

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 novembre 2016

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

Z. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 4, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA.**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1950, a été engagé par l'A.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> février 1992 en qualité de collaborateur. 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 24 mai 2014, l'assuré a chuté d'une vingtaine de mètres en faisant de l'escalade. Il a tout d'abord été amené en ambulance à l'Hôpital [...] à [...], où une fracture du col fémoral gauche, une entorse à la cheville droite, une plaie à l'avant-bras gauche et de multiples dermabrasions ont été diagnostiquées ; le 26 mai 2014, l'assuré a été transféré au B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_) pour se faire poser une prothèse totale de la hanche gauche (cf. lettre de transfert provisoire du 26 mai 2014 établie par les Drs J.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint, médecin-adjoint et médecin-assistant au sein du Département de chirurgie de l'Hôpital [...]).

Dans un rapport du 6 août 2014, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du Département de l'appareil locomoteur du B.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré avait bénéficié de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche le 27 mai 2014. Il a ajouté qu'une fracture du calcanéum gauche déplacée et une fracture de l'astragale droit non déplacée avaient également été mises en évidence au B.\_\_\_\_\_. Il a expliqué que l'assuré avait subi une ostéosynthèse du calcanéum gauche le 10 juin 2014 et qu'il avait été hospitalisé du 26 mai au 14 juin 2014.

La CNA a pris en charge les frais médicaux et a alloué à l'assuré des indemnités journalières.

Dans un rapport du 24 septembre 2014, établi à la suite d'un entretien du 12 septembre 2014 au domicile de l'assuré, l'inspecteur de la

CNA a relevé que l'intéressé avait fait une chute d'environ 25 mètres et était très content de s'en être aussi bien sorti. La tête et le dos de l'assuré n'avaient pas du tout été touchés. Il avait totalement repris le travail le 1<sup>er</sup> septembre 2014.

Par courriel du 6 juillet 2015, rédigé en allemand, l'assuré a informé la CNA que son dentiste avait constaté que la racine de la dent se situant sous sa double couronne, en bas à gauche, était fracturée et avait fortement bougé. L'intéressé a expliqué qu'après l'accident, il n'avait pas eu de blessure visible à la tête, ni même mal à la tête. Il n'avait jamais eu de douleurs aux dents, mais sentait avec sa langue quelque chose de bizarre depuis l'été 2014. Il a ajouté, photographie de son cou et de son menton prise le 1<sup>er</sup> juin 2014 à l'appui, que huit jours après l'accident, les marques de la jugulaire de son casque étaient toujours clairement visibles. Dès lors, il a allégué qu'il avait eu un claquement des dents, ce qui avait probablement provoqué la fracture de la racine. Il a également annexé des radiographies de la double couronne précitée, en indiquant qu'elles avaient été effectuées par son dentiste en mai 2013 et en mai 2015. Une photographie du lieu de l'accident était aussi jointe.

Par lettre du 7 juillet 2015, la CNA a demandé un devis au Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste traitant de l'assuré, et l'a prié de compléter un formulaire.

Le 20 juillet 2015, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué sur ce document, s'agissant des dommages dus à l'accident, que les dents n<sup>os</sup> 35 et 36 étaient perdues (totalement luxées) et avaient subi une fracture de la racine. Concernant l'état du reste de la denture, il a notamment relevé que ces deux dents avaient été réparées, avec la précision qu'une couronne céramo-métallique Richmond avait été posée sur la dent n<sup>o</sup> 35. Il a indiqué, à titre de mesures diagnostiques, avoir effectué une radiographie « rx ap 36 ». S'agissant du traitement définitif, il a proposé une couronne céramo-métallique sur implants pour les dents n<sup>os</sup> 35 et 36. Il a joint une estimation d'honoraires du 16 juillet 2015 s'élevant à 6'581 francs. Ce montant incluait les frais de laboratoire de 2'081 fr. 85

pour la réalisation d'une telle couronne, détaillés sur un devis du 17 juillet 2015 de l'U.\_\_\_\_\_, également joint. Etaient aussi annexées une radiographie des dents n<sup>os</sup> 34, 35 et 36, datée du 28 juillet 2011.

