

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2011

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Jevean, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K._____, à Chesières, recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA et 11 OLAA

E n f a i t :

A. K._____, (ci-après: l'assurée), née en 1960, employée de commerce, était assurée par l'intermédiaire de son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: l'assureur ou la caisse).

Le 24 juin 1986, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation; alors qu'elle s'entraînait à vélo, elle a heurté la roue arrière du cycliste qui la précédait; elle a alors été déportée sur la gauche et a chuté, percutant une voiture venant en sens inverse à une vitesse d'environ 80 km/h. Outre un traumatisme crânio-cérébral, elle a présenté de multiples plaies et de nombreuses fractures ainsi qu'une fracture comminutive ouverte de la mandibule. L'assurée a par ailleurs subi des fractures des dents 11, 14, 21, 25, 27, 36 et 47 sans lésion de la pulpe et une fracture de la dent 46 avec lésion de la pulpe. L'assureur a pris en charge les traitements et les indemnités journalières.

Le 25 novembre 1997, l'assureur a pris en charge le traitement nécessité par les troubles affectant la première prémolaire inférieure droite (dent 44), eu égard à l'existence d'un lien de causalité probable entre ces troubles et l'accident du 24 juin 1986.

Par décision du 12 mars 2003, confirmée sur opposition le 17 juin 2003, l'assureur a refusé de prendre en charge le traitement nécessité par la fracture du composite sur la seconde prémolaire inférieure droite (dent 45), annoncé en 2002, au motif que l'existence d'un lien de causalité entre ce dommage et l'accident dont l'assurée a été victime en 1986 n'a pas été établie au degré de vraisemblance prépondérante. Faute d'avoir été contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 24 février 2009, l'assurée a annoncé à la caisse une rechute en indiquant comme partie du corps atteinte "dents bilatérales".

L'assureur a invité le dentiste traitant de l'assurée, la Dresse H._____, médecin-dentiste SVMD-SSO, à compléter le formulaire "lésions dentaires/constatations/devis". Il en ressort que la première consultation date du 26 février 2009. A titre de traitement définitif, cette praticienne proposait la pose d'une couronne céramo-métallique pour les dents 36 et 46. Etait joint à ce document une estimation d'honoraires datée du 16 avril 2009, détaillant les soins à apporter aux dents 36 et 46. Le montant total de l'estimation des honoraires s'élevait à 2'914 fr. et comprenait notamment une anesthésie par infiltration, la pose d'une couronne provisoire en résine directe et la pose d'une couronne céramo-métallique.

Invité par la caisse à se déterminer sur la rechute annoncée par l'assurée, le Dr P._____, médecin-dentiste SSO-SNMD et dentiste traitant à l'époque de l'accident, a indiqué ne plus avoir revu l'assurée depuis 1990.

La Dresse H._____ a répondu en ces termes aux questions posées par la caisse dans sa correspondance du 30 avril 2009:

"1. Pour quelle raison désirez-vous couronner la dent 36 ?

Usure sévère de la dent avec perte des cuspides - composite direct non indiqué en raison du peu de surface de collage. Fortes sensibilités au chaud et au froid + mastication.

2. Pour quelle raison avez-vous couronné la dent 46 ?

Idem. Fortes douleurs au chaud et au froid + à la mastication en raison d'une usure sévère de la dent. Fracture composite existant.

3. A quelle date avez-vous terminé le traitement de cette dent 46 ?

Ttt terminé le 16.01.2007 - patiente libre de ses doléances."

L'assureur a soumis les pièces médicales pertinentes de son dossier à son dentiste-conseil, le Dr A._____ qui, le 14 mai 2009, a répondu ce qui suit aux questions posées par l'assureur:

"Nous nous référons:

- Au formulaire de devis du m.-d. P._____ reçu le 18.2.1987;

- Au 3^{ème} volet de rechute (1994) - dent 44 - tout d'abord refusé puis finalement accepté (cf 2201 du 19.11.2007);
- Au 4^{ème} volet de rechute (2002) - dent 45 - refusé, et notamment à l'appréciation du 6.6.2003 du m.-d. conseil W. _____;
- Au devis du 16.4.2009 et au courrier reçu le 5.5.2009 du m.-d. H. _____.

