

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3322/2009

ATAS/50/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 19 janvier 2011

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame P _____, domiciliée au Petit-Lancy, représentée
par ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances, sise avenue
de Provence 15, case postale 839, 1001 Lausanne

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Monique STOLLER FÜLLEMANN, Judges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P _____, née en 1976, est assurée auprès de la caisse-maladie HELSANA (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} janvier 2006.
2. Selon l'attestation du 26 juin 2006 du Dr A _____, spécialiste en médecine interne, allergologie et immunologie clinique, l'assurée souffre d'un syndrome de Sjögren depuis plusieurs années. Il a précisé que cette affection était caractérisée par un syndrome sec, ce qui a pour conséquence un manque chronique de salive et une tendance accrue aux caries dentaires. Les atteintes dentaires faisant partie de la maladie de base, il a estimé que tous les frais dentaires devaient être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire.
3. Le 23 novembre 2007, la caisse a réceptionné la facture du 15 novembre 2007 du Dr B _____, médecin-dentiste, pour les soins prodigués du 2 juillet au 4 octobre 2007 concernant la dent 26.
4. La caisse a soumis le dossier à son médecin-dentiste conseil, le Dr C _____. Dans son avis du 7 janvier 2008, celui-ci a considéré que les lésions carieuses soignées ces dernières années ne correspondaient pas à des lésions typiques d'un manque de salive et tombaient dans la catégorie des maladies évitables. Concernant la dent 46, le traitement était en lien avec un élément mécanique (fracture) et dès lors pas à la charge de l'assureur-maladie. Il en allait même de la dent 26.
5. Selon le rapport du 15 janvier 2008 du Dr A _____, la maladie de Sjögren était caractérisée par un syndrome sec avec atteinte des glandes exocrines. Il n'y avait aucune thérapie possible. Cette maladie entraînait une absence de salive. Il a estimé qu'une prise en charge des soins dentaires lors du syndrome de Sjögren s'imposait, compte tenu de l'effet direct de la maladie (hyposialie) sur la dentition.
6. Par courrier du 31 mars 2008, la caisse a accepté la prise en charge du traitement du 2 juillet au 4 octobre 2007, en précisant au Dr B _____ ce qui suit, par courrier du 31 mars 2008 :

"Toutefois, nous vous informons que les traitements dentaires en relation avec l'article OPAS 18d sont des prestations obligatoires uniquement si les dégâts dentaires sont inévitables. Actuellement, nous n'avons pas assez de renseignements pour nous prononcer. Si d'autres traitements dentaires devaient être envisagés, il faudrait nous adresser des informations supplémentaires pour étudier notre éventuelle prise en charge, à savoir :

- Depuis quand existe la maladie ?
- Le test du flux salivaire (important)
- Le protocole d'hygiène détaillé rempli par votre patiente (le nombre de brossages quotidiens, les accessoires de prophylaxie proposés et utilisés et une attelle de fluoration est-elle portée ?)
- Le protocole d'hygiène complet rempli par vos soins (nombre de séances d'hygiéniste effectuées par année, les accessoires de prophylaxie proposés, une attelle de fluoration a-t-elle été confectionnée, si non pourquoi ?)
- Le formulaire LAMal dûment rempli, accompagné de toutes les radiographies existantes.

C'est seulement lorsque nous serons en possession des documents précités que nous pourrons évaluer si les dégâts dentaires n'ont pu être évités dans le cas présent.

De plus, nous vous informons que votre patiente doit être intégrée dans un programme de suivi d'hygiène très régulier. S'il existe des symptômes de sécheresse buccale d'un stade avancé, nous prendrons en charge les séances d'hygiéniste supplémentaires (les deux premières séances par année sont à la charge de l'assurée)."

7. Par courrier du 16 juin 2008, le Dr A _____ a réagi au courrier précité de la caisse. Il a précisé que la maladie de Sjögren se caractérisait par un syndrome sec oculaire et oral marqué, avec des répercussions bien connues sur la dentition. L'assurée n'a jamais présenté de caries dentaires dans son enfance, lesquelles ne sont apparues que tardivement à l'âge adulte, alors que les soins dentaires et l'hygiène dentaire avaient été parfaitement effectués pendant son enfance et son adolescence. Par ailleurs, dès que la patiente avait remarqué qu'elle présentait des caries à l'âge adulte, sans savoir à ce moment qu'elle souffrait d'une affection immunologique, elle avait redoublé d'efforts en soins et hygiène, sans influencer toutefois significativement le cours de l'atteinte bucco-dentaire. Ce médecin s'est déclaré surpris par les différentes exigences de la caisse, dès lors qu'il n'y avait pas l'ombre d'un doute que la maladie était seule responsable des dégâts dentaires de la patiente et que ceux-ci n'aurait pas pu être évités, malgré tous les efforts consentis.

