

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 janvier 2016

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, au [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA**

## **E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1958, a travaillé comme conseiller technique pour la Ville de [...] à partir du 1<sup>er</sup> février 2013. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 19 mars 2013, l'assuré a été victime d'un accident. Il ressort de la déclaration de sinistre, complétée par l'employeur le 26 avril 2013, que le jour de cet événement, en effectuant des réglages au sous-sol d'un immeuble, une bousculade s'est produite et, suite au choc, l'intéressé a ressenti une douleur dentaire.

Le 4 avril 2013, l'assuré a consulté la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste. Dans son rapport du 9 juillet 2013 à la CNA, cette praticienne a indiqué, sous la rubrique « dommages dus à l'accident », que seule la dent 36 présentait une fracture de racine. Sous la rubrique « état du reste de la denture », elle a notamment relevé que la dent 37 était réparée. Elle y a joint une radiographie réalisée le jour de la consultation.

Le 20 septembre 2013, après avoir soumis le cas de l'assuré à son médecin-dentiste conseil, le Dr O. \_\_\_\_\_, la CNA a pris en charge les frais de traitement de la dent 36 préconisés par la Dresse N. \_\_\_\_\_, soit son extraction et la pose d'une couronne.

Le 6 mai 2014, l'assuré a annoncé à la CNA que sa dent 37 avait été traitée par la Dresse N. \_\_\_\_\_, qui lui avait dit qu'il s'agissait d'une suite de l'accident du 19 mars 2013.

Par courrier du 16 septembre 2014, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a fait savoir ce qui suit à la CNA :

« Afin de faire suite **à la demande** de mon patient susnommé, je vous fais parvenir un devis concernant le traitement dentaire de la dent 37 (déjà effectué en 2013).

Pour mémoire, nous avons procédé à la mise en place en 2013 d'un implant en région 36 et à la confection d'une couronne sur implant suite à un accident survenu dans le passé (n° référence [...]).

D'après M. D. \_\_\_\_\_ la nécrose pulpaire qui a eu lieu en 2013 sur la 37 (non cariée et sans obturation massive) pourrait tout aussi être une des conséquences de cet ancien accident tout comme la 36 déjà prise en charge.

Je vous laisse juge du bien fondé de la requête de mon patient.. (sic) ».

Elle a par ailleurs transmis les documents suivants :

- des radiographies réalisées les 23 avril 2013 et 19 mars 2014 ;
- une estimation d'honoraires du 26 août 2014, selon laquelle les frais de traitement de la dent 37 ont été évalués à 956 fr. 35 ;
- un rapport du 15 septembre 2014 faisant suite à un examen de l'assuré du 23 avril 2013, dans lequel cette praticienne a indiqué, sous la rubrique « dommages causés par l'accident », que les dents 36 et 37 étaient contusionnées et que la dent 36 présentait une « fracture couronne avec lésion de la pulpe ».

La CNA a soumis le cas de l'assuré au Dr O. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 25 octobre 2014, ce praticien a exposé ce qui suit :

« 1) Sur les rx [radiographies] reçues le 2 août 2013, on voit nettement que la dent 37 présente déjà une infection sans rapport avec accident. Cette infection est plus importante sur la rx du 24.04.2013. Causalité au maximum possible.

2) pas de prise en charge. Nécrose aseptique par l'obturation est certainement la causalité probable ».

Par décision du 19 novembre 2014, la CNA a refusé d'allouer à l'assuré des prestations d'assurance en relation avec l'affection de la dent 37, au motif que, selon l'analyse de son médecin-dentiste conseil, le lien de causalité entre l'accident du 19 mars 2013 et le dommage dentaire annoncé n'était ni certain ni vraisemblable.

Le 7 décembre 2014, l'assuré a formé opposition à la décision précitée. Il a exposé qu'à la suite de douleurs ressenties dans la zone qui avait été traitée, il avait consulté la Dresse N.\_\_\_\_\_, dont l'examen a révélé que le traitement de la dent 36 était réussi et qu'une infection était apparue entre les racines de la dent 37. Il a indiqué que selon l'avis formel de cette praticienne, le problème était apparu à la suite de l'accident du 19 mars 2013, une cassure verticale n'ayant pas été détectée, si bien que le traitement suite à l'accident n'était pas terminé.