1. Existe-t-il une relation de causalité pour le moins probable entre les lésions actuelles constatées à la dent 46 - qui n'a pas été annoncée comme lésée lors de l'accident et pour laquelle nous ne sommes jamais intervenus - et l'accident du 24.6.1986 ?

Causalité exclue pour la dent 46, l'usure est sans rapport avec l'accident de 1987.

2. Existe-t-il une relation de causalité pour le moins probable entre les lésions actuelles constatées à la dent 36, pour laquelle nous sommes intervenus en 1987 uniquement, conformément au formulaire de devis reçu le 18.2.1987 du m.-d. P. _____ ?

Il ne s'agit pas d'une suite de l'accident de 1987, mais d'une perte de substance importante liée à une occlusion traumatisante avec certainement du bruxisme. La sensibilité dentinaire est liée à cette perte de substance. La mise en place d'une couronne est le seul moyen de supprimer cette abrasion due à l'occlusion. Aucune prise en charge."

Par décision du 2 juin 2009, la caisse a refusé de prendre en charge le traitement des lésions annoncées aux dents 36 et 46, dans la mesure où, selon l'avis de son médecin-conseil, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 24 juin 1986 et les lésions dentaires pour lesquelles l'assurée a consulté son dentiste habituel.

Le 11 juin 2009, l'assurée a formé opposition contre cette décision, invoquant les constatations du Dr P. _____, qui avait traité les lésions en 1984 (sic). Elle a invité l'assureur à revoir la situation globale pour toutes les dents qui avaient été lésées et a demandé à ce que sa bouche fût examinée par son médecin-conseil. Elle a expliqué que le Dr P. _____ avait reçu l'assurance qu'un traitement avec de la résine serait encore pris en charge ultérieurement en raison de l'usure.

Par décision sur opposition du 9 juillet 2009, la caisse a rejeté l'opposition, confirmant ainsi sa décision de refus. S'appuyant sur l'avis du 14 mai 2009 de son dentiste-conseil, elle expose que la causalité est exclue pour la dent 46, l'usure étant sans rapport avec l'accident survenu

en 1987 (recte: 1986) et qu'en ce qui concerne la dent 36, il ne s'agit pas d'une suite de cet accident, mais d'une perte de substance importante liée à une occlusion traumatisante avec certainement du bruxisme, la sensibilité dentinaire étant liée à cette perte de substance. La caisse indique que les rapports médicaux versés au dossier ont permis au dentiste-conseil de déterminer l'étiologie des lésions à la dent 36 et de se prononcer quant à la causalité en pleine connaissance de cause; elle ajoute qu'elle n'est jamais intervenue pour la dent 46, laquelle n'a pas été annoncée comme lésée lors de l'accident. Elle relève enfin que les déclarations téléphoniques du Dr P. _____ n'ont aucune influence sur l'issue de la présente procédure, ce praticien ne connaissant pas la situation actuelle.

C. L'assurée a recouru contre cette décision par pli du 5 août 2009, concluant implicitement à sa réforme et à la prise en charge par l'assureur du traitement envisagé par la Dresse H. _____. Elle indique que ses dents ont été réparées provisoirement par le Dr P. _____ à la suite de l'accident de 1986 et que des réserves avaient été faites pour le suivi des dents lésées, soit remettre du composite ultérieurement à l'usure de la résine, soit remplacer les dents cassées par des couronnes. Elle souhaite pouvoir être convoquée par un médecin de la caisse afin que celui-ci puisse faire le point de la situation sur ses dents.

Dans sa réponse du 17 septembre 2009, la caisse rappelle que l'accident subi par la recourante en 1986 a été pris en charge par elle-même, en tant qu'assureur-accidents de l'employeur de l'époque, notamment pour une fracture comminutive ouverte de la mâchoire et que plusieurs dents ont alors été traitées; trois rechutes pour des troubles orthopédiques (entre 1990 et 1992) ont été annoncées et prises en charge par l'intimée; en 1997, le Dr P. _____ a annoncé un traitement sur la dent 44, nécessité selon lui par les suites de l'accident, qui a été finalement accepté par la caisse; à la suite d'un examen médical global en 1999, des prestations (rente et indemnité pour atteinte à l'intégrité) ont été accordées à l'intéressée; celle-ci a annoncé une quatrième rechute en décembre 2002 pour des problèmes dentaires, cas qui a été refusé par

décision sur opposition du 17 juin 2003, alors qu'une cinquième rechute a été annoncée en février 2009, pour des soins prodigués par la Dresse H._____ aux dents 36, objet d'une usure sévère, et 46, nécessitant la pose d'une couronne. Sur préavis de son médecin-conseil du 14 mai 2009, la CNA a refusé d'intervenir pour ce dernier cas. En droit, elle considère ce qui suit:

"En l'occurrence, est uniquement litigieuse la question de savoir si le traitement des dents 36 et 46 de K._____ doit être pris en charge par la SUVA, pour raison qu'il serait en lien avec l'accident qu'elle a connu en 1986, ce que la recourante estime être le cas.