8. Par courrier du 4 juillet 2008, l'assurée a demandé à la caisse le remboursement d'une facture du Dr B_____ pour des soins dentaires prodigués le 19 février 2008.
9. Par décompte de prestations du 31 mai 2008, la caisse a refusé le remboursement de cette facture, au motif que ces soins n'étaient pas à la charge de l'assurance-maladie.
10. Par courrier du 29 juillet 2008, le Dr B_____ a fait parvenir à la caisse les radiographies de 1995 de sa patiente. Il a en outre certifié que celle-ci prenait rendez-vous avec l'hygiéniste deux fois par an et présentait une hygiène personnelle tout à fait satisfaisante. Comme fluoration complémentaire, elle utilisait quotidiennement des bains de bouche fluorés. Il a enfin indiqué qu'elle s'était fracturé le pan Palatin de la dent no 26 en date du 25 juillet 2008. Le Dr B_____ estimait qu'une pose de couronne était nécessaire dans ce cas et attendait la prise de position de la caisse.
11. Le 7 octobre 2008, le Dr D_____ a certifié avoir effectué le 6 octobre 2008 des tests salivaires qui ont montré un résultat pathologique de 1g en 6 min. (norme = 2g en 6 min.). Il a en outre précisé que cette hyposialie était tout à fait typique du syndrome de Sjögren et entraînait naturellement des troubles majeurs des gencives et des dents.
12. Le 10 novembre 2008, le Dr B_____ a transmis à la caisse un devis concernant le traitement de la dent no 26 d'un montant de l'665 fr. 75. Il y a indiqué qu'il s'agissait d'une fracture de la paroi palatine sous-gingivale.
13. Le 5 janvier 2009, la caisse a reçu le formulaire LAMal rempli par le Dr B_____ le 18 décembre 2008. Il y a mentionné qu'il s'agissait de "dommages dus à l'accident" concernant la dent no 26.
14. Par courrier du 13 janvier 2009, la caisse a informé le Dr B_____ que les caries soignées ces dernières années ne correspondaient pas à des lésions typiques d'un manque de salive et qu'elles se trouvaient donc dans la catégorie des maladies évitables. Par ailleurs, le traitement de la dent no 46 était en relation avec des éléments mécaniques (fractures), de sorte que ce traitement n'était pas à la charge de l'assureur-maladie. La caisse a ainsi refusé de rembourser la facture d'un montant de 323 fr. 95. En ce qui concerne la dent no 26, elle a indiqué qu'elle prendrait en charge les coûts devisés à l'655 fr. 75, dans la mesure où elle avait accepté précédemment de rembourser le traitement de racine.
15. Par courrier du 2 février 2009, l'assurée a invité la caisse à rendre une décision formelle par rapport à la prise en charge des soins dentaires depuis son affiliation à la caisse.

16. La caisse a de nouveau soumis le dossier à son médecin-conseil. Dans son avis du 4 mars 2009, celui-ci lui a indiqué qu'il y avait lieu de maintenir la décision.
17. Par décision du 24 mars 2009, la caisse a confirmé son refus de prise en charge de la facture de 323 fr. 95, en répétant que le traitement de la dent no 46 (molaire inférieure droite) était en relation avec un élément mécanique (fracture).
18. Le 4 mai 2009, l'assurée a formé opposition à cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à la prise en charge de l'intégralité des soins dentaires depuis son affiliation à la caisse. Elle a précisé que la première obturation de carie remontait à 1992, date à laquelle son appareil dentaire avait été retiré. Elle a eu ensuite des caries en 1995, 1996, 1998, 1999 et 2001, puis en 2003, 2005 et 2006. Il était difficile de s'expliquer tant de caries en dépit d'une bonne hygiène dentaire mise en place déjà depuis son adolescence à cause de son appareil dentaire. Il était également difficile d'expliquer que le seul fait de manger des biscuits provoquait la fracture de dents, ce qui était arrivé avec sa dent no 46. Depuis son affiliation à HELSANA en 2007, elle avait par ailleurs fait également l'objet d'un traitement dentaire le 16 juin 2008 pour un montant de 153 fr. 45, selon la facture du 30 juillet 2008.
19. Par décision du 13 août 2009, la caisse a rejeté l'opposition. En plus de ses précédents arguments, elle a fait valoir que l'assurée n'avait pas eu, jusqu'en 2006, une hygiène dentaire que l'on devait attendre d'une personne présentant une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison d'une maladie. Elle ne pouvait en effet se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Elle a ainsi considéré que même si les caries avaient été occasionnées par le syndrome de Sjögren, elles auraient très vraisemblablement pu être évitées au moyen d'une hygiène adaptée entre 1995 et 2006. Elle n'a par ailleurs pas demandé à son ancien assureur de prendre en charge les caries. En ce qui concerne le traitement de la dent no 46, la caisse a répété que la lésion a été créée par un élément mécanique, laquelle ne saurait être considérée comme une complication du manque de salive due par le syndrome de Sjögren, puisque celui-ci n'était pas connu pour créer une telle faiblesse des dents, mais seulement un manque de salive causant des caries. La caisse a cependant admis que la dent no 46 avait bénéficié d'une importante obturation la rendant plus faible. Quant à l'argument de l'assurée, selon lequel elle n'aurait pas pu se casser une dent en mordant simplement dans un biscuit, la caisse a relevé que l'absence de preuves était à la charge de l'assurée, qui ne pouvait pas déduire un droit d'un état de fait non prouvé. Du reste, il s'agirait plutôt d'un accident devant être couvert par l'assureur-accidents, couverture dont l'assurée ne bénéficiait pas auprès de la caisse.
20. Par acte du 14 septembre 2009, l'assurée, représentée par son conseil, recourt contre cette décision par devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, en concluant principalement à l'annulation de la décision, à ce qu'il soit dit que sa maladie est une maladie des glandes salivaires et que l'intimé s'engage à

