

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2015

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

B. _____ **SA**, à Berne, intimée.

Art. 4 LPGA ; 1a, 31 et 33 LAMal ; 33 OAMal ; 17, 18 et 19 OPAS

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est affiliée auprès de B._____SA (ci-après : B._____SA ou l'intimée) au titre de l'assurance-maladie obligatoire de soins et de l'assurance-accidents.

Du 20 juillet au 9 août 2010, l'assurée a subi des traitements dentaires pour un montant de 1'040 fr. 90 (cf. note d'honoraires d'Y._____, Clinique dentaire, du 17 août 2010).

Par courrier du 17 août 2010 au Dr Q._____, médecin-dentiste, l'assurée a exposé ce qui suit :

« [...]

Je me réfère à l'entretien que nous avons eu lors de la modification de mon appareil dentaire du haut, suite à l'endommagement de la dent de soutien qui s'est cassée en deux en mangeant des nouilles.

Lors de mon intubation le 3 juin 2010, jour de l'opération de mes adhérences intestinales, ma dent a été touchée et en me réveillant, j'ai eu la sensation qu'elle ne se trouvait plus au même endroit. Cette sensation a duré jusqu'à ce qu'elle se casse en deux.

Auriez-vous l'obligeance de m'envoyer un courrier faisant état de votre constatation sur l'évolution de cette dent avant et après l'opération, afin que je puisse transmettre votre lettre au Dr F._____, médecin anesthésiste à l'hôpital de [...] qui enverra son rapport avec votre courrier au médecin-conseil de la B._____SA à Berne, mon assureur maladie, pour une participation aux frais occasionnés par cette situation.

[...] »

Dans une lettre du 29 août 2010, le Dr Q._____ a observé qu'avant l'hospitalisation du 3 juin 2010, sa patiente n'avait présenté aucune pathologie à l'incisive centrale supérieure gauche (21). De retour en consultation peu de temps après l'opération, il avait en revanche constaté que cette dent était fracturée, raison pour laquelle une dévitalisation de la dent et une modification de son appareil supérieur avaient été entreprises.

Par courrier du 20 septembre 2010, le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie, a répondu à la sollicitation de l'assurée qui lui demandait de confirmer que la dent en question avait bien été touchée lors de l'intubation le 3 juin 2010 (cf. courrier du 7 septembre 2010 de l'assurée au Dr F._____). Ce médecin a expliqué que selon ses constatations, aucune dent n'avait été touchée lors de l'intubation et tout au long de l'anesthésie du 3 juin 2010, et que l'assurée n'avait jamais parlé de la sensation ressentie à cette dent lors des visites post-opératoires. Il a également précisé qu'elle avait été avertie lors de la consultation pré-anesthésique de l'état extrêmement fragile de ses incisives et canines supérieures.

Dans une lettre du 30 septembre 2010 adressée au Dr F._____, l'assurée a contesté sa position. Elle s'est en outre réservée le droit d'agir en responsabilité civile contre l'Hôpital de [...] (cf. courrier du 1^{er} octobre 2010 à l'adjoint de direction [...]).

Par courrier du 7 novembre 2010 à B._____SA, l'assurée a exposé la situation s'agissant de sa dent et a prié l'assureur de bien vouloir examiner son dossier.

Le 22 novembre 2010, B._____SA s'est déterminée après avoir soumis le dossier de l'assurée à son médecin-conseil. Elle a estimé, en se basant sur le courrier du Dr F._____, que les dents de l'assurée n'avaient subi aucune lésion lors de l'anesthésie par intubation du 3 juin 2010. Dès lors, elle refusait la prise en charge des soins dentaires en qualité d'assureur-accidents.

Par courrier du 10 janvier 2011, l'assurée a contesté la position de B._____SA, faisant valoir que tous les éléments de l'accident étaient réunis.

Le 3 février 2011, B. _____ SA a poursuivi l'instruction du dossier, sollicitant le Dr Q. _____ notamment pour obtenir toutes les radiographies de la dent 21 en sa possession.

Les éléments fournis par le Dr Q. _____ le 22 mai 2011 ont été transmis au médecin-conseil de B. _____ SA, le Dr Z. _____.

Dans un avis du 6 juillet 2011, le Dr Z. _____ a retenu qu'il n'était pas possible d'établir de quelle façon et pour quel motif la dent 21 s'était fracturée. Il exprimait son impression quant à la présence d'une carie. Il se disait en outre étonné que l'assurée ne se soit pas manifestée directement à l'hôpital sur le fait que sa dent avait été touchée lors de la narcose. Compte tenu des circonstances, il ne pouvait conclure à l'existence d'un accident.

