

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 184 vom 28. Februar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__184

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 184 du 28 février 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 184 del 28 febbraio 2014

Regeste

ACCIDENT, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, TRAITEMENT DENTAIRE, CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE, MAXIME OFFICIELLE ET INQUISITOIRE | 10 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.02.2014 Arrêt / 2014 / 184

ACCIDENT, ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, TRAITEMENT DENTAIRE, CAUSE EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE, MAXIME OFFICIELLE ET INQUISITOIRE | 10 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AA 126/13 - 27/2014 ZA13.054804 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 28 février 2014 _____ Présidence de _____ Mme Di Ferro Demierre, juge unique Greffier : M. _____ Germond ***** Cause pendante entre : A. _____, à Lausanne, recourant, et X. _____ SA, à Lausanne, intimée. _____ Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 10 LAA E n f a i t : A. A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, est assuré auprès de X. _____ SA (ci-après : X. _____ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels du fait de son emploi, en qualité de gestionnaire LPP, auprès de E. _____ SA à [...]. Par déclaration d'accident-bagatelle LAA du 19 septembre 2013, cet employeur a annoncé un sinistre survenu en date du samedi 13 juillet 2013 à 10h.00 au domicile de l'assuré sur une des dents gauches de celui-ci. Cet événement était décrit comme il suit : " Une couronne dentaire a lâché alors que Monsieur A. _____ mangeait un morceau de poulet. " Les premiers soins ont été prodigués par le Dr B. _____ de [...] Cliniques Dentaires SA à [...]. Par courrier du même jour, l'employeur a transmis une facture et un justificatif de paiement d'un montant de 138 fr. 25 en lien avec le sinistre précité pour remboursement par X. _____ à l'assuré, ainsi qu'une facture de [...] Cliniques Dentaires SA de 576 fr. 60 pour règlement à ladite clinique. Le 12 octobre 2013, l'assuré a répondu en ces termes au questionnaire que lui avait adressé X. _____ en lien avec son dommage dentaire : " [1. Comment et quand avez-vous subi un dommage dentaire (description exacte du déroulement, aliment consommé, etc.) ?] Lors de grillade entre amis le soir du 12.07.2013. Je mangeais une aile de poulet lorsque ma dent (incisive central gauche) a ripé sur un os et sur mes dents inférieures (internes). Par conséquent, la couronne a cédé. [2. S'est-il produit quelque chose de spécial (avez-vous mordu dans un objet ? Genre, taille et constitution de l'objet) ?] Pas spécialement mordu, mais ma dent a ripé sur l'os puis sur mes dents inférieures. [3. Avez-vous vu cet objet ou s'agit-il d'une supposition de votre part ?] C'est un os. [4. La dent endommagée a-t-elle déjà fait l'objet d'un traitement dentaire avant l'incident ? Quand et auprès de quel dentiste ?] Oui. Un traitement pour me faire des couronnes en 2008/2009.

