lieu en mars encore et qui ne peut plus avoir d'influence à ce moment. Par ailleurs, la cheffe de clinique affirme que la douleur au mollet n'a rien à voir avec l'épanchement pleural, qu'il s'agit d'un concours de circonstances.

Le seul soulagement de ne pas avoir de complications ne m'a pas alerté sur les aspects de la prise en charge des assurances. D'autre part, j'avais dans l'idée qu'en cas de maladie, je n'aurai à payer que

les 10%, car j'avais été hospitalisé ; ce qui ne m'apparaissait pas comme un montant trop important. C'est ce qui a provoqué ma réaction quelque peu tardive, et qui m'a probablement pénalisé dans la reconnaissance de la T._____.

Au moment de payer la somme à l'assurance maladie, j'ai vérifié mon agenda pour savoir si un événement particulier était arrivé dans la semaine du 14 avril 2008. En effet, le mercredi 16 avril, au moment de sortir un appareil médical de mon véhicule à la clinique des Grangettes à Chêne (GE), je me suis coincé très fortement la cage thoracique en forçant le passage entre la portière et la carrosserie, car les véhicules étaient très proches les uns des autres. J'ai ressenti une brève et vive douleur à ce moment-là, mais par la suite, elle a disparu et n'a réapparu que le lendemain. Cet événement correspond clairement à un accident, puisque il a été bref, subi avec l'implication d'un élément extérieur (la voiture)."

Estimant ainsi qu'"il est clair que la cause de l'épanchement pleural est l'accident du 16 avril 2008, car aucune autre possibilité n'existe en termes de maladie", le recourant conclut implicitement à la réforme de la décision sur opposition attaquée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais de traitement de l'atteinte annoncée par déclaration d'accident bagatelle du 7 novembre 2008.

Sont également joints au recours les documents suivants: la décision querellée, le rapport du Dr D._____ du 30 janvier 2009, la "sommation pour participations impayées" du 20 novembre 2009 de la [...] pour un montant de CHF 1'184.15 fr.

b) Dans sa réponse du 24 mars 2010, l'intimée conclut avec suite de frais et dépens au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée. Après avoir rappelé les principes juridiques applicables, l'intimée expose que l'événement banal du 16 avril 2008 ne peut pas être considéré comme un accident ni comme un événement assimilé à un accident; elle soutient au surplus que même si cet événement devait par extraordinaire être considéré comme un

accident, il n'existerait pas de lien de causalité entre cet événement et les troubles constatés, qui sont manifestement d'origine malade.

L'intimé joint à sa réponse diverses pièces, dont un document intitulé "les pathologies pleurales" du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: le CHUV), qui définit et précise les causes de l'épanchement pleural dans les termes suivants:

"L'épanchement pleural est l'accumulation de liquide dans l'espace pleural. Les symptômes sont le plus souvent soit une toux sèche, soit une dyspnée (souffle court) survenant à l'effort, voire au repos.

Les causes de l'épanchement sont très variables. Certaines sont extrathoraciques, comme la décompensation cardiaque, l'insuffisance rénale ou l'insuffisance hépatique. L'épanchement peut aussi être l'expression d'une maladie inflammatoire systémique comme la polyarthrite rhumatoïde ou le lupus érythémateux.

Parfois l'épanchement est constitué par l'accumulation de lymphes (chylothorax). L'épanchement peut être dû à des métastases de la plèvre. Les deux tumeurs qui font le plus volontiers des métastases pleurales sont le cancer du poumon et le cancer du sein, mais beaucoup de tumeurs peuvent être responsables de telles métastases.

Enfin, l'épanchement peut être causé par une inflammation du poumon avec exsudation dans la plèvre, le plus souvent en rapport avec une pneumonie. Dans ce cas, l'épanchement peut être stérile ou infecté (constituant alors un empyème). L'analyse détaillée du liquide de l'épanchement permet dans beaucoup de cas d'en faire un diagnostic précis. Cependant ceci n'est de loin pas la règle. Dans ce cas d'incertitude diagnostique, il y a une place certaine pour la thoroscopie diagnostique (geste chirurgical qui consiste à inspecter la cavité pleurale au moyen d'une caméra) qui permet de prélever beaucoup de liquide pour les analyses ainsi que de faire une inspection de la surface qui tapisse cette cavité et de faire de multiples biopsies sous contrôle de la vue".

