

VD_GERICHTE ZA10.000883 vom 11. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.000883

FR: VD_GERICHTE ZA10.000883 du 11 juin 2010

IT: VD_GERICHTE ZA10.000883 del 11 giugno 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 2/10 - 87/2010 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES
_____ Arrêt du 11 juin 2010

_____ Présidence de Mme THALMANN, juge unique Greffier : M. Simon
***** Cause pendante entre : C._____, à Lausanne, recourante, représentée par DAS
Protection juridique SA, à Lausanne, et CAISSE VAUDOISE, à Martigny, intimée.

_____ Art. 6 al. 1 et 10 LAA 403

- 2 - E n f a i t : A. C._____ (ci-après: l'assurée), née le 13 août 1956, est employée comme laborantine médicale auprès du CHUV, à Lausanne. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la législation sur l'assurance-accidents auprès de la Caisse vaudoise. Par déclaration d'accident LAA du 18 juin 2008, l'employeur de l'assurée a annoncé qu'elle était tombée devant l'entrée de la PMU en marchant vite, lors du retour de sa pause de midi, le 17 juin 2008. Il mentionnait une fracture du poignet gauche; une incapacité de travail totale a été attestée dès le 17 juin 2008. Lors d'un entretien téléphonique avec la Caisse vaudoise, le 29 juillet 2008, l'assurée a déclaré que l'incapacité de travail à 100 % était toujours en cours, qu'elle était gauchère et que, suite à sa chute assez violente sur le côté gauche, elle avait eu une mauvaise fracture du poignet gauche, des hématomes au visage ainsi que sur tout le côté gauche. Elle a également déclaré qu'elle s'était cassé une dent, en précisant qu'elle la ferait réparer dès qu'elle n'aurait plus le plâtre à son bras gauche, car ce n'était pas très pratique d'aller chez le dentiste avec celui-ci. Selon le questionnaire concernant les lésions dentaires, rempli le 27 août 2008 par le Dr Y._____, médecin-dentiste à Lausanne, la première consultation dentaire de l'assurée a eu lieu le 27 août 2008 et la dernière consultation avant l'accident remontait au 21 avril 2008; aucun traitement n'était en cours ou prévu. Le Dr Y._____ a mentionné une chute sur le bitume et diagnostiqué une fracture de la couronne sans lésion de la pulpe à la dent n°16. A la rubrique "dont étaient cariées ou réparées" il a souligné "réparées", se référant au numéro 16. Comme autre dommage dû à l'accident, il a mentionné un décrochement de la mâchoire inférieure droite. Un composite de reconstitution de deux cuspides a été effectué en guise de mesure immédiate ainsi qu'une

- 3 - radiographie. La proposition pour le traitement définitif de la dent consistait en la pose d'une couronne céramo-métallique. Selon estimation d'honoraires, le traitement a été devisé à 1'707 fr. 85. Par lettre du 16 octobre 2008, la Caisse vaudoise a informé le Dr Y._____ que le dossier de l'assurée devait être transmis à son médecin-dentiste conseil pour examiner une éventuelle prise en charge et lui a demandé de ne pas réaliser le traitement envisagé sauf les soins devant être donnés en urgence. Le 3 novembre 2008, le médecin-dentiste conseil de la Caisse vaudoise, le Dr B._____, a indiqué que le dommage dentaire constaté était dû de façon possible à l'accident et a noté en outre ce qui

suit: “tél. au Dr Y._____. La dent 16 présente une très grosse obturation amalgame MOD+ carie” Il a estimé que la dent aurait pu se briser en cas de sollicitation normale, avant d'ajouter que le traitement était économique, approprié et que le devis était correct. Il a préavisé en faveur du refus total de la prise en charge, à cause de la carie et de la dent fragilisée. B. Par décision du 20 janvier 2009, la Caisse vaudoise a refusé de prendre en charge la lésion dentaire subie lors de la chute du 17 juin 2008. Elle a notamment indiqué ce qui suit: “Selon la jurisprudence fédérale, la relation de causalité adéquate est rompue quand il y a lieu d'admettre que la dent se serait brisée même en l'absence d'une sollicitation extérieure extraordinaire Dans ce cas, l'assureur-accidents n'a pas à intervenir. L'état préalable de la dent doit donc être pris en considération. Dans votre cas, nous avons soumis votre dossier complet au médecin-dentiste conseil. Il ressort de son examen que cette molaire (dent n° 16) avait été traitée par une grosse obturation. Au vu de cette grosse obturation et de la présence d'une carie, il y a lieu d'admettre que la dent se serait brisée à court terme même en l'absence du choc. Par conséquent, le lien de causalité adéquate est rompu, ce qui ne nous permet malheureusement pas d'intervenir en votre faveur. Au vu de ce qui précède, le traitement n'est donc pas couvert par l'assurance-accidents obligatoire (LAA)”.

