

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 novembre 2010

Présidence de M. JOMINI

Juges : Mme Bendani, juge suppléante et M. Jevean , assesseur

Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

D._____, à Lauanne, recourant,

et

LA CAISSE VAUDOISE, à Martigny, intimée.

Art. 4 LPGA, art 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. D._____, né en 1960, a travaillé en qualité d'employé [...] auprès de [...], à Lausanne. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse Vaudoise contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, dans le cadre de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20).

Par déclaration d'accident LAA du 5 octobre 2007, l'employeur de D._____ a annoncé que, le 22 septembre 2007, en jouant avec son filleul, ce dernier avait mis son doigt dans la bouche de l'assuré qui avait légèrement fermé la mâchoire. En retirant brusquement le doigt, un choc s'était produit sur les dents.

Le 1er octobre 2007, D._____ a consulté le Dr P._____, médecin-dentiste. Ce dernier a constaté que les dents n° 11 (incisive supérieure gauche) et 21 (incisive supérieure droite) étaient luxées ou devenues branlantes. La dent n° 11 était déjà cariée ou réparée. Le devis pour un pont entre les dents n° 14 et 22 s'élevait à 6'216 fr. 20.

Le dentiste-conseil de l'assurance, le Dr X._____ a relevé dans un rapport du 27 décembre 2007 que les dommages constatés étaient sans lien avec l'événement déclaré. Il a constaté une perte osseuse horizontale généralisée plus marquée sur la dent n° 21, un foyer apical latéral sur la n° 11 trop important pour dater du 22 septembre 2007. Il a estimé qu'il fallait admettre que les dents se seraient luxées même sans l'événement incriminé. Par ailleurs, il a également remarqué qu'il y avait un foyer apical à la racine des dents n° 46 et 34, que les dents n° 36, 26, 16 et 17 n'avaient pas été remplacées et que la dent n° 45 était cariée.

B. Par décision du 15 janvier 2008, la la Caisse Vaudoise a refusé la prise en charge de l'événement du 22 septembre 2007. Elle a retenu que, vu l'état antérieur des dents, celles-ci se seraient luxées même en

l'absence d'une sollicitation anormale et que lien de causalité était donc rompu.

Dans un rapport complémentaire du 19 juin 2008, le Dr X._____ a confirmé, après réexamen des documents radiologiques mis à sa disposition, que les dents n° 11 et 21 de l'assuré présentaient:

- s'agissant de la dent n° 11: foyer apical et foyer latéral-mésial (milieu de la bouche) et une perte horizontale osseuse de plus de 50 % de la longueur de la racine (la perte apicale et latérale osseuse ne pouvant à son avis survenir en 10 jours);
- s'agissant de la dent n° 21: un espace ligamentaire augmenté et une perte osseuse horizontale des $\frac{3}{4}$ de la longueur de la racine.

Ce médecin a estimé comme étant évident que ces dents devaient déjà être mobiles, voir très mobiles avant l'accident du 22 septembre 2007. Il lui paraissait tout à fait probable qu'elles n'auraient pas résisté encore très longtemps compte tenu de l'état parodontal de l'assuré. Il a également constaté que, selon le rapport du Dr P._____, le patient avait perdu les dents n° 17, 16, 13 et 26 au maxillaire supérieur ainsi que la dent n° 36 à la mandibule. Celles-ci n'avaient pas été remplacées. Il a conclu que le traitement nécessaire était la conséquence de l'état antérieur et non de l'accident.

Par décision sur opposition du 22 juillet 2008, la la Caisse Vaudoise a confirmé la décision susmentionnée. Elle a tout d'abord nié le caractère extraordinaire de l'événement du 22 septembre 2007. Elle a ensuite exclu tout lien de causalité entre l'événement précité et l'état dentaire de l'assuré.

C. Par acte du 21 août 2008, D._____ a recouru contre la décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Dans sa réponse, la la Caisse Vaudoise a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans un courrier du 2 avril 2009 adressé au Juge instructeur, le Dr P._____ a mentionné qu'en date du 11 septembre 2006, il avait soigné le patient pour une perte d'obturations, distale et mésiale, sur la dent n° 22, adjacente à la dent n° 21, qu'à cette époque, il n'avait pas noté de problèmes particuliers sur ces dents et que le patient n'avait pas non plus exprimé de plainte concernant les dents n° 11 et 21.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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 qui succède au Tribunal des assurances est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD).

2. Le recourant se plaint d'une violation des dispositions fédérales applicables à l'assurance-accidents. Il soutient que l'événement du 22 septembre 2007 constitue un acte involontaire et extraordinaire devant être considéré comme un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

a) 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 232

consid. 1 et les références). 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2).

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. 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 (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 112 V 202 consid. 1; 121 V 35 consid. 1a et les références citées). Dans un arrêt rendu en 1996, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi jugé que le fait de heurter une incisive avec un verre en buvant ne présentait pas, même si le choc était assez violent, un caractère extraordinaire (RAMA 1996 n° U 243 p. 137).

b) En l'espèce, l'assuré a refermé légèrement sa bouche, alors que son filleul de 9 ans avait mis son doigt à l'intérieur. Lorsque l'enfant l'a retiré, il a heurté les incisives du recourant. Selon l'expérience générale, le jeu auquel s'est livré ce dernier, impliquant le retrait du doigt de l'enfant et le choc de ce membre sur les dents, n'a rien d'inhabituel. En effet, lorsque l'on procède à ce genre de jeux, on peut s'attendre à ce que le doigt de l'enfant exerce une certaine pression sur les dents de l'adulte ou, même davantage, à ce que les dents claquent plus ou moins violemment lors du retrait du doigt. Ces gestes n'excèdent toutefois pas les sollicitations physiques quotidiennes et habituelles de la vie. Le recourant n'a d'ailleurs certainement pas exercé une forte pression avec les dents sur le doigt de l'enfant; de même celui-ci n'a pas dû tirer fortement sur les dents de l'intéressé, sans quoi lui-même se serait blessé au doigt. Conformément à l'appréciation de la caisse intimée, le cas est comparable à celui d'heurter une incisive avec un verre en buvant et ne présente pas un caractère extraordinaire. Ainsi, l'événement survenu le 22 septembre

2007 ne saurait être qualifié d'accident, faute de cause extérieure de caractère extraordinaire, condition nécessaire à la réalisation de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA. C'est dès lors avec raison que l'intimée, pour ce motif déjà, a nié tout droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les lésions dentaires incriminées.