c) Dans sa réplique du 21 avril 2010, le recourant réitère en substance l'argumentation de son recours avec quelques précisions ensuite des allégations de fait contenues dans la réponse. Il relève ainsi que dans son mémoire de réponse, l'intimée ne donne pas l'origine de son épanchement pleural, alors que lui-même donne clairement un événement accidentel à l'origine de ce diagnostic. En effet, la douleur au mollet est clairement exclue comme à l'origine de ce même diagnostic; en outre, le recourant n'a pas souffert des affections mentionnées par le service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV; seule une forte toux - non compliquée - en mars aurait pu être à l'origine de ce diagnostic, mais elle n'a eu aucune influence parce que beaucoup trop ancienne. Le recourant estime que les circonstances maintes fois explicitées, rencontrées à la clinique des Grangettes le 16 avril 2008, relèveraient ainsi clairement de l'accident, et produit à cet égard un prospectus de l'appareil médical qu'il avait manipulé ce jour-là.

d) Par duplique du 30 avril 2010, l'intimée expose encore qu'au vu de l'encombrement de l'appareil médical, dont le descriptif a été produit en annexe à la réplique du 21 avril 2010, il ne fait aucun doute que pour sortir un tel engin par la portière latérale d'un véhicule, il faut à tout le moins que la portière soit totalement déployée. Par conséquent, l'allégation selon laquelle le recourant se serait comprimé la cage thoracique à cause de l'étroitesse des places de stationnement, en sortant l'appareil médical, n'est pas plausible. Cela étant, l'intimée persiste intégralement dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 24 mars 2010.

e) Par courrier du 10 mai 2010, le recourant a expliqué avoir omis de préciser que l'appareil déployé tel qu'il était vu dans le prospectus était effectivement tout simplement impossible à transporter dans son véhicule de fonction de l'époque, une [...], mais qu'il se démontait en cinq parties (appareil lui-même, support pour l'appareil, pied avec roulettes et 2 manchons à pression). Si la manipulation et le transport de cet appareil restaient toujours délicats et lourds, les manchons à pression et le pied à

roulette étaient tout à fait accessibles par les portières arrières s'ils étaient disposés sur les sièges arrières, ce qui avait été le cas lors de la manipulation en question (les deux parties principales ayant été disposées dans le coffre et une partie de la banquette arrière, demi-siège baissé).

Cette correspondance a été transmise à l'intimée pour information le 19 mai 2010.

f) Les parties ont été informées par courrier du 26 avril 2010 que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent eu égard au domicile du recourant et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse manifestement inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGGA). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2).

b) Suivant la définition même de l'accident, 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 des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'inhabituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 116 V 136 consid. 3 b, 112 V 202 consid. 1 et les références citées.)

Ainsi, la jurisprudence a admis l'existence d'un facteur exceptionnel lorsque, en soulevant ou en poussant une charge, une lésion se produit à cause d'un effort extraordinaire, c'est-à-dire manifestement excessif. Mais il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé (ATFA 1943 P. 69 s.; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 178).

Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. 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 », Frésard/Moser-Szeless, op. cit. ch. 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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 p. 118 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encouple, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [arrêt du 7 octobre 2003, U 322/02], 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 (TF U 252/06 consid. 2, RAMA 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b et les références).

c) L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance 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, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes:

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

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136, consid. 4a; 145, consid. 2b). 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 129 V 466). 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).

d) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose, 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 (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286, consid. 3a).

e) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

3. a) Est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en raison de l'événement du 16 avril 2008. Ce dernier soutient en effet que la cause de l'épanchement pleural

diagnostiqué le 19 avril 2008 par le Dr D._____ est l'événement susmentionné, qu'il qualifie d'accident (cf. let. C.a supra). L'intimée pour sa part nie le caractère accidentel de cet événement principalement eu égard à l'absence de cause extérieure extraordinaire à la base de l'atteinte à la santé du recourant et compte tenu de l'absence de lésions corporelles assimilables aux conséquences d'un accident, subsidiairement en raison de l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé et l'événement en cause (cf. let. C.b supra).

b) Il y a lieu tout d'abord d'examiner si l'événement du 16 avril 2008 décrit par le recourant peut être qualifié d'accident au sens de la loi. On rappellera à cet effet que les cinq critères définis à l'art 4 LPGA doivent être remplis cumulativement. Il suffit ainsi 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. consid. 2a supra).