Par courriel du 8 janvier 2015, la Dresse N.\_\_\_\_\_ a transmis à la CNA toutes les radiographies pratiquées sur l'assuré et a exposé ce qui suit :

« Nous pouvons constater si l'on regarde dans l'ordre chronologique que l'accident qui a lésé la dent 36 a du aussi atteindre la dent 37: sur la première radiographie on notera une lésion apicale de la 37 bien que cette dent ne présente aucune carie ainsi qu'une toute petite obturation, la nécrose pulpaire ne peut être due qu'à un traumatisme.

J'ai effectué un traitement de racine sur la 37 qui n'a pas été couronné de succès ce qu'il laisse supposer que la dent était fissurée cf dernières radiographies. (sic) ».

La CNA a à nouveau soumis le dossier de l'assuré au Dr O.\_\_\_\_\_, qui a relevé ce qui suit dans son rapport du 24 janvier 2015 :

« 1) Sur la rx du 04.04.2013, la dent 37 présente déjà une infection et un composite peut très bien provoquer cette pathologie. La causalité reste tout au plus possible.  
Je reste sur ma position, la causalité est tout au plus possible donc pas de prise en charge.  
De plus le rapport d'accident ne montre aucune lésion et la dent 37 ne présentait aucune douleur lors de l'examen.  
Il n'y a donc pas péjoration au niveau de cette dent par l'accident. ».

Par décision sur opposition du 6 février 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 19 novembre 2014. Considérant que l'avis de la Dresse N.\_\_\_\_\_ ne permettait pas de douter du bien-fondé de celui du Dr O.\_\_\_\_\_, la CNA a exposé que la causalité entre l'affection de la dent 37 et l'accident du 19 mars 2013 était au

maximum possible dès lors que des radiographies reçues le 2 août 2013 avaient révélé que la dent 37 présentait déjà une infection sans rapport avec l'accident.

**B.** Par acte du 24 février 2015, D.\_\_\_\_\_, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à se réformer en ce sens que les frais de traitement de la dent 37 sont pris en charge par l'intimée. Il a exposé en substance que selon la Dresse N.\_\_\_\_\_, le problème à la dent 37 était apparu à la suite de l'accident du 19 mars 2013, une microfissure verticale provoquée par le choc n'ayant pas été détectée et une infection s'étant déclarée par la suite. Il a encore indiqué que cette situation avait nécessité l'extraction de la dent 37 le 8 janvier 2015 et qu'il souffrait encore de douleurs à la mâchoire.

Dans sa réponse du 20 mars 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a exposé en substance qu'au regard des documents médicaux figurant au dossier, l'affection dont le recourant demandait la prise en charge n'était pas, au stade de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité avec l'accident du 19 mars 2013, laquelle relevait tout au plus d'une simple possibilité, précisant que cette affection paraissait davantage résulter d'une nécrose aseptique. Elle a ajouté que les radiographies effectuées après l'accident avaient permis d'objectiver sur la dent 37 une infection sans causalité avec celui-ci.

Invité à répliquer, le recourant n'a pas procédé.

### **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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 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).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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 prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu du montant devisé des frais de traitement dont le recourant demande la prise en charge, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

**c)** Le litige porte en l'occurrence sur le point de savoir si le recourant peut bénéficier de la prise en charge par l'intimée des frais de traitement de sa dent 37, en particulier si, au regard de la vraisemblance prépondérante, il existe un lien de causalité entre l'affection annoncée le 6 mai 2014 et l'accident du 19 mars 2013.

Il convient encore de relever que les interventions pratiquées sur la dent 37 postérieurement à la décision du 19 novembre 2014, notamment son extraction en date du 8 janvier 2015, ne peuvent faire l'objet de la présente procédure conformément à ce qui a été rappelé ci-dessus.

**3. a)** Selon 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. Aux termes 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche,

que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

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* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet

entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accident obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2<sup>ème</sup> éd., n. 79, p. 865).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent

souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C\_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

**4.** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 109 consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**5.** En l'espèce, se fondant sur l'avis de son médecin-dentiste conseil, le Dr O.\_\_\_\_\_, l'intimée a considéré que le lien de causalité entre l'affection de la dent 37 annoncée par le recourant le 6 mai 2014 et l'accident du 19 mars 2013 n'était au maximum que possible et a dès lors refusé de prendre en charge les frais de traitement y relatifs.