prendre en charge l'intégralité de tous les soins dentaires causés par cette maladie, notamment les caries, et à ce que l'intimé soit condamné au paiement des frais concernant les soins dentaires de la dent no 46. Elle relève dans son recours que, dans son adolescence, elle a utilisé un appareil dentaire pour la correction de la position des dents jusqu'en 1992. De ce fait, elle a dû observer une stricte hygiène dentaire, ce qui est confirmé par le Dr B_____. Pour le surplus, elle reprend ses précédents arguments.

21. Le 27 octobre 2009, la recourante transmet au Tribunal une attestation du 22 octobre 2009 du Pr E_____, chef de la division de stomatologie, chirurgie orale et radiologie dento-maxillo-faciale de la section de médecine dentaire de la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Il atteste que la recourante est venu le consulter le 15 septembre 2009 pour des caries. Il note l'existence d'une hyposialie. Cependant, il estime que la localisation des caries traitées n'est pas spécifique du syndrome de Sjögren, tout en précisant que l'on ne peut pas affirmer que l'hyposialie ne représente pas un facteur favorisant ces caries. Il s'étonne en outre que l'on ne propose pas de mesures préventives plus précises à la patiente, dès lors que les caries liées à l'hyposialie sont effectivement évitables. Toutefois, pour les éviter, on ne peut pas se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Seuls des soins d'hygiène bucco-dentaire réguliers et une prévention fluorée (application d'un gel fluoré à l'aide de gouttières) permettent de prévenir efficacement les caries secondaires à l'hyposialie.
22. Dans sa réponse au recours du 18 novembre 2009, l'intimée conclut à son rejet. Elle fait valoir que, selon la loi, les soins dentaires occasionnés par des maladies des glandes salivaires ne peuvent être pris en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Or, la recourante ne s'est pas conformée à cette obligation. L'intimée estime aussi que la recourante a été avertie de cette obligation par son courrier du 31 mars 2008, dans lequel elle lui avait clairement signifié qu'il faudra fournir plusieurs informations pour étudier une éventuelle prise en charge, si d'autres traitements dentaires devaient être envisagés. Aucune garantie préalable pour la prise en charge des soins dentaires n'ayant été donnée, ils ne peuvent être remboursés. L'intimée conteste aussi que les caries étaient inévitables. Elle relève à cet égard que le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances ortho-dontologiques actuelles, selon la jurisprudence. Une personne qui présente, en raison d'une maladie, une sensibilité accrue aux affections dentaires ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. En l'espèce, son médecin-conseil-dentiste a considéré que les lésions carieuses de la recourante ne correspondaient pas à des lésions typiques d'un manque de salive, les caries de la recourante étant localisées et inter-dentaires. La salive était un des moyens de défense contre les caries à l'endroit où la salive peut accéder pour diminuer l'acidité. Or, elle ne pouvait pas atteindre les espaces inter-dentaires qui devaient être traités au moyen du fil dentaire. Selon l'intimée, les caries causées par la maladie de

Sjögren sont des caries au niveau du collet et radiculaires. Elles ont une évolution autant généralisée que rapide, ce qui n'était pas le cas des caries de la recourante dont l'évolution était lente selon les radiographies. L'intimée voit par ailleurs une confirmation de son appréciation dans l'avis médical du Pr E _____, lequel a notamment relevé qu'il fallait une gouttière pour appliquer du gel fluoré, mesure qui n'a toujours pas été mise en pratique in casu. L'intimée estime par ailleurs que les avis médicaux du Dr F _____ ont pleine valeur probante par rapport à ceux du médecin traitant de la recourante. Pour le surplus, elle reprend son argumentation antérieure.