Par courrier du 19 juillet 2011 à l'assurée, B. _____ SA a relevé que l'existence d'un accident ne pouvait pas être prouvée sur la base du dossier.

Par courrier des 27 octobre et 18 décembre 2011 à B. _____ SA, l'assurée a maintenu sa position et a derechef sollicité la prise en charge des frais dentaires.

Par décision du 3 février 2012, B. _____ SA a refusé la prise en charge du traitement dentaire de la dent 21 pour un montant de 1'040 fr. 90, ainsi que tout traitement dentaire subséquent en rapport avec cet événement.

Le 29 février 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a essentiellement fait valoir que la dent 21 était saine avant l'intubation du 3 juin 2010 et fracturée après, de sorte qu'il s'agissait bien d'un accident entraînant la prise en charge des frais.

Par décision sur opposition du 5 mars 2014, B. _____ SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 3 février 2012.

B. Par acte du 28 mars 2014, K._____ a recouru contre la décision sur opposition du 5 mars 2014 de B._____SA auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à son annulation et à la prise en charge des frais de traitement dentaire de 1'040 fr. 90, ainsi qu'au versement d'un intérêt légal à compter du 22 novembre 2010. Elle soutient principalement qu'avant l'opération du 3 juin 2010, sa dent ne présentait aucune pathologie, mais qu'à la suite de celle-ci, elle a ressenti une gêne à sa dent en se réveillant et que cette dernière s'est fracturée peu de temps après. Selon elle, les constatations développées par le Dr Q._____ dans sa lettre du 29 août 2010 prouvent que sa dent a été abîmée pendant l'opération.

Dans sa réponse du 15 mai 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a estimé qu'une erreur médicale lors de l'intubation du 3 juin 2010 ne pouvait être clairement retenue, de sorte que la condition de l'élément extérieur extraordinaire de la notion d'accident n'était pas remplie. Elle a également observé que le fait de se casser une dent en mangeant des nouilles ne constituait pas un accident.

Dans leurs déterminations successives des 5 juin, 3 juillet et 8 août 2014, les parties ont maintenu leurs positions respectives.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]) et à l'assurance-accidents (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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 a été interjeté en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions légales de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a lieu d'entrer en matière.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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 (art. 93 let. a LPA-VD). Toutefois, la valeur litigieuse étant en l'espèce inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

b) La question litigieuse est celle de savoir si l'atteinte dont la recourante se plaint au niveau de la dent 21 est consécutive à l'intervention chirurgicale du 3 juin 2010, respectivement se serait produite en mangeant des nouilles.

3. a) D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, les coûts des soins dentaires sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave

ou ses séquelles (let. b) ou encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let c).

Selon l'art. 3 al. 1 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les articles 17, 18 et 19 de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est exhaustive (ATF 129 V 275 consid. 3.2, 127 V 328 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 185).

b) L'assurance-maladie sociale 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) et couvre notamment les coûts du traitement de lésions du système de mastication causées par un accident (art. 31 al. 2 LAMal).

Par accident, on entend 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).

Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la

cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., n° 79 p. 865).

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). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

c) Le bris d'une dent est considéré comme accidentel lorsqu'il s'est produit au contact d'un élément dur extérieur à l'aliment consommé, de nature à causer la lésion incriminée. La dent ne doit pas être parfaitement saine mais il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction de mastication (ATF 114 V 169 consid. 3b). Le Tribunal fédéral des assurances a par exemple admis, dans ce contexte, que la présence d'un fragment de coquille de noix ou de noisette dans un pain au noix, un gâteau aux noix, un croissant fourré ou un chocolat aux noisettes, est extraordinaire en dépit du fait qu'on ne peut jamais exclure totalement la présence d'un fragment de coquille dans un aliment (TF 9C_553/2013 du 17 octobre 2013 consid. 2.2 ; arrêt K 1/88 du 15 août 1988 consid. 2b, publié in RAMA 1988 n° K 787 p. 419 ; cf. également Turtè BAER, Die Zahnschädigung als Unfall in der Sozialversicherung, in : RSJ 88/1992, p. 321 ss et les renvois).