Dans sa décision sur opposition, la SUVA a expliqué pourquoi, sur la base de l'avis exprimé par son dentiste-conseil, on ne pouvait souscrire à ce point de vue.

En ce qui concerne tout d'abord la dent 46, celle-ci est affectée d'une usure sévère. Rien ne permet d'affirmer que cette usure serait liée aux suites de l'accident connu en 1986. Cette dent n'a pas été annoncée comme lésée lors de l'accident. Elle n'a donc pas été touchée par celui-ci. L'usure constatée quelque vingt ans après les faits ne peut donc être imputée à cet événement accidentel, à tout le moins pas sous l'angle d'une vraisemblance prépondérante.

Quant à la dent 36, il est actuellement constaté une perte de substance liée à une occlusion traumatisante avec certainement du bruxisme, perte de substance ayant entraîné une sensibilité dentinaire. Il s'agit de remédier à cette abrasion par la mise en place d'une couronne. De l'avis du dentiste-conseil de la SUVA, une telle intervention n'est pas non plus liée aux suites de l'accident de 1986. La dent 36 a été traitée en 1987 uniquement mais plus par la suite. Il n'est pas expliqué pourquoi les lésions apparues en 2009 constitueraient encore des suites du traumatisme de 1986, traité en 1987."

L'intimée fait ainsi sien l'avis exprimé par son dentiste-conseil et relève l'absence d'argument d'ordre médical permettant de retenir une conclusion contraire. En conséquence, elle conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Dans sa réplique du 15 octobre 2009, la recourante expose pour l'essentiel que, selon son médecin-dentiste, les dégâts sur la dent 36, traitée en 1987 et très usée, et la dent 46, dont la couronne est usée, relèvent de l'accident. Elle indique qu'à sa demande, le Dr P._____ doit fournir par courrier certaines preuves des dents abîmées lors de l'accident et sollicite en outre l'audition du Dr P._____, qui l'a soignée à la suite de

l'accident, du Dr I._____, qui l'a opérée de la mandibule droite, et de la Dresse H._____, son dentiste traitant actuel. Elle a produit diverses pièces à l'appui de son écriture, dont un rapport du 10 octobre 1997 du Dr I._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, afférent à la prise en charge du dommage affectant la dent 44, un devis du 8 octobre 2009 établi par la Dresse H._____, concernant les suites de l'accident du 24 juin 1986; il s'agissait de poser une couronne à la dent 36 et de changer les résines composites pour les dents 11, 14 et 21. Le traitement estimé s'élevait à 1'949 fr. Un devis privé du même jour établi par la Dresse H._____ se rapportait à "un assainissement dentaire selon consultation du 08.10.2009"; il concernait les dents 22, 26, 44 et 45. Le traitement estimé s'élevait à 1'762 fr.

A la demande de la recourante, le Dr P._____ a adressé à l'autorité de céans une correspondance du 20 octobre 2009, dont la teneur est la suivante:

"En réponse à votre courrier, voici, au plus près de ma conscience, les réponses que je peux apporter à vos questions:

Les dents impliquées dans votre accident du 24.06.86 sont:

16 = 1^{ère} molaire supérieure droite
14 = 1^{ère} prémolaire supérieure droite
11 = 1^{ère} incisive (centrale) droite
21 = 1^{ère} incisive (centrale) gauche
25 = 2^e prémolaire supérieure gauche
27 = 2^e molaire supérieure gauche
36 = 1^{ère} molaire inférieure gauche
47 = 2^e molaire inférieure droite

Non, 46 n'a pas été endommagée.

Non, la 47 ne porte pas de couronne.

Le composite sur la dent 11 est susceptible d'être refait après un certain nombre d'années.