3. Le recourant conteste également la décision entreprise dans la mesure où elle nie l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les lésions subies. Sans contester l'état antérieur de ses dents, il soutient que l'événement incriminé est bel et bien le facteur déclenchant des lésions des incisives n° 11 et 22. Il se prévaut de l'art. 36 LAA. Il requiert également l'audition de son médecin-dentiste, à savoir du Dr P. _____.

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb et les références; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], n. 39, p. 16).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; Meyer-Blaser, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état

maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'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 dûment 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; 122 V 157 consid. 1c et les références).

c) Dans son rapport du 27 décembre 2007, le Dr X._____, dentiste-conseil de l'intimée, a mentionné que le dommage dentaire du recourant était sans rapport avec l'événement incriminé. Il a relevé que, d'une part, la perte osseuse horizontale était généralisée et que, d'autre part, l'assuré ne s'était rendu que 8 jours après l'événement chez son dentiste. Il a précisé qu'en cas de luxation accidentelle, avec des dents qui devaient soudainement branlantes, une consultation d'urgence avait lieu rapidement. Il a également mentionné que le foyer apical sur la dent n° 11 était trop important pour dater du jour de l'événement et qu'il existait d'autres foyers apicaux visibles sur d'autres dents absolument sans rapport avec l'événement incriminé.

Dans un rapport complémentaire du 19 juin 2008, le Dr X. _____ a confirmé, après réexamen des documents radiologiques mis à sa disposition, que les dents n° 11 et 21 de l'assuré présentaient:

- s'agissant de la dent n° 11: foyer apical et foyer latéral-mésial (milieu de la bouche) et une perte horizontale osseuse de plus de 50 % de la longueur de la racine (la perte apicale et latérale osseuse ne pouvant à son avis survenir en 10 jours);
- s'agissant de la dent n° 21: un espace ligamentaire augmenté et une perte osseuse horizontale des $\frac{3}{4}$ de la longueur de la racine.

Ce médecin a estimé comme étant évident que ces dents devaient déjà être mobiles, voir très mobiles avant l'accident du 22 septembre 2007. Il lui paraissait tout à fait probable qu'elles n'auraient pas résisté encore très longtemps compte tenu de l'état parodontal de l'assuré. Il a également constaté que, selon le rapport du Dr P. _____, le patient avait perdu les dents n° 17, 16, 13 et 26 au maxillaire supérieur ainsi que la dent n° 36 à la mandibule. Celles-ci n'avaient pas été remplacées. Il a conclu que le traitement nécessaire était la conséquence de l'état antérieur et non de l'accident.

Au regard de ces rapports, il convient de nier tout lien de causalité entre l'événement du 22 septembre 2007, soit le retrait du doigt de l'enfant de la bouche de l'intéressé, et le dommage dentaire constaté le 1^{er} octobre 2007 aux incisives supérieures n° 11 et 22. En effet, les dents du recourant étaient déjà mobiles avant l'événement incriminé. Ce dernier souffrait d'une perte osseuse généralisée et importante, ce qui tend au déchaussement des dents et au fait que celles-ci deviennent branlantes. Sa dentition comportait également plusieurs foyers apicaux typiques. D'autre part, il ne s'est rendu que 8 jours après l'événement chez son dentiste, alors qu'en cas de luxation accidentelle, une consultation a lieu rapidement. Enfin, le recourant a déjà perdu plusieurs dents, ce qui tend également à démontrer le mauvais état de dentition de l'intéressé.

Les conclusions du Dr X._____ sont claires, complètes, suffisantes et convaincantes à ce sujet, soit quant à l'absence de lien de causalité entre l'événement incriminé et le dommage dentaire du recourant. Elles sont fondées sur l'examen des radiographies de la dentition du patient, de sorte que l'examen de ce dernier ne s'imposait pas. Par ailleurs, les conclusions de ce médecin, dûment motivées, ne sont contredites par aucun élément du dossier. Dans un courrier du 2 avril 2009, le Dr P._____ a certes mentionné qu'en date du 11 septembre 2006, il avait soigné le patient pour une perte d'obturations, distale et mésiale, sur la dent n° 22, adjacente à la dent n° 21, qu'à cette époque, il n'avait pas noté de problèmes particuliers sur ces dents et que le patient n'avait pas non plus exprimé de plainte concernant les dents n° 11 et 21. Cette appréciation émise par le médecin-traitant du recourant ne contredit toutefois pas et ne permet pas davantage de mettre en doute le contenu des rapports du Dr X._____. L'audition du Dr P._____ n'est pas nécessaire et le moyen sollicité doit par conséquent être écarté.

4. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni dépens (l'art. 61 let. g LPGA prévoyant l'allocation de dépens à l'assuré recourant qui obtient gain de cause, mais pas à l'assureur social lorsque l'assuré succombe).

**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 22 juillet 2008 par la Caisse Vaudoise est confirmée.

- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

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

- M. D. _____
- La Caisse Vaudoise
- 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 :