Dr. B. _____ (dentiste), [...] Cliniques Dentaires à [...]. [5. Description précise du produit défectueux (fabricant, marque, nom exact du produit, etc.)] Un poulet. [6. Quand et où ce produit a-t-il été acheté ?] ? [7. Le dommage a-t-il été signalé là-bas ? Si non, veuillez impérativement leur adresser une réclamation écrite pour constatation de défaut afin de ne pas perdre le droit à d'éventuelles prétentions (prière de nous en adresser une copie) :] – [8. Auprès de quelle compagnie d'assurance le fabricant / vendeur est-il assuré en matière de responsabilité civile (nom de la compagnie, numéro de police) ?] – [9. Témoins de l'événement (nom et adresse exacte) ?] Gêné par la situation, je n'ai pas fait part de mon incident. ” Par décision du 18 octobre 2013 adressée à l'assuré, X. _____ a refusé l'octroi de ses prestations d'assurances pour la prise en charge des suites de l'événement du 13 juillet 2013. Ses constatations s'articulaient en ces termes : “ [...] Dans le cas présent, la question qui se pose est de savoir s'il existe un facteur extérieur extraordinaire qui a provoqué la lésion dentaire. En cas de dommages liés à la consommation d'aliments, notamment de lésions dentaires, la jurisprudence considère que le caractère extraordinaire est avéré lorsque le dommage a été causé par la présence d'un élément exogène à l'aliment consommé, autrement dit par un objet qui n'aurait pas dû s'y trouver. En revanche, lorsqu'une sollicitation volontaire et quotidienne produit un effet extraordinaire, comme c'est le cas ici, la notion d'accident n'est pas réalisée. En effet, aucun facteur extérieur extraordinaire, tel que l'exige l'art. 4 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1] comme condition de l'existence d'un accident, n'a provoqué la lésion. Le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Comme la notion d'accident n'est pas réalisée, les conditions pour l'octroi de prestations ne sont pas réunies. Par conséquent, vous n'avez pas droit aux prestations d'assurance. ” Le 5 novembre 2013, l'assuré a fait part à l'assureur de son opposition envers la décision de refus de prise en charge précitée. Il arguait en particulier du fait qu'en date du mercredi 10 juillet 2013, il aurait reçu un choc en pleine face en pratiquant son entraînement hebdomadaire de multisports. Ledit incident ne lui aurait pas laissé de séquelle hormis une petite éraflure à l'intérieur de la lèvre supérieure. Par contre, l'assuré aurait eu un goût désagréable en bouche, comme celui de produit dentaire médical, lequel aurait disparu après deux jours. Il soutient qu'en réalité sa couronne dentaire se serait fragilisée voire légèrement détachée suite au choc en question. Il avait de plus l'impression, sans certitude toutefois, que la dent bougeait. L'assuré concluait ainsi que c'était la conséquence de l'incident du 10 juillet 2013 qui avait entraîné celui survenu en date du 13 juillet 2013. Au terme de sa décision sur opposition du 21 novembre 2013, X. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision de refus rendue le 18 octobre 2013. L'assureur-accidents a notamment retenu ce qui suit en relation avec les arguments développés par l'intéressé dans son opposition du 5 novembre 2013 : “ [...] 8. En l'espèce, la date de survenance de l'événement est douteuse puisque l'assuré affirme une fois qu'il s'agit du 12.07.2013 puis ensuite qu'il s'agit du 13.07.2013. Quoi qu'il en soit, la détermination exacte de la date de survenance du sinistre importe peu puisque, selon les secondes déclarations de l'opposant, la lésion dentaire aurait pour origine un choc survenu le 10.07.2013. 9. A ce titre, et en application de la jurisprudence relative au principe dit des « premières déclarations », la seconde version de l'opposant ne peut être retenue. 10. Par ailleurs, quand bien même l'intimée à l'opposition devait admettre la survenance d'un choc sur la face le 10.07.2013, la preuve n'est pas apportée que ce soit bien ce choc qui ait provoqué la lésion dentaire. En outre, quand bien même ce choc aurait fragilisé la couronne, c'est bel et bien le fait d'avoir mangé l'aile de

