

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2015

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante,

et

P._____, [...], à [...], intimée.

Art. 31 al. 1 LAMal ; art. 17 ss OPAS.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, est affiliée auprès de la P. _____ [...] (ci-après : la caisse P. _____) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.

En date du 25 août 2014, le Service de stomatologie et de médecine dentaire de la Polyclinique [...] (ci-après : la Polyclinique R. _____) a adressé à l'assurée une note d'honoraires d'un montant de 197 fr. 20 portant sur un traitement dentaire réalisé le 23 août 2014 au niveau de la dent 35 sous la responsabilité du Dr B. _____, médecin-dentiste. Selon cette facture, le traitement dispensé comprenait un diagnostic patient en urgence, une radiographie dentaire/occlusale, une anesthésie par infiltration, une amputation vitale et une obturation provisoire.

Par correspondance du 2 octobre 2014, l'assurée a sollicité la prise en charge de ce traitement par la caisse P. _____ au titre de l'assurance obligatoire des soins. Elle a expliqué en résumé s'être présentée le 29 août 2014 [sic] en urgence au Service de stomatologie de la Polyclinique R. _____ en raison d'un abcès péri-apical d'origine endoparadontique [sic] de la dent 35, qui bougeait dans la gencive (dislocation sans déplacement), et a soutenu qu'il s'agissait là d'une complication résultant d'une infection gingivale mal traitée en 2008. Plus précisément, se référant à une fistule bucco-sinusale au niveau de la dent 15 diagnostiquée dès 2008 et traitée en 2011, l'intéressée a argué que la situation se répétait à l'identique en 2014. Elle a par ailleurs insisté sur le fait qu'elle présentait différentes comorbidités (notamment sur les plans endocrinien, oncologique, rhumatologique), relevant à ses yeux de la réglementation topique en matière d'assurance obligatoire des soins. Elle a en outre demandé la prise en charge d'examen radiologiques plus poussés. En annexe était joint un CD-ROM sur lequel figuraient différentes pièces concernant non seulement le traitement du 23 août 2014 (dont la radiographie effectuée ce jour-là), mais également d'autres soins

médicaux. De ces pièces, il résultait notamment que, par communication du 25 octobre 2011, la caisse P._____ avait partiellement pris en charge une note d'honoraires de 902 fr. 40 dans le contexte d'une fistule bucco-sinusale traitée par le Dr O._____, oto-rhino-laryngologue, l'extraction de la dent incriminée n'étant en revanche pas couverte par l'assurance obligatoire des soins. Un CT-scan des sinus avait en outre été effectué le 15 septembre 2014, qui avait montré une sinusite sphénoïdale et éthmoïdale postérieure gauche, une discrète atteinte inflammatoire des planchers des sinus maxillaires des deux côtés ainsi qu'une *concha bullosa* droite et déviation de la cloison nasale vers la gauche, sans foyer d'origine dentaire (cf. rapport du 15 septembre 2014 du Dr V._____, radiologue).

Par décision du 27 octobre 2014, la caisse P._____ a signifié à l'assurée que, compte tenu des informations mises à la disposition de son service médical, la note d'honoraires établie par la Policlinique R._____ le 25 août 2014 à concurrence de 197 fr. 20 ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins.

Le 17 novembre 2014, l'assureur a établi un décompte de prestations aux termes duquel le montant de 197 fr. 20 n'était pas couvert, cette somme représentant des frais dentaires uniquement pris en charge par une assurance complémentaire pour soins dentaires.

Par acte du 25 novembre 2014, l'assurée s'est opposée à la décision de refus de prise en charge rendue le 27 octobre précédent, reprenant ses précédentes explications et faisant valoir en substance que le traitement d'un abcès en général et d'un abcès dentaire en particulier relevait de l'assurance obligatoire des soins. Elle a produit en annexe un CD-ROM sur lequel figuraient notamment les pièces suivantes :

- un certificat médical établi le 17 novembre 2014 par le Dr C._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie et médecine interne, exposant ce qui suit :

"Cette patiente a une anamnèse de problèmes dentaires et gingivaux chroniques avec un abcès péri-apical qui a motivé une

consultation en urgence en août 2014 à la consultation de Stomatologie de la Policlinique R._____ de [...], avec évolution compliquée qui a nécessité la consultation d'un 2^{ème} dentiste privé. Ces pathologies dentaires s'expriment dans le cadre d'un diabète de type 2 avec complications néphropathique et neuropathique, et échec secondaire des antidiabétiques oraux. Il existe une sinusite ethmoïdale et sphénoïdale postérieure gauche et une anamnèse de fistule bucco-sinusale en 2011. Il y a également des plaintes en relation avec l'articulation temporo-mandibulaire ce qui pourrait nuire à la fonction masticatrice.

