

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 août 2019

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourant,

et

P._____, à [...], intimée.

Art. 4 LPG.A.

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est assuré auprès de P._____ (ci-après : P._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.

Par déclaration d'accident du 21 novembre 2018, l'assuré a annoncé à P._____ avoir subi une lésion dentaire le 25 mars 2018. Il a indiqué qu'en voulant se rincer les dents, il s'était cogné l'incisive droite au bec du robinet, que la cause de l'évènement était l'inattention et que la scène n'avait pas eu de témoin.

Le 10 décembre 2018, la Dre M._____, médecin dentiste, a adressé à P._____ un devis ainsi qu'une estimation d'honoraires. Il ressort de ces documents que l'assuré a consulté pour la première fois le 30 avril 2018 et que la médecin dentiste a diagnostiqué une fracture horizontale de l'incisive supérieure droite (dent n° 11), laquelle avait déjà été extraite et remplacée par un implant avec couronne transvissée. Les honoraires s'élevaient à 5'309 fr. 70, frais de laboratoire et matériel compris.

Par décision du 7 janvier 2019, P._____ a refusé de prendre en charge les suites de l'évènement du 25 mars 2018, les critères de l'acte involontaire et de la cause extérieure extraordinaire faisant défaut.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 24 janvier 2019, se prévalant de l'existence d'un accident dans la mesure où il avait eu un léger déséquilibre lorsqu'il s'était rincé la bouche et avait ainsi heurté sa dent contre le robinet.

Par décision sur opposition du 18 février 2019, P._____ a confirmé son refus de prester. Rappelant la jurisprudence privilégiant les premières déclarations en présence de versions contradictoires, elle a observé que l'existence d'une glissade ne pouvait être retenue et qu'en

l'absence de mouvement imprévu, le critère de la cause extérieure extraordinaire n'était pas réalisé.

B. Par acte du 4 mars 2019, J._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la prise en charge par P._____ des frais de traitement entraînés par la fracture de son incisive supérieure droite. Il a répété qu'un léger déséquilibre, dû à l'inattention, était à l'origine de la lésion et précisé que dans la déclaration d'accident, il avait seulement noté « inattention » pour signifier que l'acte n'était pas volontaire, la place manquant pour la mention de plus de détails.

Dans sa réponse du 3 mai 2019, P._____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition attaquée en développant ses précédents arguments.

Désormais représenté par son assurance de protection juridique, le recourant a déposé ses déterminations le 28 juin 2019. Il a imputé la brièveté de sa description de l'accident à l'emplacement réservé à cet effet dans le formulaire et s'attendait à la réception d'un questionnaire complémentaire. Selon lui, le déséquilibre à l'origine de la fracture dentaire était constitutif du caractère extraordinaire d'un accident. Il a requis l'audition de son épouse, présente à ses côtés au moment de l'incident. Enfin, il a précisé ses conclusions, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision litigieuse, au constat que l'évènement du 28 (sic) mars 2018 était un accident au sens de la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), à l'octroi des prestations pour les suites de cet évènement, subsidiairement au renvoi de la cause à P._____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Dans ses déterminations du 8 juillet 2019, P._____ a confirmé ses conclusions en rejet du recours, en observant notamment qu'une description détaillée de l'évènement était exigée par le formulaire

de déclaration d'accident, au besoin en utilisant le verso du document si un schéma ou une description complémentaire étaient utiles.

Par écriture du 30 juillet 2019, le recourant a maintenu ses conclusions et réquisition.

E n d r o i t :

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-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). 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. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 25 mars 2018.

3. a) L'assurance-maladie alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal). Elle couvre notamment les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident (art. 31 al. 2 LAMal).

b) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

c) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, 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 des conséquences graves ou inattendues. Il 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, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n^{os} 25 et 26 ad art. 4).

L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est

physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922). Le mouvement ne doit pas faire partie des gestes de la vie courante correspondant à une utilisation normale de l'organisme, mais doit être de nature à générer un risque accru de lésion (TF 8C_995/2010 du 2 novembre 2011 consid. 4.2.2). C'est le cas notamment lors de la survenance d'une circonstance qui rend incontrôlable un geste de la vie courante, comme un accès de colère au cours duquel une personne effectue un mouvement violent non maîtrisé ou lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.1).

Le mouvement non programmé et non maîtrisé doit de plus avoir présenté une certaine intensité (TF 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5).

Selon la jurisprudence, le fait de heurter une incisive avec un verre en buvant ne présente pas, même si le choc est assez violent, un caractère extraordinaire (RAMA 1996 n° U 243 p. 137).

4. a) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire. D'après ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter

les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

En particulier, celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas. S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (ATF 116 V 136 consid. 4b et les références ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2).

b) S'agissant de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, 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 ; TF 8C_815/2016 du 14 mars 2017 consid. 6.1).

5. En l'occurrence, le recourant a varié dans sa description de la cause de l'évènement du 25 mars 2018, en évoquant, dans le formulaire de déclaration d'accident, une inattention, puis, au stade de l'opposition, un léger déséquilibre. Il fait valoir que l'espace disponible sur le formulaire était insuffisant pour développer sa relation de l'évènement. Cette explication n'est pas crédible dans la mesure où le formulaire requiert non seulement une description détaillée du déroulement de l'accident mais

précise encore, de manière visible et intelligible, que le verso de ce document est à disposition pour un schéma ou une description complémentaire. Faute d'explication crédible justifiant la variation des déclarations de l'assuré, sa première version des faits sera retenue en application de la jurisprudence précitée. Une inattention ne constituant pas une cause extérieure extraordinaire, l'évènement du 25 mars 2018 ne peut être qualifié d'accident au sens de l'art. 4 LPGA.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où une perte d'équilibre était effectivement à l'origine de la lésion dentaire, il est surprenant que le recourant ait patienté quelques huit mois avant de remplir la déclaration d'accident. En effet, en règle générale, la victime d'un accident annonce le sinistre dans un intervalle de quelques jours, le cas échéant dans les suites de sa première consultation médicale, laquelle a eu lieu, dans le cas du recourant, le 30 avril 2018. En l'occurrence, la tardiveté de la déclaration d'accident est incompréhensible et tend à conforter l'inexistence d'une cause extérieure extraordinaire à l'origine de la lésion dentaire.

6. Par surabondance de droit, il sera observé que le déséquilibre évoqué par le recourant ne saurait être considéré comme un mouvement générant un risque accru de lésion dans la mesure où il le qualifie seulement de léger. Un déséquilibre léger n'est par définition ni violent, ni intense. Enfin, le recourant ne fait pas valoir qu'un phénomène extérieur serait à l'origine de ce déséquilibre. Le critère du facteur extérieur extraordinaire n'est donc pas réalisé.

L'évènement du 25 mars 2018 n'est dès lors pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, même dans l'hypothèse de la survenance d'un léger déséquilibre.

7. Cela étant, la requête d'audition de témoin sera rejetée, cette mesure d'instruction n'étant pas susceptible de modifier l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). A cela

s'ajoute que selon la déclaration d'accident, l'évènement litigieux n'a pas eu de témoin.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 18 février 2019 par P._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- J._____
- P._____
- 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 :