poulet et ripé sur l'os qui a fait céder la couronne. Or, en application de la jurisprudence précitée, on ne peut reconnaître que le fait d'avoir ripé sur un os de poulet constitue un facteur extérieur extraordinaire. 11. A noter au demeurant qu'il arrive qu'une dent se casse au cours d'un acte de mastication ordinaire, sans qu'il soit nécessaire qu'intervienne un quelconque facteur extérieur. C'est notamment souvent le cas lorsque la résistance de la dent est amoindrie par un traitement antérieur. Une telle fracture ne peut en elle-même être qualifiée d'accident. 12. Compte tenu de ce qui précède, l'opposition doit être rejetée et la décision litigieuse confirmée. [...]” B. Par acte du 18 décembre 2013, A._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Il conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'événement survenu le 10 juillet 2013 soit reconnu comme étant la cause du dommage subi ce qui lui ouvre droit à la prise en charge, par l'intimée, des frais dentaires y relatif. Il soutient en substance que sa seconde version des faits telle que développée dans son opposition du 5 novembre 2013 complèterait ses premières déclarations, en ce sens que la cause du détachement de sa couronne dentaire trouverait son origine principale dans son « accident » de sport (au sens de l'art. 4 LPGA) du 10 juillet 2013. Le recourant reproche à X._____ de s'être livrée dans son cas à une interprétation abusive du principe dit des « premières déclarations ». Au terme de sa réponse du 16 janvier 2014, X._____ SA conclut au rejet du recours ainsi que de toutes ou plus amples conclusions. L'intimée observe qu'après s'être vu opposer un refus de prise en charge sur la base de ses premières déclarations, le recourant a fait part d'une seconde version qui, à ses dires, ne serait pas contradictoire mais complèterait sa première version des faits. X._____ retient pour sa part que les nouveaux faits décrits ne précisent pas ceux communiqués le 2 (recte : 12) octobre 2013 dans la mesure où ils sont totalement différents. Elle observe que même si on devait admettre que ces nouvelles déclarations complètent les premières, la preuve d'un accident survenu le 10 juillet 2013 n'en est pas pour autant rapportée. X._____ s'étonne par ailleurs du fait que si comme l'affirme le recourant, une atteinte serait survenue le 10 juillet 2013 « nécessitant certainement une intervention médicale », ce dernier n'ait pas effectivement consulté de médecin dentiste dans les suites immédiates dudit événement. Par ordonnance du tribunal du 21 janvier 2014, la réponse de l'intimée à été communiquée au recourant. Ce dernier n'a par la suite pas répliqué dans le délai utile imparti au 11 février 2014. 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 à l'assurance-accidents (art. 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 du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours; les art. 38 à 41 LPGA sont applicables par analogie (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires d'hiver 2013/2014 (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est 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) et est dès lors applicable dans la présente cause. De valeur litigieuse inférieure à 30'000 francs, la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à la prise en charge, par l'assureur-accidents, des suites (frais médicaux) de la lésion dentaire survenue vers la mi-juillet 2013. 3. 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 consid. 2). 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, cas échéant, l'atteinte dommageable doive alors être qualifiée de maladie. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent, entre autres, le traitement médical (art. 10 LAA). 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'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 loc. cit., 116 V 136 consid. 3b, 112 V 302 consid. 1 et les références citées). b) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013, consid. 4). 4. a) 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. 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 (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4 e éd., Berne 1984, p. 136; 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 juge 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. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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). 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 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2). 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).

b) Le bris d'une dent lors d'une mastication normale est réputé 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 nécessairement être parfaitement saine, il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction (ATF 114 V 169 consid. 3b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, let. d p. 168). Ainsi, une lésion dentaire causée par un objet, qui normalement ne se trouve pas dans l'aliment consommé, est de nature accidentelle (SVR 1999 UV n° 9 p. 28 consid. 3c/cc; Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Socialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3 e éd., ad art. 6, ch. IV 1d, p. 26). Le Tribunal fédéral des assurances a admis l'existence d'une cause extérieure extraordinaire et par conséquent le caractère accidentel du bris d'une dent sur un fragment de coquille se trouvant dans un pain aux noix, au motif que cet aliment n'est pas supposé contenir de telles esquilles et que la présence de ce résidu pouvait, partant, être considérée comme un facteur exceptionnel (consid. 2 de l'ATF 114 V 169, publié in RAMA 1988 n° K 787 p. 419 ss). Une esquille dans une saucisse est également un facteur extérieur extraordinaire. Se casser une dent en croquant un éclat d'os présent dans un "Schüblig" de campagne constitue un accident (RAMA 1992 n° U 144 p. 83 consid. 2b). Le fait de se briser une dent sur un caillou en consommant une préparation de riz constitue également un accident (RAMA 1999 n° U 349 p. 478 ss consid. 3a). En revanche, le fait de se casser une dent en mangeant une tarte aux cerises de sa propre confection, préparée avec des fruits non dénoyautés, ne constitue pas un accident, le dommage dentaire n'ayant pas été causé par un facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 112 V 201 consid. 3b). Dans un arrêt du 18 octobre 2005 (TFA U 367/2004) relatif au cas d'un résidu de projectiles (plomb de chasse) dans un civet de cerf consommé au restaurant, le Tribunal fédéral des assurances a fait référence par analogie à l'obiter dictum figurant dans l'ATF 112 V 201 consid. 3 b in fine, d'après lequel la présence d'un os dans un poulet et une côtelette ne saurait être qualifiée d'extraordinaire (cf. TFA U 367/2004 du 18 octobre 2005, consid. 4.1 in fine). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral des assurances considère que la simple présomption que le dommage dentaire se soit produit après avoir mordu sur un corps étranger dur ne suffit pas pour admettre l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire (TFA U 202/2005 du 3 avril 2006, consid. 2.2, U 64/2002 du 26 février 2004, publié in