La maladie diabétique est bien connue pour provoquer une parodontopathie, des foyers infectieux parodontaux et péri-apicaux, une microangiopathie de la muqueuse gingivale. Les soins pour rétablir la fonction masticatrice sont essentiels pour permettre une alimentation adéquate et maintenir l'état nutritionnel.

Par ailleurs, la patiente est connue pour une hypertension artérielle, une hyperlipidémie combinée, un status après hémicolectomie gauche pour un adénocarcinome moyennement différencié pT3 pN0, et un status après annexectomie bilatérale (kyste séreux de l'ovaire gauche) en 2013. Une arthrose a été documentée radiologiquement au niveau de la colonne dorsolombaire et lombosacrée, des épaules, des hanches, des chevilles et des avant-pieds."

- un compte-rendu rédigé le 24 novembre 2014 par le Dr M._____, médecin-dentiste, indiquant que l'assurée l'avait consulté en urgence le 26 août 2014 pour un abcès de la dent 35 puis le 2 septembre 2014 pour changer le pansement de ladite dent, que le traitement n'était pas terminé mais que l'infection de cette dent ne relevait pas des prestations de l'assurance obligatoire des soins, étant par ailleurs souligné que sur la radiographie panoramique en possession de la patiente, il n'y avait pas de lésions lisibles hormis l'absence de la dent 15 et quelques obturations.

S'étant vu soumettre le dossier de l'assurée (dont un bilan radiographique comprenant la radiographie apicale du 23 août 2014, le rapport de CT-scan du 15 septembre 2014 et une radiographie panoramique du 6 novembre 2014), le Dr Z._____, médecin-dentiste conseil de la caisse P._____, s'est positionné comme suit par avis du 26 février 2015 :

"Diagnostic:

- Dentaire :
- 35 : récurrence de carie
- 15 : fistule bucco-sinusale et reste de racine

- *Médical* : nombreuses comorbidités (cf[.] lettre de Mme Q. _____ du 02.10.2014)

Traitements proposés par le médecin-dentiste traitant:

- 15 : extraction de la 15 et fermeture bucco-sinusale (traitement effectué en 2011)
- 35 : soins conservateurs (traitement endodontique) (traitement effectué en 2014)

Constatations / remarques particulières:

Concernant la dent 15 associé[e] à une fistule bucco-sinusale, je maintiens mon avis du 20.11.2011, à savoir que l'Assureur est tenu de rembourser la prise en charge de la fermeture de la communication bucco-sinusienne, selon l'art. 17 [let.] e [ch.] 2 LAMal. L'extraction de la dent 15 ne devrait pas faire l'objet d'une prise en charge.

Concernant la dent 35, selon la radiographie à disposition, cette dent présente une récurrence de carie sous une obturation existante. Il s'agit d'une infection localisée sur la dent 35. Ce type d'affection ne fait pas partie des articles 17 à 19 OPAS et n'est remboursé par aucune caisse maladie.

Les nombreuses comorbidités ainsi que les traitements médicaux n'ont aucune influence sur le développement des problèmes bucco-dentaires présentés par Mme Q. _____.

Conclusion:

En conclusion, les traitements dentaires effectués chez la patiente ne devraient pas être pris en charge par l'Assureur, hormis la fermeture bucco-sinusale (2011)."

Par décision sur opposition du 2 mars 2015, la caisse P. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé son premier prononcé. Elle a observé tout d'abord que les prestations en lien avec la fermeture de la communication bucco-sinusienne - prises en charges par l'assurance obligatoire des soins dans la mesure indiquée le 25 octobre 2011 - étaient réglées et ne faisaient pas l'objet de la présente affaire. Concernant la facture litigieuse de 197 fr. 20 établie par la Polyclinique R. _____ pour les soins dispensés au niveau de la dent 35, la caisse P. _____ a essentiellement repris l'avis médical précité du Dr Z. _____ pour conclure que le type d'affection en cause, soit une infection localisée de la dent 35, ne faisait pas partie des pathologies énumérées exhaustivement dans la réglementation topique, ce qui était d'ailleurs confirmé par le Dr M. _____ dans son rapport du 24 novembre 2014. Sur ce point, l'assureur a encore souligné que la facture en question était justement établie au tarif privé par la Polyclinique R. _____ de « CHF/point 3.40 au lieu de CHF/point 3.10 ». A la lumière de ces

éléments, l'assurance a retenu en définitive que le traitement litigieux ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins.