- 4 - Le Dr Y._____ a adressé, le 26 janvier 2009, une lettre à la Caisse vaudoise dont il résulte notamment ce qui suit: Je confirme comme je l'ai d'ailleurs expliqué à mon confrère lors de notre entretien téléphonique, que la dent 16 ne présentait aucune carie et que l'ombre vue sur la radiographie n'est que la démonstration de la fracture de la cuspidé de cette dent 16. J'ai fait une reconstruction provisoire en composite le 27.08.2008. Cette dent a en effet une réparation importante qui a été faite le 09.09.1994. Je pense qu'il est donc évident que cette dent était apte à supporter une mastication normale et que seul l'accident a fracturé la cuspidé palatine de cette dent”. Par acte du 30 janvier 2009, l'assurée a formé opposition contre cette décision concernant la cassure de la molaire n°16, en relevant que les conclusions du médecin-dentiste conseil de la Caisse vaudoise étaient en totale contradiction avec celles de son médecin- traitant, le Dr Y._____. C. Figurent au dossier divers rapports médicaux ainsi qu'une expertise relatifs à d'autres affections subies par l'assurée ensuite de la chute du 17 juin 2008. Dans son rapport du 3 novembre 2008, le Dr X._____, chirurgien orthopédique FMH à Lausanne et médecin-conseil à la Caisse vaudoise, a en particulier mentionné ce qui suit (page 2): “Le 17 juin 2008, vers 13h30, et en rentrant de sa pause de midi, la patiente est tombée dans le couloir. Elle s'est réceptionnée sur le côté gauche. Elle a présenté des douleurs avec impotence fonctionnelle de son poignet, ainsi que des hématomes de l'hémi- visage et de la région de la hanche, toujours à gauche. Le premier bilan radio-clinique a mis en évidence une fracture de l'extrémité distale du radius gauche, extra-articulaire, avec bascule dorsale. On signalait aussi la fracture d'une dent”. Une expertise du 9 octobre 2009 du Dr V._____, chirurgien orthopédique FMH, a relevé notamment ce qui suit (page 2): “Le 17.06.2008, la patiente a trébuché devant le CHUV et chuté sur le côté gauche, heurtant le sol avec le poignet gauche, la face gauche de la tête et avec la hanche gauche”.

- 5 - Dans ce même rapport, le Dr V._____ a posé les diagnostics de Sudeck de la main gauche et insertionite des fessiers au grand trochanter gauche post-traumatique au décours, de status après fracture intraarticulaire distale du poignet gauche le 17 juin 2008, consolidée sans incongruence articulaire résiduelle, et de status après contusion latérale de la hanche gauche le 17 juin 2008 avec bursite et/ou insertionite localisée avec évolution lentement