23. A l'appui de ses dires, l'intimée produit un avis de son médecin-conseil du 4 novembre 2009 dont la teneur est la suivante :

"Le rapport du Prof. E _____ concorde avec mes examens et conclusions. Le facteur favorisant n'est pas mis en doute. Seule la liaison avec l'affection primaire fait défaut. Le manque de proposition de traitement préventif attribué au M.D. [*médecin dentiste*] conseil est inapproprié. Les soins doivent être proposés par le M.D. traitant et selon le Prof. E _____ auraient dû être proposés pour prévenir les caries, donc évitables."

24. Par réplique postée le 2 février 2010, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle fait valoir que le diagnostic du syndrome de Sjögren n'a été posé que fin 2006 par le Dr A _____ et ce n'est que plus tard qu'elle a appris l'incidence de cette maladie sur ses dents. Concernant la facture du 29 avril 2008 du Dr B _____ d'un montant de 323 fr. 95, elle relève qu'elle concerne les soins octroyés le 19 février 2008 et que ceux-ci sont donc antérieurs au courrier de l'intimé du 31 mars 2008 lui signifiant qu'elle devait soumettre son cas à son avis avant de se faire soigner. De surcroît, les soins du 19 février 2009 étaient des soins d'urgence, s'agissant d'une fracture de la dent. Elle ne s'est jamais contentée de faire une hygiène buccale usuelle, même avant de connaître le diagnostic du syndrome de Sjögren, son hygiéniste lui ayant montré la technique de brossage, l'utilisation du fil dentaire et les bains de bouche. La recourante a suivi tous les conseils de son médecin-dentiste et de l'hygiéniste. Partant, les lésions étaient inévitables. Elle relève également que les tests salivaires ont mis en évidence un taux de salive de 50 % inférieur à la norme. En outre, elle conteste l'affirmation de l'intimée, selon laquelle la salive n'atteint pas les espaces inter-dentaires, celle-ci se trouvant dans toute la cavité buccale. Concernant l'évolution lente des caries, ce qui ne serait pas typique du syndrome de Sjögren, la recourante y voit au contraire la preuve que les mesures d'hygiène dentaire qu'elle a prises étaient efficaces. Le Dr B _____ a souvent remarqué que la porte d'entrée de la carie était petite, mais que les dégâts à l'intérieur de la dent étaient bien plus étendus et profonds que ce à quoi il s'attendait. Quant à la dent no 46, les obturations importantes rendues nécessaires par le syndrome de Sjögren ont fragilisé la dent, ce qui explique la fracture de celle-

ci. La recourante demande également à ce que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) soit invité à présenter l'intégralité des procès-verbaux de la Commission fédérale des prestations générales abordant l'objet des traitements dentaires en relation avec un syndrome de Sjögren. Elle requiert enfin l'audition du Dr A_____.

25. Dans sa duplique du 4 mars 2010, l'intimée persiste dans ses conclusions. S'agissant de l'affirmation de la recourante, selon laquelle elle ignorait qu'il fallait requérir une autorisation expresse du médecin-conseil, elle relève que nul n'est censé ignorer la loi. Par ailleurs, dès le moment où plusieurs factures pour soins dentaires lui avaient été retournées, elle aurait dû se douter que la loi n'autorisait pas, de manière générale, la prise en charge de ce genre de traitement et réclamer des explications. L'intimée expose en outre que les caries sont en principe considérées comme une maladie évitable, tout en admettant que, même avec une hygiène irréprochable, elles peuvent se développer, sans pour autant qu'une autre maladie en soit responsable. En l'espèce, les caries de la recourante étaient identiques aux caries que tout et chacun pourraient avoir et ne sont pas localisées aux endroits typiques pour des caries en relation avec la maladie de Sjögren, comme cela est également relevé par le Pr E_____. Ainsi, l'intimée conteste le lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre la maladie et les caries. Ce dernier médecin semble par ailleurs reprocher à la recourante d'avoir omis d'entreprendre des mesures d'hygiène bucco-dentaires plus conséquentes. Quant aux mesures de prophylaxie prises par la recourante, elles sont habituelles, notamment compte tenu du manque d'application d'un gel fluoré à l'aide de gouttière.