B. Par acte du 31 mars 2015, Q. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci, sollicitant la prise en charge de tous ses problèmes dentaires présents et futurs, et demandant par ailleurs à ce que le rapport du médecin-conseil de la caisse P. _____ du 26 février 2015 soit versé au dossier et mis à sa disposition. Elle maintient en outre sa requête visant à la prise en charge d'examens radiologiques plus poussés. Dans sa motivation, la recourante relève notamment que le rapport du médecin-conseil de l'intimée du 26 février 2015 n'a jamais été mis à sa disposition. Pour le reste, elle reprend en substance l'argumentation développée dans ses précédentes écritures. A l'appui de son recours, elle produit un CD-ROM contenant en particulier un rapport du 2 décembre 2014 consécutif à une polygraphie nocturne et rédigé par le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, concluant à un syndrome d'apnée du sommeil de sévérité modérée mais très symptomatique avec désaturations nocturnes significative et une ronchopathie extrêmement sévère avec augmentation des résistances des voies aériennes supérieures, les propositions thérapeutiques consistant - dans l'attente d'une perte de poids susceptible de résoudre le problème - en la pose d'un appareil d'avancement mandibulaire ou en un traitement à l'aide d'un appareil CPAP.

Appelée à se prononcer sur le recours, l'intimée en a proposé le rejet par réponse du 8 mai 2015. Elle relève en particulier que la recourante invoque une succession de problèmes de santé divers, lesquels ne sont aucunement liés au traitement effectué à la Policlinique R. _____ le 23 août 2014 ayant entraîné l'envoi de la facture litigieuse de 197 fr. 20 - ce qui est d'ailleurs confirmé par le Dr Z. _____ dans son avis du 26 février 2015, dont il ressort que les nombreuses comorbidités et traitements médicaux n'ont aucune influence sur le développement des problèmes bucco-dentaires de l'assurée. La caisse P. _____ observe en

outre que le Dr M. _____ a lui-même confirmé, le 24 novembre 2014, que le traitement effectué le 23 août 2014 [sic] sur la dent 35 ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins. Elle ajoute que seules les affections non évitables du système de mastication et ayant valeur de maladie sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins, que tel n'est pas le cas en l'espèce et qu'il appert, selon toute vraisemblance, que le traitement en cause serait consécutif à une mauvaise hygiène dentaire, comme relevé par le Dr Z. _____. Se référant pour le surplus à l'avis précité de ce dernier médecin, l'intimée retient au final que le traitement dentaire litigieux portait sur une récurrence de carie et que ce type de traitement n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle rappelle au demeurant que la fermeture bucco-sinusale effectuée en 2011 a été (partiellement) prise en charge et ne fait pas l'objet de la présente procédure judiciaire.

Invitée à prendre position dans un délai au 1^{er} juin 2015, la recourante 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 en principe à l'assurance-maladie (cf. art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). 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 (cf. art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. 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 (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1, 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). 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 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, la décision entreprise du 2 mars 2015 porte sur un refus de prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais afférents au traitement dentaire subi par l'assurée le 23 août 2014 au niveau de la dent 35. Cette décision détermine l'objet de la contestation pouvant être déféré en justice par voie de recours (cf. TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et les références citées) et circonscrit dès lors l'objet du présent litige. Il suit de là que seuls peuvent être examinés dans les moyens ayant trait à cet objet.

Il n'y a en revanche pas lieu de revenir sur la prise en charge du traitement dentaire réalisé en 2011 au niveau de la dent 15 - problématique qui s'avère extrinsèque à la présente procédure, comme l'a relevé à juste titre l'intimée.

Pour le reste, dans la mesure où la recourante prétend à la prise en charge de ses autres problèmes dentaires présents et futurs, ses conclusions sont irrecevables. Il en va de même de sa requête tendant à la prise en charge d'examens radiologiques plus poussés.