Par avis du 13 août 2015, rédigé en allemand, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil de la CNA, a relevé qu'il ne constatait pas de fracture des racines des dents n<sup>os</sup> 35 et 36 sur la radiographie. Il a ajouté qu'aucune constatation médicale venant appuyer le diagnostic n'avait été énoncée. Il a précisé que la radiographie montrait un problème de furcation à la dent n<sup>o</sup> 36, une fente importante au bord distal de la couronne 36 et une couronne bloquée sur les deux dents. Il a conclu que le remplacement de la double couronne était indiqué, mais n'était pas en relation avec l'accident. Il a recommandé le refus de la prise en charge du cas, au motif que le rapport de causalité était seulement possible.

Par courrier du 18 août 2015, rédigé en allemand, la CNA a informé l'assuré qu'elle refusait de prendre en charge le traitement dentaire. Elle a expliqué que selon les éléments médicaux, il n'existait pas de lien de causalité au moins vraisemblable entre l'accident du 24 mai 2014 et la lésion dentaire annoncée.

Par courriel du 25 septembre 2015, en allemand, l'assuré a exprimé son étonnement et a demandé à ce qu'une décision formelle soit rendue.

Par décision du 8 octobre 2015, la CNA a refusé la prise en charge du traitement dentaire, au motif qu'il n'existait aucune relation de causalité à tout le moins probable entre l'accident et la lésion dentaire.

Par acte du 5 novembre 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a soutenu que le lien de causalité était extrêmement probable, compte tenu de l'énergie cinétique déployée par la chute de 26 mètres dont il avait été victime. Il a expliqué que même s'il n'avait eu aucun dommage notable à la tête, il ne pouvait la décoller de

l'oreiller au début de son hospitalisation. Selon lui, il avait subi un choc à la tête, avec probablement un claquement des dents.

Par décision sur opposition du 30 novembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé que dans son rapport du 13 août 2015, le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait certifié que les radiographies ne montraient pas de fracture au niveau des dents n<sup>os</sup> 35 et 36 et qu'il n'existait pas de constatations cliniques étayant un tel diagnostic. En revanche, ce dentiste avait constaté un problème de furcation à la dent n<sup>o</sup> 36, une fente importante au bord distal de la couronne 36 et une couronne bloquée sur les deux dents. La CNA a ajouté qu'il y avait lieu de se fonder sur l'avis émis en toute connaissance de cause par son dentiste conseil, qui avait examiné les radiographies et le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_. Pour finir, elle a indiqué que lors d'une parodontite, la furcation était mise à nu, et que si des bactéries arrivaient à la pulpe, celle-ci pouvait s'enflammer puis se nécroser.

**B.** Par acte du 15 janvier 2016, Z.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision en concluant implicitement à sa réforme sous forme de prise en charge des frais liés au traitement dentaire. Il explique que lors de sa chute, il a eu un choc à la tête qui lui a fait perdre connaissance pour la fin de la chute. Il répète qu'au vu de la hauteur de sa chute et de la marque laissée par la jugulaire de son casque huit jours après les faits, il y a dû y avoir un claquement des mâchoires. En outre, il relève qu'il n'a pas été mentionné sur quelle radiographie étaient basées les observations du médecin-dentiste conseil. Il précise qu'une radiographie date de 2013, et l'autre de 2015. Pour finir, il affirme qu'il n'a pas été clairement constaté qu'il souffrait de parodontite et que si tel était le cas, cela rendrait encore plus plausible que le claquement subi ait pu causer la rupture d'une racine dentaire. Il produit divers documents, en particulier les radiographies susmentionnées, figurant déjà au dossier.

Dans sa réponse du 9 février 2016, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se fondant notamment sur la lettre de transfert du 26 mai 2014 de l'Hôpital [...] et le

rapport du 24 septembre 2014 établi à la suite d'un entretien avec le recourant, elle considère que ce dernier n'a pas subi de lésion à la tête. Par conséquent, elle se conforte à l'avis de son dentiste conseil, donné en particulier sur la base d'une radiographie effectuée en 2015, qui ne montre non pas des fractures de racines, mais notamment un problème de furcation à la dent n° 36. Dès lors, elle confirme que les lésions dentaires ne peuvent être mises qu'en relation de causalité naturelle possible avec l'accident.

Dans sa réplique du 4 mars 2016, le recourant conteste la position de l'intimée quant au fait qu'il n'aurait pas subi de lésion à la tête lors de l'accident du 24 mai 2014, relativisant notamment les observations faites dans le rapport du 24 septembre 2014. Il fait encore valoir que le Dr H. \_\_\_\_\_ considère comme tout à fait probable que sa chute soit la cause de la rupture de la racine. Il produit les fiches d'intervention des premiers secours du 24 mai 2014, ainsi que des photographies des blessures de son pied gauche et de son dos.