26. Le 17 mars 2010, le Tribunal entend la recourante, laquelle déclare alors ce qui suit:

"Je n'ai jamais appliqué des gouttières pour le gel fluoré car cela n'a jamais été évoqué par mon médecin-dentiste. J'en ai parlé à mon hygiéniste qui a estimé que cette mesure était exagérée, au vu des autres mesures de prophylaxie que j'appliquais déjà.

Lorsque je me suis cassée une dent en février 2009 en mangeant un biscuit, j'étais au parc avec ma fille. Il n'y avait donc pas de témoin. C'est la deuxième fois que cette dent s'est cassée. La première fois, j'ai remarqué que les fils dentaires s'accrochaient sur cette dent. Lorsque j'ai consulté mon dentiste peu de temps après, il s'est avéré que la dent était cassée. Il n'y avait donc aucun événement particulier qui a provoqué cette lésion.

Sur question de M. Q_____, je précise que je n'ai pas suivi l'avis du Prof E_____, du fait que je ne l'ai vu que 20 minutes et que je n'ai eu aucun échange véritable avec lui. Il m'a uniquement indiqué qu'il

fallait que je regarde avec mon dentiste concernant les mesures de prophylaxie."

27. Invitée à se prononcer sur l'objet précis du litige, l'intimée fait savoir au Tribunal, par écriture du 18 mars 2010, que celui-ci concerne les factures suivantes :

- facture du 27 avril 2006 de 122 fr. 50;
- facture du 7 décembre 2006 de 411 fr. 25;
- facture du 11 novembre 2008 d'un montant de 323 fr. 95.

L'intimée précise par ailleurs qu'elle a pris en charge la facture du 15 novembre 2007 d'un montant de 1'417 fr., corrigé à 1'255 fr. 50, à bien plaisir. Elle a également accepté de payer à bien plaisir le devis d'un montant de 1'665 fr. 75 du 10 novembre 2008, mais n'a pas encore effectué le remboursement. Elle transmet en outre copie de son courrier du 3 février 2010 à la recourante, refusant provisoirement la prise en charge d'un devis établi par le Dr B_____ d'un montant de 531 fr. 65.

28. Le 12 avril 2010, la recourante confirme l'objet du litige tel que précisé par la défenderesse. Elle ajoute toutefois encore une facture du 30 juillet 2008 d'un montant de 153 fr. 43, ainsi qu'une facture du 31 octobre 2009 du Pr E_____ de 139 fr. 50 et une facture du Dr B_____ du 19 janvier 2010 d'un montant de 343 fr. 20. Concernant la facture précitée du Pr E_____, elle joint à ses écritures copie du courrier de l'intimée du 23 décembre 2009. Celle-ci y précise que la note d'honoraires du Pr E_____ est en relation avec une expertise privée demandée par la recourante, de sorte que l'intimée est dans l'obligation de la mettre en attente jusqu'au procès.

29. Le 28 avril 2010, le Tribunal entend M. B_____, médecin dentiste, lequel déclare :

"Je suis Mme P_____ depuis le 26 septembre 1995.

Le 19 février 2008, j'ai dû soigner la dent 46 de la recourante, dès lors qu'elle présentait une fracture du pan. J'ignore la cause de cette fracture. Cette dent avait subi une obturation en 1999. Cela fragilise toujours une dent. Néanmoins, je ne peux affirmer qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, cette fracture est due à la fragilisation de la dent par l'obturation et non pas à un élément mécanique.

A titre de mesure d'hygiène dentaire, la recourante allait deux fois par an chez l'hygiéniste dentaire. Pour une personne de sa génération, c'est beaucoup. Par ailleurs, les mesures d'hygiène consistaient en fluoration,

bain de bouche fluoré et fil dentaire. Après le diagnostic du syndrome de Sjögren, ces mesures n'ont pas été intensifiées.

Je n'ai pas jugé nécessaire de prescrire des gouttières pour le gel fluoré. Il s'agit de moules des dents, dans lesquels on met le fluor qu'on laisse agir ensuite chaque nuit. Je n'ai prescrit une telle mesure à aucun de mes patients. Je ne saurais dire si l'application aussi fréquente du fluor peut être nuisible à la santé.

J'ai eu une autre patiente avec un syndrome de Sjögren dans les années 80. Par ailleurs, je ne saurais dire si les gouttières avec le gel fluoré peuvent effectivement rendre les parotides douloureuses et accentuer la sécheresse de la bouche pendant la nuit.

Sur question de l'intimée, je précise que la recourante a présenté essentiellement des caries interproximales (aux points de contact entre les dents) et occlusales (dessus), ainsi qu'une carie de collet, précisément de la dent 46.

Un patient qui a une bonne hygiène dentaire avec deux visites par an chez l'hygiéniste ne développe que rarement de nouvelles caries. De tels patients, je ne les vois plus. Ils sont la ruine des dentistes.