3. En tant que la recourante allègue n'avoir pu prendre connaissance de l'avis médical établi le 26 février 2015 par le Dr Z._____, elle invoque - implicitement - une violation de son droit d'être entendue, grief formel qu'il convient d'examiner avant toute analyse du fond de l'affaire.

a) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire

des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées). Il en découle notamment que l'autorité qui verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement est tenue en principe d'en aviser les parties, même si elle estime que les documents en question ne contiennent aucun nouvel élément de fait ou de droit (cf. ATF 132 V 387 consid. 3 ; cf. TF 9C_898/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 3.1 et 8C_501/2010 du 3 juin 2011 consid. 3.4.2).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 et 135 I 279 consid. 2.6.1).

b) Dans le cas d'espèce, il est constant que la décision entreprise du 2 mars 2015 se réfère à l'avis médical du Dr Z. _____ établi quatre jours plus tôt, le 26 février 2015, pour refuser la prise en charge de la note d'honoraire du 25 août 2014. Cet avis n'a toutefois pas été communiqué à la recourante au cours de la procédure administrative, l'intéressée n'en ayant appris l'existence qu'à la lecture de la décision litigieuse. En ce sens, il y a bel et bien eu violation du droit d'être entendu.

Ce manquement ne porte toutefois pas à conséquence. En effet, la teneur de l'avis médical en cause ayant été largement reprise

dans la décision litigieuse, l'assurée était en mesure de développer ses arguments à ce sujet dans le cadre de la présente procédure de recours, régie par la maxime d'office et introduite par-devant une autorité disposant d'un plein pouvoir d'examen. A cela s'ajoute que l'avis en question a été versé en procédure avec la réponse de l'intimée du 8 mai 2015 - comme l'assurée l'avait du reste expressément requis (cf. mémoire de recours du 31 mars 2015 pp. 2 et 12) - et que la recourante a ensuite eu la faculté de venir consulter le dossier complet de la cause au greffe du tribunal, se voyant par la même occasion fixer un délai au 1^{er} juin 2015 pour faire part de ses explications complémentaires (cf. avis de la juge instructeur du 11 mai 2015), le fait qu'elle se soit abstenue de procéder dans le délai imparti n'y venant rien changer. Il s'ensuit que, conformément à la jurisprudence évoquée ci-dessus, le vice se trouve corrigé en instance de recours, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

4. a) Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires (a) s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou (b) s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou (c) s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Département fédéral de l'Intérieur (ci-après : le DFI) a édicté les art. 17 à 19a OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication (au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal), qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (au sens de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal) ; il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui

ont des effets nuisibles sur ce dernier. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (au sens de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales.

Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie selon les art. 17 à 19a OPAS est exhaustive (cf. ATF 130 V 464 consid. 2.3 et les arrêts cités ; cf. TF 9C_316/2013 du 25 février 2014 consid. 3).

b) Est "évitable" toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (cf. ATF 129 V 275 consid. 3.3, 125 V 16 consid. 3a ; cf. SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles, de sorte qu'une personne présentant une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle (cf. ATF 128 V 59 regeste).

5. a) 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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

b) La procédure est par ailleurs régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, respectivement l'administration. Ce principe n'est toutefois pas absolu ; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a), lequel comprend en particulier l'obligation pour les parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; cf. TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2).

6. a) En l'espèce, la recourante a été soignée en urgence au Service de stomatologie et de médecine dentaire de la Policlinique R. _____ le 23 août 2014, au niveau de la dent 35, pour un montant total de 197 fr. 20.

Des pièces médicales au dossier, il ressort que cette consultation a été motivée par un abcès péri-apical (cf. rapport du Dr C. _____ du 17 novembre 2014). En sa qualité de médecin conseil de la caisse P. _____, le Dr Z. _____ a précisé qu'il s'agissait là d'une récurrence de carie au niveau de la dent 35, soit d'une infection localisée de cette dent (cf. avis médical du 26 février 2015). Par la suite, dès le 26 août 2014, l'assurée a poursuivi son traitement auprès du cabinet dentaire du Dr M. _____ (cf. rapport du 24 novembre 2014).

Cela étant, de l'avis concordant des médecins-dentistes M. _____ (cf. rapport du 24 novembre 2014) et Z. _____ (cf. rapport du 26 février 2015), l'infection de la dent 35 n'entre dans aucune des prévisions envisagées par les dispositions pertinentes de la LAMal et de l'OPAS et ne relève donc pas de l'assurance obligatoire des soins. Or, rien n'incite à s'écarter de l'appréciation partagée par ces deux médecins.

b) Certes, au chapitre des maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS, l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS inclut la notion de « *dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple : abcès, kyste)* ».

aa) Sur la base des conclusions d'une expertise de principe et d'un rapport complémentaire datés respectivement des 31 octobre 2000 et 21 avril 2001 (cf. ATF 129 V 275 consid. 4.1), l'ancien Tribunal fédéral des assurances a néanmoins été amené à considérer, de manière générale, que dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (cf. art. 2 al. 1 LAMal). En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires ; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal (cf. ATF 127 V 328 consid. 5a et b ; cf. SVR 2002 KV 39 p. 142 consid. 3d).