4. Selon l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie, librement.

a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Max KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts nach den Prozessordnungen des Kantons Bern und des Bundes, 4^e éd., Berne 1984, p. 136 ; Fritz GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e éd., Berne 1983, ch. 5, p. 278). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le jugé doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. aussi ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_995/2010 du 1^{er} décembre 2011 consid. 3.2).

b) 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. Mais ce principe n'est 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 125 V 193 précité consid. 2 et les références ; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 3.2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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 ; TFA U 67/05 du 24 mai 2006 consid. 3.2).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b et 119 V 335 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution

fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

5. Le point de savoir si un acte médical est comme tel un facteur extérieur extraordinaire doit être tranché sur la base de critères médicaux objectifs. Selon la jurisprudence, le caractère extraordinaire d'une telle mesure est une exigence dont la réalisation ne saurait être admise que de manière sévère. Il faut que, compte tenu des circonstances du cas concret, l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques. Le traitement d'une maladie en soi ne donne pas droit au versement de prestations de l'assureur-accidents, mais une erreur de traitement peut, à titre exceptionnel, être constitutive d'un accident, dès lors qu'il s'agit de confusions ou de maladroites grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, avec lesquels personne ne comptait ni ne devait compter. Quant à l'indication d'une intervention chirurgicale, elle n'est pas un critère juridiquement pertinent pour juger si un acte médical répond à la définition légale de l'accident (ATF 121 V 35 consid. 1b ; TFA U 62/03 du 21 octobre 2003 consid. 3 ; arrêt genevois ATAS/901/2005 du 25 octobre 2005).

En septembre 2000, le Tribunal fédéral des assurances a explicitement confirmé sa jurisprudence selon laquelle « *l'exigence d'un acte médical s'écartant considérablement de la pratique médicale courante* » représentait l'une des conditions nécessaires pour admettre l'existence d'un accident ; il a clairement rejeté un changement de jurisprudence, qui aurait conduit à considérer toute faute du médecin comme un événement extraordinaire (RAMA 2000 n° U 407 p. 404 ; TF U 225/99 du 22 septembre 2000 consid. 9b).

Conformément à ces principes, la jurisprudence admet par exemple l'existence d'un accident, imputable à une cause extérieure extraordinaire, dans le cas d'une confusion en matière de groupes sanguins (ATFA 1961 p. 201 consid. 2a), dans le cas d'une accumulation d'erreurs à l'occasion d'une angiographie (consid. 4 et 5 non publiés de

l'arrêt ATF 118 V 283, mais partiellement reproduits dans le Courrier suisse des assurances, 1994, 1 p. 31), lors de l'injection trop rapide par voie intraveineuse d'une dose excessive de produits anesthésiques (RAMA 1993 n° U 176 p. 204 ; TFA U 124/92 du 17 mai 1993), ainsi que lors de l'oubli d'un cathéter dans la vessie d'un patient (RAMA 2003 n° U 492 p. 371 ; TFA U 56/01 du 18 juillet 2003) ou dans le cas d'une lésion du nerf médian à l'occasion d'une prise de sang (TF 8C_526/2007 du 29 avril 2008). Elle l'a niée, en revanche, à propos d'une perforation de l'intestin lors d'une rectoscopie suivie d'un lavement baryté (TFA U 5/82 du 5 août 1983), lors du choix - hautement discutable - d'une technique opératoire (RAMA 1988 n° U 36 p. 42 ; TFA U 15/87 du 14 octobre 1987), dans le cas d'une perforation par erreur de la sclérotique à l'occasion d'une injection subcorticale parabolbaire au celeston (Extr. CNA 1990 n° 1), ou pour une lésion de nerfs de la main survenue au cours d'une opération spécialement difficile et délicate sur un terrain cicatriciel dont l'anatomie était modifiée par de multiples opérations antérieures (ATF 121 V 39 consid. 1c), à l'occasion de la section accidentelle de la veine épigastrique au cours de l'opération d'une hernie inguinale (SJ 1998 p. 430), lors de la perforation de l'oesophage survenue au cours de l'extraction d'un morceau de viande (RAMA 2000 n° U 368 p. 99 ; TFA U 335/98 du 16 novembre 1999), dans le cas de gestes médicaux inappropriés associés à de multiples complications ayant entraîné le décès d'une femme sur le point d'accoucher (RAMA 2000 n° U 407 p. 404 ; TFA U 225/99 du 22 septembre 2000), lors d'une lésion du nerf alvéolaire provoquée par l'extraction d'une dent de sagesse sans qu'un diagnostic préopératoire n'ait été posé (RDAT 2002 II n° 90 p. 336 ; TFA U 284/01 du 24 janvier 2002), lors de complications imprévisibles et rarissimes liées à un étirement préopératoire du plexus brachial en l'absence d'erreur de traitement (TFA U 62/03 du 21 octobre 2003), dans le cas où l'inhalation d'un aérosol d'antibiotique a causé une réaction totalement inhabituelle et imprévisible sous la forme d'un choc anaphylactique (TF 5C.295/2005 du 12 avril 2006) et enfin dans celui où l'administration d'une combinaison de médicaments à l'occasion d'un accouchement s'est révélée présenter a posteriori certains risques pour la patiente (TFA U 135/06 du 15 décembre 2006).