Mon devis dentaire du 17.02.1987 mentionne au point 7 «Proposition pour le traitement définitif»

16: couronne céramométallique, N.B. il n'y a pas nécessité de couronner les autres dents fracturées, mais on devra prendre en compte une réfection périodique des reconstructions en composite.

Le devis a été accepté le 26.02.1987.

Concernant la nécrose de 44, on ne peut prouver que sa dévitalisation est due à l'accident, mais on ne peut non plus l'exclure, le trait de fracture passant juste à côté. Toutefois, le fait

que cela se produise 11 ans après laisse autant de probabilité à une dévitalisation par bruxisme.

Lors de mon téléphone à la SUVA, je me suis étonné que la réfection des composites ne soit pas prise en charge. Bien sûr que ces composites sont défectueux suite à l'usure ! mais c'était prévisible et prévu d'ailleurs au point 7 de mon devis, établi en ne voulant pas d'emblée envisager les frais plus élevés de couronnes (plus durables, mais plus coûteuses et plus «invasives» pour les dents).

La «rechute» s'explique bien par une usure, usure, en revanche, des travaux effectués suite à l'accident et dont il est normal qu'ils soient refaits périodiquement."

Dans une correspondance du 29 octobre 2009 au Dr P._____, la recourante s'étonne de ce que celui-ci a indiqué que la dent 46 n'avait pas été endommagée lors de l'accident du 24 juin 1986 alors qu'elle apparaissait dans son rapport du 16 octobre 1986. Le Dr P._____ a répondu le 6 novembre 2009 qu'il avait commis une erreur et que c'est en réalité la dent 47 qui a alors fait l'objet d'un devis et de soins subséquents et non la dent 46.

Dupliquant le 12 novembre 2009, l'intimée a maintenu les conclusions de sa réponse, à laquelle elle s'est référée pour le surplus.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA), est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 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 (cf. ATF 125 V 413 c. 2c p. 417; ATF 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige consiste à déterminer si les frais du traitement dentaire en cause sont à la charge de l'intimée au titre d'une rechute de l'accident survenu en 1986. A cet égard, il sied de relever que la déclaration de sinistre LAA du 24 février 2009 annonçant une rechute mentionne à la rubrique partie du corps atteinte "dents bilatérales", sans autre précision. Ce n'est que dans le formulaire "lésions dentaires/constatations/devis" adressé par l'intimée à la Dresse H. _____ le 10 mars 2009 et l'estimation d'honoraires du 16 avril 2009 de cette dernière que les dents 36 et 46 sont mentionnées, à l'exclusion de toute autre dent. En effet, dans le document du 10 mars 2009, complété le 16 avril 2009 par la Dresse H. _____, celle-ci ne propose un traitement définitif, soit la pose d'une couronne céramo-métallique, que pour les dents 36 et 46. En outre, la Dresse H. _____ n'a à aucun moment fait état de lésions affectant d'autres dents qui auraient nécessité un traitement de sa part; elle s'est en particulier limitée à répondre aux questions que lui a adressées la caisse intimée le 30 avril 2009 sans pour autant proposer d'autres interventions thérapeutiques dans le cadre de l'annonce de la rechute du 24 février 2009. On doit donc admettre que le

litige porte uniquement sur le traitement des dents 36 et 46. C'est donc à tort que la recourante prétend que l'état de toutes ses dents est litigieux dans le cadre de la présente procédure.

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. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (ATF 129 V 402 c. 4.3.1 et 4.4.1). La condition du lien de 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. 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 402 c. 2.2 et 4.3.1). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle 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 (ATF 118 V 293 c. 2c et les références; 105 V 31 c. 1c et les références).

Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 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 le plus probables (ATF 126 V 353 c. 5b).