En présence - comme en l'espèce - d'une dentition définitive, le caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS est conféré uniquement aux phénomènes pathologiques qui provoquent des dommages importants aux dents avoisinantes ou, sous certaines conditions, représentent un risque imminent d'un tel dommage. (cf. ATF 127 V 391 consid. 4). Peuvent constituer de tels dommages l'abcès ou le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péri coronarite chronique-récurrente (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables (cf. ATF 127 V 391 consid. 3c/bb).

bb) En l'occurrence, il appert que l'abcès péri-apical en question s'inscrivait dans le contexte d'une récurrence de carie de la dent 35 (cf. consid. 6a supra), dont rien au dossier ne vient démontrer - au degré de la vraisemblance prépondérante - le caractère inévitable. De fait, en considérant que l'affection en cause ne relevait pas de l'assurance obligatoire de soins, les Drs M. _____ et Z. _____ ont implicitement exclu une telle éventualité. Sur ce point, la Cour de céans ne peut dès lors que se rallier en l'état à l'appréciation de ces deux médecins-dentistes.

Il s'ensuit que la présente affaire ne tombe donc pas sous le coup de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS.

c) Peu importe, en outre, que le Dr C. _____ ait insisté, dans son rapport du 17 novembre 2014, sur l'interaction entre le diabète et certaines pathologies dentaires.

aa) En effet, le diabète - de quelque type qu'il soit - ne figure pas au rang des maladies susceptibles d'entraîner la prise en charge du coût d'un traitement dentaire en vertu des art. 17 à 19a OPAS. En particulier, il n'est pas mentionné dans la liste des maladies graves pouvant occasionner des soins dentaires selon l'art. 18 OPAS.

A cet égard, la Haute Cour a précisé que le législateur a voulu assurer, dans la nouvelle loi, la prise en charge de traitements dentaires dans les cas de maladies graves, à l'exclusion des caries et des traitements de la parodontite, considérés comme des affections évitables, en grande partie tout au moins, par une hygiène buccale irréprochable (cf. BO 1992 CE 1302 ; cf. BO 1993 CN 1843). Or, le critère du caractère évitable de l'affection joue un rôle non seulement dans le cas des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS, mais aussi quand il s'agit pour le DFI de décider de la prise en charge d'un traitement consécutif à une maladie en application des art. 31 al. 1 let. b LAMal et 18 OPAS. Dès lors, on peut supposer que le DFI, en n'incluant pas le diabète parmi les maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires, a considéré, dans le strict prolongement de la volonté exprimée par le législateur, que les

affections dentaires secondaires au diabète pouvaient être évitées par des mesures d'hygiène buccale. Ces éléments permettent de conclure à l'existence d'un silence qualifié du législateur (en l'occurrence le DFI) et non pas d'une lacune authentique de l'ordonnance qu'il appartient au juge de combler (cf. ATF 124 V 346 consid. 3b/bb).

bb) Dans le cas particulier, force est de constater qu'aux termes de son rapport du 17 novembre 2014, le Dr C. _____ s'est limité à exposer que la situation de l'assurée s'inscrivait dans le contexte d'une maladie diabétique connue pour avoir une influence négative du point de vue dentaire. Il s'est en revanche gardé d'affirmer que les troubles dentaires à l'origine de la consultation du 23 août 2014 – seuls litigieux en l'espèce (cf. consid. 2b supra) – étaient induits par la maladie diabétique. Quoi qu'il en soit, il reste que selon la jurisprudence exposée ci-dessus (cf. consid. 6c/aa supra), les affections dentaires secondaires au diabète doivent être considérées comme évitables et ne peuvent, dès lors, donner lieu à une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Tout au plus ajoutera-t-on, au surplus, que lorsque la personne assurée a été informée d'un risque accru de caries en raison de circonstances particulières, elle doit faire l'effort supplémentaire raisonnablement exigible pour limiter ce risque (cf. dans ce sens ATF 128 V 59 consid. 6d) – principes qui trouvent précisément à s'appliquer dans le cas de patients diabétiques.

Il suit de là que le fait que la recourante soit atteinte d'un diabète de type 2 n'est pas susceptible d'influer sur le sort de la présente cause.

d) Pour le reste, il apparaît que les circonstances du cas particulier ne tombent sous le coup d'aucune des autres éventualités prévues par les art. 31 al. 1 LAMal et 17 à 19a OPAS, comme l'ont retenu à juste titre les Drs M. _____ et Z. _____.