Dans son rapport du 25 octobre 2014, le Dr O.\_\_\_\_\_ a exposé que sur les radiographies reçues le 2 août 2014, une infection de la dent 37 sans rapport avec l'accident était nettement visible, et encore plus importante sur la radiographie du 24 avril 2013. Il a confirmé cette analyse dans son rapport du 24 janvier 2015 en précisant qu'un composite pouvait très bien provoquer cette pathologie. Il a encore relevé que le rapport d'accident ne montrait aucune lésion et que la dent 37 ne présentait aucune douleur lors de l'examen. Il ressort en effet du rapport du 9 juillet 2013 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, faisant suite à une consultation

du 4 avril 2013, que seule la dent 36 présentait une lésion, soit une fracture de racine. Aucune remarque n'a été formulée quant à la dent 37 si ce n'est qu'il s'agissait d'une dent réparée. Au vu de ces éléments, le Dr O. \_\_\_\_\_ a considéré que la causalité entre l'affection de la dent 37 et l'accident du 19 mars 2013 était tout au plus possible, indiquant qu'une nécrose aseptique par l'obturation était certainement la causalité probable.

Le recourant soutient que selon son médecin-dentiste traitant, la Dresse N. \_\_\_\_\_, l'affection de la dent 37 est bien la conséquence de l'accident. Cette praticienne est toutefois nettement plus mesurée à cet égard dès lors qu'elle indique dans son courriel du 8 janvier 2015 que « l'accident qui a lésé la dent 36 a dû aussi atteindre la dent 37 ». En outre, ses constatations ne sont pas exemptes de contradictions. En effet, elle a indiqué dans son courriel précité que la première radiographie révélait une lésion apicale de la dent 37 bien que celle-ci ne présentait aucune carie ainsi qu'une toute petite obturation, alors qu'elle n'a relevé aucune lésion de la dent 37 dans son rapport du 9 juillet 2013. Elle fait par contre état d'une contusion à cette dent dans son rapport du 15 septembre 2014, lequel faisait suite à un examen du recourant du 23 avril 2013, soit plus d'une année auparavant et antérieurement à son rapport du 9 juillet 2013. Le Dr O. \_\_\_\_\_ expose à cet égard que la radiographie du 4 avril 2014 montrait déjà une infection sans rapport avec l'accident et qu'un composite pouvait très bien provoquer cette pathologie.

Il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'avis du Dr O. \_\_\_\_\_ et aucun élément ne permet de remettre en cause son bien-fondé. Après avoir apprécié l'ensemble des éléments médicaux, en particulier les radiographies, il a exposé une conclusion convaincante, exempte de contradiction et motivée à satisfaction, ce tant dans son rapport du 25 octobre 2014 que dans celui du 24 janvier 2015. Il s'est par ailleurs prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse dès lors que le cas de l'assuré lui avait déjà été soumis en septembre 2013 en relation avec la lésion de la dent 36. *A contrario*, comme exposé précédemment, l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_ apparaît nettement plus mesuré et ses

rappports ne sont pas exempts de contradiction. En outre, agissant en qualité de médecin-dentiste traitant du recourant, cette praticienne paraît plus encline, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci.

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que le recourant n'a pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante requis compte tenu notamment du temps écoulé entre l'accident du 19 mars 2013 et l'annonce de l'affection à la dent 37 le 6 mai 2014, qu'il existe un lien de causalité naturelle entre ces événements. Il y a dès lors lieu de retenir, à l'instar de l'intimée et conformément à l'avis du Dr O.\_\_\_\_\_, que ce lien de causalité naturelle n'est tout au plus que probable, ce qui est insuffisant pour reconnaître le droit à des prestations d'assurance. Au surplus, en présence d'une atteinte à la santé physique, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (*cf. supra* consid. 3c).

Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de traitement de la dent 37 du recourant.

**6. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 6 février 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- D. \_\_\_\_\_
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- 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).

Le greffier :