RAMA 2004 n° U 515 p. 421 consid. 2.2; Baer, Die Zahnschädigung als Unfall in der Sozialversicherung, SJZ 1992, p. 324 et les references). Cette conclusion est valable non seulement lorsque la personne déclare avoir mordu sur « un corps étranger » ou « quelque chose de dur », mais encore lorsqu'elle croit avoir identifié l'objet. Lorsque les indications de la personne assurée ne permettent pas de décrire de manière précise et détaillée le " corpus delicti ", l'autorité administrative (ou le juge en cas de recours) n'est en effet pas en mesure de porter un jugement fiable sur la nature du facteur en cause, et encore moins sur le caractère extraordinaire de celui-ci (TFA U 200/1999 du 20 décembre 1999, consid. 2 et les références). 5. Après s'être vu opposer un refus de prise en charge sur la base de ses déclarations (cf. questionnaire de X. _____ SA complété le 12 octobre 2013 par l'assuré) quant au déroulement du sinistre, le recourant a ensuite fait part à l'assureur-accidents d'une seconde version des faits, qui à le suivre, complèterait sa première version. a) Dans le cas d'espèce, la version des faits présentée par le recourant pour la première fois dans son opposition du 5 novembre 2013 ne peut pas être tenue pour établie. Le questionnaire rempli par ce dernier le 12 octobre 2013 mentionne expressément qu'une description exacte du déroulement du dommage dentaire subi est requise (cf. question n°1 dudit document), puis, dans une nouvelle question, demande de décrire en quoi l'événement se serait déroulé dans des circonstances particulières. L'assuré devait donc savoir qu'il lui appartenait de donner une description précise, en particulier en ce qui concerne le caractère inhabituel de l'événement. Partant, il n'est pas possible de retenir que ce serait dans les suites de son « accident » de sport du 10 juillet 2013 que le bris dentaire survenu les 12 ou 13 juillet suivants trouverait son origine principale, comme le soutient l'intéressé pour la première fois dans son opposition du 5 novembre 2013. Il y a lieu de se référer au contraire à ses premières déclarations, conformément à la jurisprudence précitée (cf. supra, consid. 3b), selon lesquelles sa couronne dentaire a lâché alors qu'il mangeait une aile de poulet, son incisive central gauche ayant ripé sur un os dudit aliment et sur ses dents inférieures (internes). Or ce mouvement (ripage de la dent sur un os contenu dans un poulet) ne revêt pas un caractère extraordinaire. En effet, la présence d'un os dans un poulet et dans une côtelette ne saurait être qualifiée d'extraordinaire, ceci conformément à la jurisprudence de la Haute cour en la matière (cf. supra, consid. 4b). b) Quoiqu'il en soit, quand bien même on devrait admettre que les nouvelles déclarations du recourant complèteraient sa première version, il n'en demeure que l'intéressé échoue à apporter, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable, que le bris de sa dent soit constitutif en l'espèce, d'un cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGA. Les différentes explications fournies par l'assuré ne permettent pas d'identifier avec certitude la cause exacte de la lésion dentaire. Au regard de la jurisprudence précitée, le fait d'affirmer que l'atteinte a été causée deux ou trois jours après un choc facial survenu à l'occasion de la pratique de sports n'est pas suffisant pour apporter la preuve de l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire. En l'occurrence, aucun élément au dossier ne permet en effet d'exclure que l'atteinte en question soit due à un banal acte de mastication, la dent touchée ayant déjà été traitée en 2008/2009, ou à l'objet mâché, soit un os d'aile de poulet, lequel ne constitue pas, comme on l'a vu, un facteur extérieur extraordinaire (cf. supra, consid. 5a). Compte tenu des circonstances, il est certes possible, mais nullement établi, ou du moins rendu vraisemblable, que la lésion dentaire est la conséquence d'un accident au sens juridique du terme (cf. art. 4 LPGA). Ainsi, la preuve d'une cause extérieure extraordinaire, n'est pas rapportée au degré de vraisemblance prépondérante. Les conditions légales d'un accident au sens juridique ne sont donc pas remplies. Il appartient par conséquent à l'assuré de supporter les conséquences de l'absence

de preuves de l'existence des faits dont il entend déduire des droits. En définitive, à défaut de remplir l'une des conditions exigées par l'art. 4 LPGA (cf. supra, consid. 3a), la lésion dentaire du 12 ou du 13 juillet 2013 ne constitue pas un accident à charge de l'intimée. 6. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 21 novembre 2013 par X._____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ A._____, ■ X._____ SA, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.