favorable. Ce médecin a considéré le lien de causalité naturelle comme certain pour le membre supérieur gauche et probable pour la hanche gauche, la capacité de travail dans le poste actuel de laborantine à prédominance administrative étant de 60 % à partir du 1er septembre 2009 et pouvant augmenter de 10 % chaque mois pour atteindre 100 % au 1er janvier 2010, une guérison complète étant possible avec retour au statu quo sine au début 2010. D. Par décision sur opposition du 24 novembre 2009, La Caisse vaudoise a confirmé son premier prononcé, en considérant notamment ce qui suit: Il ressort des faits que l'assurée a fait une chute sur le bitume le 17 juin 2008 et s'est fracturée le poignet gauche à cette occasion. La déclaration d'accident du 18 juin 2008 ne mentionne pas d'autre lésion. Ce n'est que le 29 juillet 2008, soit plus d'un mois après sa chute, que Mme C. _____ déclare, lors d'un entretien téléphonique avec la Caisse vaudoise, s'être cassé également la dent n°16 lors de sa chute, et ce n'est que le 27 août 2008, soit plus de deux mois après la chute, qu'elle consulte son médecin-dentiste. Au vu de la chronologie des faits, la relation de causalité entre la chute invoquée et le bris de la dent est donc une hypothèse. En effet, un délai de plus d'un mois entre le choc et l'annonce du bris laisse place à de nombreuses autres possibilités d'usure et de lésion de la dent, notamment en mangeant. Le Dr B. _____, dentiste-conseil de la Caisse vaudoise, s'est d'ailleurs exprimé sur cette question de la causalité naturelle, et a conclu que le dommage dentaire n'est dû en l'espèce que de façon possible à l'accident du 17 juin 2008. Ainsi donc, le lien de causalité naturelle entre l'évènement et la lésion paraît improbable, il n'est du moins pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Cette condition légale n'étant pas remplie, le cas ne relève pas de la compétence de l'assurance- accidents.

- 6 - Etant donné l'absence de preuve du lien de causalité naturelle, l'examen du lien de causalité adéquate est superflu. Par surabondance de droit, ce point peut être brièvement développé. Selon les indications transmises par le Dr Y. _____, cette molaire supérieure droite (n°16) a déjà subi une réparation importante le 9 septembre 1994. Par ailleurs, selon le Dr B. _____, cette dent présente une très grosse obturation amalgame MOD ainsi qu'une carie. Il estime que l'état antérieur de la dent joue un rôle très important dans la survenance du dommage, et que dite dent se serait brisée même par sollicitation normale. Ainsi donc, force est de conclure que la relation de causalité adéquate n'est pas non plus réalisée en l'espèce". E. Par acte du 8 janvier 2010 de son mandataire, C. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de cette dernière et à la prise en charge par la Caisse vaudoise de l'intégralité des frais de traitement de la dent n°16. Elle a requis la mise en oeuvre d'une expertise dentaire autant que de besoin, afin de déterminer si le traitement de la dent n°16 était consécutif à l'accident du 17 juin 2008. Se prévalant d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 juin 2008 et son problème dentaire, l'assurée a fait valoir qu'elle avait frappé le sol lors de sa chute, que la déclaration d'accident – n'ayant pas été rédigée avec son accord – ne mentionnait pas toutes les atteintes résultant de l'accident et que l'annonce du problème dentaire le 29 juillet 2008 résultait notamment de la priorité du traitement de la lésion au poignet gauche. Elle a également relevé, selon le questionnaire rempli par le Dr Y. _____, que sa dentition était saine avant l'accident et que le Dr X. _____, dans son rapport du 3 novembre 2008, avait indiqué que le premier bilan radio-clinique faisait état d'une fracture d'une dent. Par ailleurs, au vu des avis médicaux au dossier, l'assurée a contesté la négation d'un lien de causalité adéquate entre la lésion dentaire et l'accident dont elle a été victime. Dans sa réponse du 10 mars 2010, la Caisse vaudoise a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué que l'assertion du Dr X. _____ au sujet de la fracture d'une dent ne résultait pas d'un bilan radio-clinique et