Je n'ai pas fait de recherche particulière dans les années 80 lorsque j'ai dû traiter une patiente atteinte du syndrome de Sjögren. Elle est également partie de Genève. Je ne saurais dire si les caries de la recourante sont typiques ou atypiques du syndrome de Sjögren.

Je confirme qu'aucune carie n'est visible sur les radiographies produites.

Sur question de la recourante, je précise que je ne suis pas d'accord avec l'affirmation d'HELSANA, selon laquelle la salive ne peut pas atteindre les espaces inter-dentaires et donc y jouer son rôle anti-bactérien. En effet, la salive, de même que les résidus alimentaires, atteint aussi ces espaces."

Quant à la recourante, elle déclare notamment ce qui suit :

"J'ai personnellement des réserves à porter de telles gouttières. En effet, le fluor fait réagir les parotides qui ont du mal à éjecter la salive. Elles enflent et provoquent des douleurs. Par ailleurs, la sécheresse dans la bouche est accentuée pendant la nuit et je crains que cela soit pire avec des gouttières.

Je fournis à mon dentiste les radiographies de 1991 qui démontrent que, jusque-là, je n'ai jamais eu de caries. Ma première carie est survenue en

1992, année à partir de laquelle j'ai porté un appareil dentaire pendant 9 à 12 mois."

30. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties à la même date, l'intimée se déclare d'accord d'étendre l'objet du litige aux factures du 27 avril 2006 de 122 fr. 50, du 7 décembre 2006 de 411 fr. 25 et du 30 juillet 2008 de 153 fr. 43. S'agissant des deux premières factures, il s'agit de visites chez l'hygiéniste dentaire. A cet égard, l'intimée souligne qu'elle ne prend en charge que les séances qui dépassent ce qui est habituel et considère que deux visites chez l'hygiéniste par an sont dans la norme, de sorte que les deux premières séances par an ne sont pas remboursées.
31. Par écritures du 21 mai 2010, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle précise que les gouttières de fluoration ne se portent pas toute la nuit, mais seulement une dizaine de minutes par jour au grand maximum. Une des études conseille l'application hebdomadaire jusqu'à quotidienne de gel fluoré au moyen de gouttières pendant 4 minutes, en cas de syndrome de Sjögren. Il ressort également de la doctrine médicale qu'une prévention quasiment totale peut être obtenue au moyen de l'application quotidienne de gel fluoré au moyen de gouttières. Cela est également conseillé par l'atlas SSO, ainsi que le Pr E_____, en ce qui concerne le cas d'espèce. L'intimée relève que l'application bisannuelle par un dentiste de gel fluoré diminue de 21 % le nombre de caries. La recherche y relative démontre qu'usuellement deux visites auprès des hygiénistes doivent être prévues. Selon l'intimée, aucune méthode de prévention n'élimine entièrement le risque de caries, de sorte que l'application de fluorure topique par des professionnels est recommandée. L'atlas SSO recommande en outre quatre visites annuelles auprès de l'hygiéniste dentaire en cas d'un syndrome de Sjögren. Cela est également conseillé par les études en la matière. Un avis de la littérature médicale préconise deux visites annuelles chez l'hygiéniste pour les patients avec un risque moyen et jusqu'à quatre pour les patients à risque élevé de caries comme dans le cas du syndrome de Sjögren. Du "Manuel of Dental Practice" édité par le Conseil Européen des Dentistes, il ressort que les Suisses rendent visite à leur dentiste une à deux fois par année. Cela étant, l'intimée estime qu'elle ne doit prendre en charge que les visites chez l'hygiéniste qui dépassent le nombre de deux par an. En ce qui concerne l'emplacement des caries dues au syndrome de Sjögren, elles sont généralement situées au collet, comme confirmé par le Pr E_____. Or, la recourante n'a qu'une seule carie au collet (dent 46). Ses caries sont donc atypiques et ne peuvent être attribuées audit syndrome. L'intimée persiste ainsi dans ses conclusions.
32. Dans ses écritures du 31 mai 2010, la recourante réaffirme avoir consulté l'hygiéniste dentaire deux fois par an, ce qui est plus que l'hygiène usuelle. Elle a suivi tous les conseils de son médecin-dentiste et de l'hygiéniste. Néanmoins, elle a développé des caries, alors que, selon son médecin-dentiste, deux visites par an chez l'hygiéniste permettent de prévenir de nouvelles caries. Concernant la dent 46,

son médecin-dentiste a confirmé qu'une obturation fragilise une dent et l'expose à être cassée. Par ailleurs, ce médecin a aussi affirmé que la salive atteint aussi les espaces inter-dentaires. De surcroît, elle a une bonne gencive de sorte qu'elle ne peut pas développer des caries radiculaires. Elle a par ailleurs fait l'objet d'une intervention des glandes carotides par le Dr G _____ et suit un traitement médicamenteux lourd, antibiotique et cortisone. Actuellement, elle est en incapacité totale de travailler. Cela étant, la recourante persiste dans ses conclusions.