En particulier, rien dans les constatations du Dr C. _____ - qui ne dispose pas de connaissances spécifiques en matière dentaire - ne vient remettre en cause cette conclusion, ce médecin s'étant contenté de mettre en exergue l'état de santé général de sa patiente, sans avancer d'élément concret susceptible d'ébranler l'appréciation convergente des Drs M. _____ et Z. _____.

Par ailleurs, la Cour de céans ne peut que rejoindre l'avis exprimé par le Dr Z. _____ dans son rapport du 26 février 2015, selon lequel les différentes comorbidités affectant l'assurée ainsi que les traitements médicaux mis en œuvre ne peuvent être placés à l'origine du traitement dentaire du 23 août 2014. Sous cet angle, si la recourante estime qu'elle présente différents maux coïncidant - selon elle - avec diverses atteintes énoncées aux art. 17 et 18 OPAS (cf. en particulier mémoire de recours du 31 mars 2015 pp. 6 à 11), elle échoue toutefois à démontrer en quoi une telle argumentation serait pertinente pour la prise en charge du traitement dentaire du 23 août 2014 par l'assurance obligatoire des soins ; on soulignera à ce propos que pour donner lieu à une telle prise en charge, encore faut-il qu'il existe un lien de causalité entre la maladie invoquée et les soins dentaires concernés (cf. TF 9C_237/2010 du 30 août 2010 consid. 6.3), ce que rien au dossier ne tend à établir en l'occurrence. Peu importe, notamment, le syndrome d'apnée du sommeil évoqué par le Dr K. _____ le 2 décembre 2014, dès lors que ce médecin n'a fourni aucune indication sur la relation entre cette atteinte et l'infection de la dent 35 traitée le 23 août 2014 et que, du reste, on voit mal comment les soins dentaires litigieux dispensés près de trois mois et demi plus tôt - soit essentiellement une amputation vitale et une obturation provisoire - pourraient s'inscrire dans le cadre des soins nécessaires pour réaliser et garantir le traitement médical d'un syndrome d'apnée du sommeil au sens des art. 31 al. 1 let. c LAMal et 19 let. e OPAS.

Attendu qu'aucune des éventualités prévues par la réglementation topique n'est réalisée, le traitement dentaire dispensé le

23 août 2014 à la Polyclinique R._____ ne saurait donc être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins.

e) A l'instar de l'intimée (cf. décision sur opposition du 2 mars 2015 p. 2), la Cour de céans relève encore que la facture litigieuse, établie le 25 août 2014 par la Polyclinique R._____, ne se réfère pas à la valeur du point tarifaire pour les cas pris en charge par les assurances sociales, d'actuellement 3 fr. 10 (cf. site internet de la Société suisse d'odontostomatologie [SSO] www.swissdentists.ch > Accueil > Pour les patients > Droit, tarif > Tarif dentaire, consulté le 30 octobre 2015) selon la dernière révision du tarif dentaire entrée en vigueur en 1994 (cf. www.swissdentists.ch > Accueil > Pour les patients > Droit, tarif > En toute transparence, consulté le 30 octobre 2015), mais fait état d'un point tarifaire d'une valeur de 3 fr. 40, le traitement litigieux ayant donc été facturé au tarif privé.

f) C'est finalement en vain que la recourante soutient que le traitement du 23 août 2014, lié à un abcès péri-apical de la dent 35, devrait être mis en relation avec une fistule bucco-sinusale de la dent 15 diagnostiquée en 2008 et dont le traitement, en 2011, a été partiellement pris en charge par la caisse P._____, selon communication du 25 octobre 2011. On ne saurait en effet souscrire à un tel raisonnement, qui revient à amalgamer des atteintes distinctes ayant affecté deux dents différentes. Dès lors, l'intervention de l'assurance intimée en 2011 - qui, du reste, échappe au pouvoir d'examen de la Cour de céans (cf. consid. 2b supra) - n'est d'aucun secours à la recourante dans le cadre de la présente procédure.

g) En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais liés au traitement dentaire de la recourante du 23 août 2014 pour un montant de 197 fr. 20.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante - qui a au demeurant agi sans l'aide d'un mandataire professionnel - n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 2 mars 2015 par P._____ [...] est confirmée.
- 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 :

- Q._____,
- P._____ [...],
- 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 :