ne permettait pas de préciser l'origine de cette indication. Au sujet du

- 7 - déroulement de la chute, elle a relevé que l'impact s'était situé autour de l'œil et non au niveau de la mâchoire, de sorte qu'il apparaissait possible, mais non au moins probable, que les dents aient été lésées lors de cet événement, ajoutant que la sensation ressentie par l'assurée au niveau de ses dents et le bris de la dent 16 quelques jours plus tard ne permettaient pas d'établir un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 juin 2008 et les lésions à cette dent. Par courrier du 6 avril 2010, l'assurée a fait valoir que le rapport du 3 novembre 2008 du Dr B. _____ était dénué de valeur probante et a requis la mise en œuvre d'une expertise dentaire et l'audition du Dr Y. _____. Le 27 avril 2010, la Caisse vaudoise a maintenu sa position, en se référant à un rapport du 17 mars 2010 du Dr B. _____, ainsi libellé: "J'ai écrit sur ma réponse du 3.11.2008 à la Caisse vaudoise que la relation de causalité entre l'accident et la fracture dentaire était possible. (quest 1) J'ai téléphoné le 03.11.2008 à mon Confrère, le Dr Y. _____ et il a admis que cette dent avait une très grosse obturation MOD faite le 9.09.1994, et que la face antérieure sous l'amalgame présentait une carie. Statistiquement la durée moyenne d'une obturation est d'environ huit ans. Cette dent a été reconstruite en 94 et comme le Confrère le confirme dans sa lettre du 26.01.09 elle avait une réparation importante. Cette réparation est à l'origine de la forte fragilisation de cette dent. Elle a de plus duré 14 ans soit presque le double de la durée moyenne d'une obturation normale. Je ne comprends pas que le confrère note qu'elle ne présentait pas de carie, puisque je l'ai inscrit sur mon dossier après notre téléphone?! La radiographie fournie montre une radio transparence médiale sous l'obturation indiquant la présence hautement probable d'une carie. Je n'ai effectivement pas vu la patiente, dans tous les cas cela aurait été inutile, car le confrère a fait une obturation sur cette dent le 27.08.2008 ce qui m'aurait empêché de voir quoi que ce soit ! En conclusion je pense donc que cette dent avait une très grosse obturation, depuis 14 années et qu'elle était très fragilisée et qu'elle n'aurait pas résisté à une mastication normale ! Pour toutes les raisons mentionnées dans cette lettre je maintien[s] ma décision".

- 8 - En date du 12 mai 2010, se basant sur la lettre du 26 janvier 2009 du Dr Y. _____ transmise à la Caisse vaudoise, l'assurée a expliqué que, contrairement à l'avis du Dr B. _____, sa dent n°16 était saine et qu'elle ne présentait aucune carie lors de l'accident du 17 juin 2008. Elle a par ailleurs relevé que ladite dent, ayant fait l'objet d'un traitement provisoire, qui n'était plus adéquat, devait faire l'objet d'un traitement définitif. F. Par ordonnance du 10 juin 2010, le juge instructeur a rejeté la requête d'expertise, en relevant que la documentation médicale produite au dossier était complète. 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 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). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA). b) En l'espèce, le recours du 8 janvier 2010 a été déposé dans le délai légal contre la décision sur opposition, datée du 24 novembre 2009. Pour le surplus répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 2. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV

173.36]). Vu la valeur litigieuse, inférieure à 30'000 fr. au vu des pièces

- 9 - figurant au dossier, la cause relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 3. En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. 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. En l'espèce, il résulte de la documentation médicale que la recourante est tombée le 17 juin 2008 en heurtant le sol avec le poignet gauche, la face gauche de la tête et avec la hanche gauche. L'existence d'un accident est ainsi établie. 4. a) Au titre des prestations d'assurance allouées en cas d'accident professionnel ou non professionnel et de maladie professionnelle, l'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 LAA). Une fois établie l'existence d'un accident, il convient d'examiner si, entre l'événement dommageable et les lésions qu'il a provoquées un lien de causalité naturelle est présent (ATF 115 V 403 consid. 3). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, en effet, l'existence d'une telle relation. L'exigence de la causalité naturelle 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

- 10 - 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; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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 accident (raisonnement post hoc, ergo propter hoc; cf. 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). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles

d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu

- 11 - (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3 et les références citées). b) Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et le dommage subi, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). 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 181 consid. 3.2; 118 V 286 consid. 1c; 117 V 359 consid. 6a; 115 V 135 consid. 4a; 405 consid. 4a). c) Selon le Tribunal fédéral (ATF 114 V 169 = RAMA 1988 K 787 p. 419; ATF 103 V 180 consid. 3a; ATF 112 V 204 consid. 3a; TFA U 454/04 du 14 février 2006 consid. 3.3.2), en matière de lésions dentaires, il importe peu que la dent ait été totalement saine ou qu'elle ait été traitée, dans la mesure où la dent pouvait encore assurer une fonction normale de mastication. Le fait qu'une dent isolée ou qu'un certain nombre de dents aient été, en raison d'un traitement, relativement fragilisées à la pression mécanique, constitue la règle à l'âge adulte, alors qu'une dentition parfaitement saine constitue l'exception. Il n'est pas contesté qu'une dent totalement saine supporte des pressions plus importantes qu'une dent traitée. En revanche, une dent traitée conserve dans la règle sa fonction normale de mastication. Lorsqu'une telle dent - traitée - ne supporte pas un choc extérieur soudain et involontaire, il n'est pas possible d'exclure l'existence d'un accident, pour le motif qu'une dent intacte aurait supporté la pression en cause. Dès lors, l'existence d'un accident doit être admise lorsqu'une dent traitée cède à une pression extraordinaire et inhabituelle, même si une dent saine y aurait peut-être résisté. L'accident ne devrait être exclu que dans les cas où la dent était tellement affaiblie qu'elle n'aurait pas résisté à une pression normale, de telle sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident et le dommage doit être considéré comme

- 12 - rompu. Le fait que la dent, sans l'accident, aurait subi des dommages tôt ou tard ne suffit pas pour rompre le lien de causalité. d) L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées; VSI 2001 p. 106; TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009 consid. 2.2.2). 5. a) En l'espèce, si certes la déclaration d'accident du 18 juin 2008 ne mentionne que la fracture du poignet gauche, elle ne mentionne toutefois pas non plus de contusion latérale de la hanche gauche, alors que l'expert V._____ retient ce diagnostic et considère que les problèmes de hanche gauche de la recourante sont dus probablement à l'accident. Compte tenu de la violence de sa chute et de ses douleurs sur tout le côté gauche, il apparaît vraisemblable que la recourante ne se soit pas rendu compte tout de suite qu'elle s'était cassé une dent. On ne saurait donc déduire de l'absence de mention d'une dent cassée sur la déclaration d'accident que cette lésion n'a pas eu lieu à ce moment-là. Lors de son entretien téléphonique avec la

Caisse vaudoise, le 29 juillet 2008, la recourante a déclaré s'être cassé une dent en précisant qu'elle la ferait réparer dès qu'elle n'aurait plus le plâtre à son bras gauche, car ce n'était pas très pratique d'aller chez le dentiste avec celui-ci, ce qui apparaît compréhensible, vu les circonstances. Elle n'a en outre jamais varié dans ses déclarations.

- 13 - Le Dr B. _____, dans ses rapports des 3 novembre 2008 et 17 mars 2010, est d'avis que le dommage dentaire constaté est dû de façon possible à l'accident. Il estime que la très grosse obturation MOD faite en 1994 est à l'origine de la forte fragilisation de cette dent dès lors que statistiquement la durée moyenne d'une obturation est d'environ huit ans. Il ajoute que la radiographie fournie montre une radio transparence médiale sous l'obturation indiquant la présence hautement probable d'une carie. Il en conclut que cette dent n'aurait pas résisté à une mastication normale et maintient en outre que son confrère lui aurait signalé par téléphone l'existence de cette carie. Dans son premier rapport, du 27 août 2008, le Dr Y. _____ indique avoir été consulté par la recourante le 21 avril 2008, soit moins de deux mois avant l'accident, aucun traitement n'étant en cours ni prévu. Il précise en outre que la dent n°16 a été traitée, mais ne signale pas la présence d'une carie. En revanche, il signale un décrochement de la mâchoire inférieure droite. Le Dr Y. _____ confirme le 26 janvier 2009 avoir expliqué à son confrère – à savoir le Dr B. _____, médecin-dentiste conseil de l'intimée – lors de leur entretien téléphonique que la dent n°16 ne présentait aucune carie et que l'ombre vue sur la radiographie n'était que la démonstration de la fracture de la cuspide de cette dent n°16. Il estime "évident" que, bien que réparée, cette dent était apte à supporter une mastication normale et que seul l'accident a fracturé la cuspide palatine de cette dent. b) S'agissant de l'existence d'une carie sous l'amalgame, le Dr Y. _____ est le seul praticien à avoir examiné la recourante. Son examen clinique n'a révélé aucune carie, il explique en outre de manière convaincante les raisons pour lesquelles l'existence d'une telle carie ne résulte pas de la radiographie. Compte tenu de ses explications claires, on voit mal qu'il ait mentionné l'existence d'une carie lors de l'entretien téléphonique avec son confrère mais bien plutôt qu'il s'agit d'un malentendu de la part du médecin-dentiste conseil de la Caisse vaudoise, ainsi que cela ressort de la lettre du 17 mars 2010 du Dr B. _____.