33. A l'appui de ses dires, elle produit un courrier du 27 mai 2010 du Dr G _____. Celui-ci atteste que la recourante n'avait aucun problème dentaire dans l'enfance et qu'elle a commencé à présenter des troubles dentaires dès l'apparition de la sécheresse buccale due au syndrome de Sjögren.
34. Par écritures du 1^{er} juin 2010, l'intimée se détermine sur les radiographies qui lui ont été adressées par le Dr B _____. Elle relève qu'il est confirmé qu'une seule carie est située au collet (dent 46). Les emplacements des autres caries sont atypiques en cas de Sjögren. Par ailleurs, il ressort du dossier que la recourante a rendu visite à l'hygiéniste une fois par année depuis 1995, sauf en 2001, 2003, 2005 et 2006 où elle y est allée à deux reprises. Il ne saurait dès lors être affirmé qu'elle a eu une hygiène supérieure à la normale. De surcroît, depuis qu'elle connaît la teneur de son atteinte, elle n'a pas augmenté le nombre de visites. L'hygiéniste a mentionné en outre une hygiène déficiente en 1996, 1998 et 1999, dès lors qu'il a mentionné la présence de beaucoup de plaque et la nécessité de la démonstration de l'utilisation de fil dentaire et du brossage. En 2005, la recourante a dû être remotivée pour utiliser le fil dentaire. Elle n'a donc pas eu une hygiène buccale usuelle.
35. Suite à l'examen des radiographies par son médecin-conseil, l'intimée se détermine de nouveau le 5 juillet 2010. Elle relève que 12 dents ont été soignées depuis 1995. Toutes les caries étaient "typiquement normales" sauf celle de la dent 46, et sont apparues pendant ou juste après les périodes où l'hygiéniste avait remarqué une hygiène déficiente avec la présence de beaucoup de plaque. De 1995 à 2001, 11 dents ont nécessité des obturations. La diminution des caries peut avoir été causée par une amélioration de l'hygiène et/ou un changement du mode alimentaire. Toutes les dents traitées plusieurs fois l'ont été à cause de réparations dues à des fractures, soit pour des raisons mécaniques. Par ailleurs, selon l'intimée, de 1995 à 2001, la recourante devait être considérée comme une patiente à risque, puisqu'elle développait deux caries par an. Elle aurait donc dû se rendre au moins deux fois par an chez l'hygiéniste. L'intimée ne comprend pas non plus ce que la recourante entend prouver en affirmant qu'elle a une bonne gencive, dans la mesure où les caries aux collets n'ont rien à voir avec les gencives. On ne comprend pas non plus sur quels éléments le Dr G _____ s'est fondé pour affirmer que la recourante faisait des contrôles réguliers chez l'hygiéniste, cette dernière ne l'ayant consulté qu'une seule fois. Cela étant, l'intimée estime que l'existence d'un lien de causalité entre les caries et le syndrome de Sjögren est peu vraisemblable.