A la suite de la demande de la juge instructrice, le recourant transmet un CD-ROM sur lequel sont gravés les originaux des documents susmentionnés.

Par duplique du 5 avril 2016, l'intimée maintient ses conclusions en rejet du recours.

### **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). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du

canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – et dans le respect des formalités 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 prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse 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 (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**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).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le lien de causalité entre les lésions des dents n<sup>os</sup> 35 et 36 du recourant, constatées médicalement en juillet 2015, et l'accident d'escalade dont il a été victime le 24 mai 2014, à savoir une chute d'une vingtaine de mètres, et plus particulièrement sur la prise en charge du traitement dentaire lié à ces lésions, estimé à 6'581 francs.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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 ; 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, le fait que l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne s'applique pas, 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.

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accident obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 177 précité consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

**4.** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

**5.** En l'espèce, se référant notamment aux déclarations de son dentiste traitant, le recourant soutient que la fracture de racine est en relation de causalité avec son accident d'escalade survenu le 24 mai 2014. Dans son rapport du 20 juillet 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ retient que les dents n<sup>os</sup> 35 et 36 du recourant ont toutes deux subi une fracture de racine. L'intimée, se fondant sur le rapport du 13 août 2015 de son médecin-dentiste conseil, considère qu'il n'y a aucune fracture radiculaire et que l'existence d'un lien de causalité entre l'accident précité et les lésions dentaires constatées par ce dernier n'est que possible.

Toutefois, à la lecture de l'avis extrêmement succinct du Dr Q.\_\_\_\_\_, il semble qu'il n'ait eu connaissance que de la radiographie annexée au rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ et non de celles jointes par le recourant à son courriel du 6 juillet 2015.

En effet, dans son avis, le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne mentionne qu'une seule radiographie, sans préciser de laquelle il s'agit. En outre, la

radiographie datant selon le recourant de 2015 démontre très clairement, pour l'une des dents au moins, une fracture de racine, qui a de plus fortement bougé. Au vu des conclusions retenues par le Dr Q.\_\_\_\_\_, niant toute fracture radiculaire, il est douteux qu'il ait examiné cette radiographie. Il apparaît ainsi vraisemblable que seule celle annexée par le Dr H.\_\_\_\_\_ à son rapport du 20 juillet 2015 ait été soumise au dentiste conseil. Or, cette radiographie est datée du 28 juillet 2011. Elle a donc été réalisée avant l'accident et ne pouvait pas révéler les éventuelles lésions provoquées par cet événement.

Compte tenu de ce qui précède, il semble que le Dr Q.\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur un dossier incomplet et sur une base ab initio erronée.

L'intimée ne pouvait pour cette raison déjà se contenter de l'avis concis de son dentiste conseil.

Enfin, les radiographies produites par le recourant ne mentionnant ni le nom du patient, ni la date à laquelle elles ont été effectuées, la CNA devait, pour lever tout doute, demander au Dr H.\_\_\_\_\_ lui-même les radiographies réalisées avant et après l'accident et l'interroger pour obtenir de plus amples renseignements, cas échéant. Il sied à cet égard de relever que le Dr H.\_\_\_\_\_ ne s'est vu réclamer qu'un devis et n'a fait part de ses observations que sur un formulaire préimprimé de l'intimée, ce qui était forcément insuffisant compte tenu des différentes incertitudes.

Ainsi, l'intimée ne disposait pas des éléments lui permettant de juger en toute connaissance de cause. Au vu des lacunes d'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été établis à satisfaction pour pouvoir statuer.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à

l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, les éléments de fait déterminants pour l'examen du dossier n'ont pas été établis à satisfaction. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (cf. art. 43 LPGA), pour qu'elle en complète l'instruction. Il lui incombera de désigner un expert indépendant conformément à la procédure prévue par l'art. 44 LPGA – soit en donnant connaissance du nom de l'expert au recourant, qui pourra le récuser pour des raisons pertinentes –, et de l'inviter, en lui soumettant l'intégralité du dossier, à se déterminer sur l'origine accidentelle ou non de la fracture de racine de la (des) dent(s) n° 35 et/ou n° 36 du recourant.

Il appartiendra ensuite à l'intimée, sur la base de cette expertise, de rendre une nouvelle décision.

**7. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision sur opposition rendue le 30 novembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**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 :

- Z. \_\_\_\_\_
- 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).

La greffière :