Parmi ces critères figure l'exigence d'un facteur extérieur extraordinaire à l'origine de l'atteinte à la santé. Comme relevé par la jurisprudence, le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire s'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels. Un facteur exceptionnel peut être admis notamment, lorsque en soulevant une charge, une lésion se produit en raison d'un effort extraordinaire. Savoir si on est en présence d'un tel effort dépend de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (cf. consid. 2b supra).

Dans le cas particulier, la condition du caractère extraordinaire de l'atteinte n'est pas réalisée au regard des circonstances d'espèce. En effet, le recourant a expliqué qu'il avait dû forcer le passage en raison du manque de place entre la portière arrière ouverte de son véhicule et le véhicule stationné à côté du sien, ce qui aurait causé, par le poids de la charge transportée, la compression de sa cage thoracique. Rien dans l'événement décrit par le recourant ne peut être qualifié d'extraordinaire

au sens où l'entend la jurisprudence précitée. De même, l'effort fourni par le recourant au moment des faits ne peut être qualifié d'excessif au regard de sa bonne forme physique (cf. pièce 13 bordereau du 24 mars 2010 de l'intimée) et de son âge (38 ans), étant rappelé qu'il ne portait qu'une seule pièce du matériel transporté (cf. let. C.e supra).

Finalement, il est peu vraisemblable que le recourant ait eu un mouvement "non programmé", c'est-à-dire un mouvement dans lequel l'existence du facteur extérieur extraordinaire résulterait de l'interaction entre le corps et l'environnement à l'origine de l'interruption du déroulement naturel du mouvement (cf. consid. 2b supra). En l'occurrence, il n'y a eu ni chute, ni glissade, ni choc, ni mouvement réflexe. Au contraire, il ressort des déclarations du recourant qu'il a effectué un mouvement volontaire et maîtrisé (let. C.a supra).

c) Il reste donc à examiner si l'atteinte à la santé du recourant entre dans le catalogue exhaustif des lésions corporelles assimilées à un accident (cf. art. 9 al. 2 OLAA, consid. 2c supra).

Il n'est pas contesté par les parties que le recourant souffre d'un épanchement pleural gauche, affection qui doit être qualifiée de lésion corporelle mais qui ne figure pas au catalogue exhaustif des lésions corporelles assimilables aux conséquences d'un accident (cf. art 9 al. 2 OLAA, consid. 2c supra).

d) Pour ces seuls motifs déjà, l'existence d'un accident pour lequel l'intimée est tenue d'allouer des prestations doit être niée (cf. consid. 2a supra).

e) Par surabondance de moyen et compte tenu des griefs formulés par le recourant et de la détermination de l'intimée sur ce point (cf. consid. 3a supra), le lien de causalité entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé sera également examiné par la cour de céans, étant rappelé qu'en matière de troubles physiques, la causalité adéquate se

confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. consid. 2d supra). Seule cette dernière fera dès lors l'objet du présent examen.

Comme mentionné précédemment, le lien de causalité naturelle est réalisé lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. consid. 2d supra). Il s'agit-là d'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 (cf. consid. 2e supra).

Le recourant a consulté le Dr D._____, le 19 avril 2008. Des douleurs thoraciques dans un contexte d'épanchement pleural gauche d'origine indéterminée ont été diagnostiquées. Si l'origine de ces troubles est incertaine, ce médecin est par contre très clair sur leur cause, à savoir une maladie (cf. let. A.d supra). Le médecin-conseil de l'intimée n'a fait à cet égard que confirmer le diagnostic du Dr D._____ (cf. let. A.f supra).

Les rapports médicaux susmentionnés remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être accordée. Les Drs D._____ et H._____ se déterminent de manière claire sur la cause de l'atteinte à la santé du recourant et leurs conclusions sont également corroborées par l'avis du Service de chirurgie thoracique et vasculaire du CHUV qui ne mentionne aucune cause traumatique possible (cf. let. C.b supra). En outre, la seule proximité temporelle entre l'atteinte diagnostiquée le 19 avril 2008 et l'événement du 16 avril 2008 n'est incontestablement pas de nature à pouvoir mettre en doute les avis médicaux précités.

f) En conséquence de quoi, une relation de causalité naturelle entre l'événement du 16 avril 2008 et les troubles diagnostiqués le 19 avril 2008 peut être exclue au degré de vraisemblance prépondérante.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 janvier 2010 par la T. _____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière:

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. G. _____
- Me Christian Grosjean (pour la T. _____)
- 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 :