Par ailleurs, en cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF U 408/06 du 10 août 2007 c. 3 et les références).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière 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 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

4. a) A l'appui de son recours, la recourante ne fait pas état d'éléments nouveaux sur le plan médical. La lettre du Dr I. _____ du 10

octobre 1997 concerne un traitement nécessité par une nécrose pulpaire de la dent 44. Dans cette correspondance, ce praticien expose que cette nécrose est une conséquence de l'accident survenu en 1986, si bien que l'intimée a accepté d'intervenir pour ce cas, ce qu'elle a signifié à la recourante par lettre du 25 novembre 1997. Cette correspondance n'est ainsi d'aucun secours pour la recourante, dès lors que la rechute faisant l'objet de la présente procédure concerne les dents 36 et 46. Pour sa part, le Dr P. _____ a certes confirmé, le 20 octobre 2009, que la dent 36 avait été endommagée à la suite de l'accident de 1986. En revanche, s'agissant de la dent 46, il reconnaît avoir commis une erreur dans son rapport du 16 octobre 1986, le devis et les soins subséquents s'étant rapportés à la dent 47 et non à la dent 46. Il ajoute que celle-ci n'apparaît plus nulle part. De son côté, l'intimée a rappelé à son dentiste-conseil que la dent 46 n'avait pas été annoncée comme lésée à la suite de l'accident, l'intimée n'étant dès lors jamais intervenue pour cette dent. Pour ce qui est de la dent 36, l'intimée lui a rappelé qu'elle était intervenue sur la base du devis dressé par le Dr P. _____ le 17 février 1987. Cela étant, celui-ci s'étonne de ce que la réfection des composites ne soit pas prise en charge par l'intimée. Or, le traitement proposé par la Dresse H. _____ dans son devis ne consiste pas en une réfection du composite, mais en la pose d'une couronne céramo-métallique. Au vrai, les Drs P. _____, A. _____ et la Dresse H. _____ font tous état d'une usure des dents 36 et 46 nécessitant un traitement. Au demeurant, le Dr P. _____, qui n'a pas revu la recourante depuis 1990, ne remet nullement en question la proposition thérapeutique préconisée par la Dresse H. _____ pour les dents 36 et 46, pas plus qu'il ne se prononce sur le caractère causal de l'accident à propos des lésions ayant été annoncées comme rechute le 24 février 2009.

b) Si la recourante semble contester l'avis du médecin-dentiste conseil de l'intimée, elle n'apporte toutefois aucun élément concret permettant de douter de son bien-fondé. En particulier, elle n'explique pas en quoi les conclusions du médecin-dentiste seraient erronées, ni ne produit une appréciation médicale divergente qui les contredirait, ne serait-ce que sous la forme d'un simple certificat médical de son médecin-dentiste traitant. L'avis du Dr A. _____ est certes

relativement succinct; il disposait pourtant des pièces pertinentes du dossier médical. A défaut d'explications de la recourante à cet égard, on ne voit pas quels indices ou constatations supplémentaires le Dr A. _____ aurait pu faire pour répondre aux questions posées par l'intimée. La recourante sollicite par ailleurs l'audition des Drs I. _____, P. _____ et H. _____; elle n'indique toutefois pas en quoi l'audition de ces témoins permettrait de modifier l'appréciation des preuves versées au dossier constitué. Singulièrement, la recourante ne rend pas vraisemblable - ni n'allègue au demeurant - que ses médecins traitants ne partageaient pas l'avis de l'intimée ou du médecin-dentiste de confiance de cette dernière quant à la cause des problèmes dentaires apparus en février 2009. Au reste, au regard de la jurisprudence (cf. TFA U 211/05 du 11 avril 2006 et la référence), il peut être renoncé à examiner personnellement la recourante. Un tel examen n'aurait au demeurant pas été déterminant, dès lors que le litige ne porte pas en l'espèce sur la nature des lésions actuelles - le médecin-dentiste conseil de l'intimée ne contestant pas l'existence d'une usure touchant les dents 36 et 46 - mais bien plutôt sur le lien de causalité naturelle entre celles-ci et l'accident de 1986. En définitive, force est de constater, au regard du principe de la vraisemblance prépondérante gouvernant l'appréciation des preuves en droit des assurances sociales, que l'avis du Dr A. _____ est convaincant et n'est contredit par aucun élément de fait du dossier, ni par aucun moyen de preuve que la recourante aurait eu le loisir de produire, eu égard au fait qu'elle a eu par ailleurs largement la possibilité de s'expliquer par écrit en seconde instance.

5. a) Il découle de ce qui précède qu'en l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles annoncés en février 2009 aux dents 36 et 46 et l'accident du 24 juin 1986, l'intimée était en droit de refuser d'allouer ses prestations. Aussi, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès

lors que la recourante, au demeurant non assistée, n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Mme K. _____,
- Me Olivier Derivaz, avocat (pour la 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 :