- 14 - L'existence d'une carie au moment de l'accident du 17 juin 2008 doit dès lors être niée. En ce qui concerne l'obturation, le Dr B. _____, dans sa lettre du 17 mars 2010, se fonde sur des considérations d'ordre général, dès lors qu'il se réfère à la durée statistique moyenne d'une obturation, qui est selon lui d'environ 8 ans. Dans le cas particulier, cette obturation a très vraisemblablement été vérifiée par le Dr Y. _____, ce praticien ayant été consulté par la recourante moins de deux mois avant l'accident, lors de la consultation du 21 avril 2008. Or, dans son rapport du 27 août 2008, le Dr Y. _____ ne se réfère à aucun traitement en cours ni prévu, ce qui permet de déduire que l'obturation était optimale. c) En conséquence, les conclusions circonstanciées du Dr Y. _____ doivent être suivies, au contraire de celles du médecin-dentiste conseil de la Caisse vaudoise, le Dr B. _____. Certes affaiblie au moment de l'accident, mais encore solide, la dent n°16 était fonctionnelle et n'avait jamais posé de problème, selon les indications du Dr Y. _____ qui ne sont pas valablement contredites par les autres pièces figurant au dossier. Bien que traitée, en l'occurrence en 1994, cette dent pouvait certainement résister à un choc – relativement léger – dû à la mastication courante. Dès lors, ladite dent aurait encore pu assurer, sans l'accident, une fonction masticatoire normale. En conséquence, il y a lieu d'admettre que la fracture de la cuspide palatine de la dent n°16 est due à l'accident du 17 juin 2008, de sorte qu'il existe

entre cet événement et cette lésion dentaire un lien de causalité naturelle. d) S'agissant de la causalité adéquate, au vu du déroulement de l'accident, la recourante a chuté de sa hauteur sur le bitume, ce qui a occasionné – outre une fracture de la dent n°16 – une fracture du poignet gauche, des hématomes au visage et des contusions de la hanche gauche. A l'évidence, l'impact, localisé notamment au niveau de la tête, devait être violent pour occasionner de telles lésions. On retiendra donc que, selon le

- 15 - cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un événement de cette ampleur est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, à savoir une fracture de ladite dent, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance. Dans la décision attaquée, du 24 novembre 2009, l'intimée s'appuie sur les indications du Dr B. _____ au sujet de l'état antérieur à l'accident de la dent n°16 pour nier l'existence d'un lien de causalité adéquate; or les explications de ce spécialiste n'emportent pas la conviction du tribunal et ne permettent pas de s'écarter de l'avis du Dr Y. _____, ainsi qu'on l'a vu plus haut (consid. 5b). Il y a donc un lien de causalité adéquate entre l'accident du 17 juin 2008 et les lésions subies à la dent n°16. 6. Dans le cas présent, les conditions posées par la législation en matière d'assurance-accidents au sujet de la réparation du dommage sont donc remplies, de sorte que la Caisse vaudoise doit assumer les frais de traitement médicaux. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les frais résultant du traitement de la dent n°16 accidentée lors de l'événement du 17 juin 2008. 7. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais judiciaires. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, au vu du dossier, il y a lieu de fixer ces dépens à 800 fr.

- 16 - Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition du 24 novembre 2009 de la Caisse vaudoise est réformée en ce sens que la Caisse vaudoise prend en charge les frais résultant du traitement de la dent n°16 lésée. III. La Caisse vaudoise versera la somme de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens à la recourante C. _____. IV. Le présent arrêt est rendu sans frais. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - DAS Protection juridique SA, à Lausanne (pour C. _____) - 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

- 17 - 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.