6. A titre liminaire, il y a lieu de préciser que la recourante était assurée auprès de B. _____ SA au titre de l'assurance-maladie obligatoire de soins et de l'assurance-accidents. Il sied dès lors d'examiner si l'assureur doit prendre en charge les frais dentaires litigieux en qualité d'assureur-maladie, et à défaut, en tant qu'assureur-accidents.

a) En l'espèce, la fracture de la dent 21 de la recourante ne tombe pas sous le coup de l'art. 31 al. 1 LAMal, à défaut d'avoir été occasionnée par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou par une autre maladie grave et ses séquelles ou encore par la nécessité de traiter une maladie grave ou ses séquelles. En outre, les faits en cause ne relèvent pas du catalogue exhaustif des prestations énumérées aux art. 17 à 19 OPAS. Ces éléments ne sont d'ailleurs pas contestés par la recourante.

b) Il y a ainsi lieu d'examiner si la fracture de la dent 21 relève de la situation décrite à l'art. 31 al. 2 LAMal et découle d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

aa) Les éléments au dossier ne permettent pas de constater au degré de la vraisemblance prépondérante que la dent 21 de la recourante aurait été lésée pendant l'intervention du 3 juin 2010. Le Dr F. _____, spécialiste en anesthésie lors de l'hospitalisation de la recourante, a confirmé, dans sa lettre du 20 septembre 2010, qu'une lecture attentive du dossier lui avait permis de constater qu'aucune dent n'avait été touchée lors de l'intubation et pendant toute la durée de l'anesthésie du 3 juin 2010. Il ajoutait également que la recourante n'avait jamais parlé de la sensation qu'elle avait ressentie à la dent 21 lorsqu'il l'avait visitée à plusieurs reprises après l'opération. Par ailleurs, le Dr Q. _____ n'a fourni, dans son courrier du 29 août 2010, aucune explication quant à la cause de la fracture de la dent 21. Il s'est limité à observer que ladite dent ne présentait aucune pathologie avant l'intervention chirurgicale le 3 juin 2010 et qu'en revanche, à la consultation du 20 juillet 2010, elle était fracturée. Contrairement à ce que

soutient la recourante, il n'a pas affirmé que l'intubation était à l'origine des traitements subis. Il n'a fait que comparer deux périodes distinctes dont l'intervalle est au demeurant inconnu. En effet, au dossier, la seule radiographie antérieure au 3 juin 2010 pouvant attester de l'état de la dent 21 est datée du 13 octobre 2006. Le Dr Z._____, médecin-conseil de l'intimée, est parvenu à des conclusions similaires puisqu'il n'a pas été en mesure de déterminer la cause exacte de cette fracture, faisant état d'une probable carie. S'agissant du comportement de la recourante, on relèvera que le fait de n'avoir pas mentionné la sensation bizarre lors des visites post-opératoires et celui d'avoir patienté un mois et demi après l'opération avant de consulter un médecin-dentiste à ce sujet, ne plaident pas en faveur d'un lien de causalité entre la lésion et l'opération. Enfin, l'on notera que le point de savoir si la recourante a été avertie ou non des risques que présentait l'intubation pour ses dents est sans pertinence pour l'issue du litige.

Dans ces circonstances, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il existe un lien de causalité entre la lésion de la dent 21 et l'intervention chirurgicale du 3 juin 2010, de sorte que cette dernière ne peut être qualifiée d'accident au sens de l'art. 4 LPGA.

bb) La recourante a déclaré que la dent 21 s'était cassée lorsqu'elle mangeait des nouilles. Demeure donc seul litigieux le point de savoir si cet événement doit être qualifié d'accident, singulièrement si la condition de la cause extérieure extraordinaire est réalisée dans le cas particulier.

Rappelons que selon la jurisprudence, le bris d'une dent est considéré comme accidentel lorsqu'il s'est produit au contact d'un élément dur extérieur à l'aliment consommé, de nature à causer la lésion incriminée. Or en l'espèce la recourante ne soutient pas que sa dent serait entrée en contact d'un élément dur extérieur à l'aliment consommé. Elle s'est effectivement limitée à dire que sa dent se serait fracturée en mangeant des nouilles, sans autres précisions. Dans ces circonstances, le

bris de la dent 21 de la recourante ne constitue pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

c) En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais liés au traitement dentaire de la recourante du 20 juillet au 9 août 2010 pour un montant de 1'040 fr. 90.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 5 mars 2014 par B._____SA 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 :

- K. _____,
- B. _____ SA,
- 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 :