36. Dans ses écritures du 30 août 2010, la recourante relève que l'intimée s'est référée, pour ce qui concerne la durée du port des gouttières de fluoration, à des patientes traitées par radiothérapie ou chimiothérapie, soit pour un cancer. Son cas ne saurait être comparable. Elle rappelle n'avoir jamais reçu d'instruction précise concernant le temps d'application du gel. En ce qui concerne un document produit par l'intimée pour l'application d'un gel fluoré, il est précisé que la fréquence d'application dépend de la sévérité de l'atteinte et que, pour les patients qui ne pourraient tolérer un tel gel, un rinçage pourrait être une alternative. Cela démontre que ses inquiétudes quant à la tolérance des gouttières de fluorisation ne sont pas infondées. Il est également noté dans ce document que la composition des produits d'hygiène peut influencer de manière importante la compliance. D'un autre document, il ressort, en ce qui concerne les recommandations de traitements préventifs des lésions carieuses, une grande hétérogénéité. Elle a par ailleurs fait des mauvaises expériences avec les gels fluorés utilisés par son hygiéniste, lesquels ont longtemps sollicité douloureusement ses parotides. L'Atlas SSO ne parle en outre pas de localisation particulière ou typique des caries en cas de syndrome Sjögren, mais uniquement d'augmentation de l'incidence de caries et de déminéralisation étendue de l'émail. Dans les mesures thérapeutiques, cet atlas préconise des rinçages de bouche plusieurs fois par semaine, ce qu'elle a observé. Le port des gouttières de fluoration n'est donc pas une mesure systématique. Elle allègue en outre qu'aucune méthode de prévention élimine entièrement le risque de caries, ce qui est évoqué aussi dans une étude produite par l'intimée. Selon la recourante, la localisation des caries en cas de syndrome de Sjögren ne fait pas l'objet d'un avis unanime par les spécialistes, comme cela ressort des documents de la littérature médicale produite par l'intimée. De grandes contraintes supplémentaires sont exercées sur l'amalgame par le flux salivaire anormal. Dans une étude, il est mentionné "que malgré une hygiène orale excellente, les malades du syndrome de Sjögren ont un nombre élevé de caries". Elle relève qu'elle n'a eu qu'une carie avant 1995. Elle n'avait ainsi à l'époque aucune raison d'aller plus souvent chez l'hygiéniste. Si beaucoup de plaques sont signalées en 1996, cela tient au fait qu'elle a eu pour la première fois en cette année un problème avec ses carotides qui ont enflé lors d'un repas et sont restées douloureuses pendant plusieurs jours, nécessitant une consultation à l'Hôpital de la Tour. Probablement, elle a commencé à souffrir à cette époque du syndrome de Sjögren et des hyposialies, responsables de l'augmentation de la plaque dentaire et des caries. C'est alors qu'elle a revu la technique de brossage et qu'elle a commencé à utiliser du fil dentaire. En 2000, l'hygiéniste lui a proposé d'intensifier les visites tous les six mois. Même avant, elle s'est rendue une fois par an chez l'hygiéniste dentaire. Par la suite, elle s'était fait traiter par l'hygiéniste à des intervalles entre six et neuf mois, sauf en 2008 et en 2009. Néanmoins, pendant ces années, elle n'est pas restée sans soins, ayant consulté le dentiste. A cela s'ajoute que ses caries ne se sont pas aggravées pendant ces années, preuve que l'hygiène demeurait malgré tout soutenue. En ce qui concerne le Dr G_____, elle l'a consulté plus d'une fois. Elle ne refuse pas non plus de porter des gouttières de

fluoration, mais elles ne lui ont jamais été prescrites. En conclusion, elle demande la condamnation de l'intimée au paiement des factures mentionnées dans ses écritures du 12 avril 2010, ainsi que de tous les soins dentaires causés par la maladie de Sjögren.

37. Par écriture du 29 septembre 2010, l'intimée persiste dans ses conclusions. Sur la base d'une consultation de son médecin-conseil, elle relève que, dans le cas du syndrome de Sjögren, il y a des caries atypiques, par rapport aux patients souffrant de caries normales, et ces caries atypiques constituent donc le cadre clinique. En l'occurrence, les caries de la recourante ne rentrent pas dans ce cadre clinique. Pour le surplus, l'intimée allègue que les effets en bouche de patients atteints de cancer et traités par radiothérapie sont analogues à ceux de l'hyposialie dont souffre la recourante. La prise en charge de la recourante dans le cabinet dentaire était en outre habituelle par rapport aux autres patients, d'autant plus que son dentiste ignorait l'utilisation de gouttières de fluoration. Le Professeur E_____ confirme que les caries de la recourante ne sont pas la conséquence claire du syndrome de Sjögren. Quant au Dr G_____, il ne peut pas se prononcer sur la classification des différentes caries en fonction du syndrome de Sjögren, n'étant pas dentiste.
38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence doit dès lors être admise.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. a) Concernant l'objet du litige, la décision dont est recours concerne en principe seulement la facture du 29 avril 2008 du médecin-dentiste B_____ pour les soins fournis le 19 février 2008 d'un montant de 323 fr. 95. Il est à cet égard à préciser que la facture du 11 novembre 2008 du Dr B_____ du même

montant concerne le même traitement et qu'il ne s'agit donc pas de deux factures différentes. Cependant, les parties sont d'accord d'étendre l'objet du litige aux factures du 27 avril 2006 de 122 fr. 50, du 7 décembre 2006 de 411 fr. 25 et du 30 juillet 2008 de 153 fr. 43 et du Dr B_____.

b) Dans la 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, soit le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

b) En l'espèce, il peut être admis que les factures susmentionnées concernent un état de fait commun, à savoir des caries dues au syndrome de Sjögren, ainsi que le caractère évitable de ces caries par une hygiène adaptée. Par ailleurs, l'intimée a pu s'exprimer sur ces questions. Partant, il y a lieu d'admettre une extension du litige aux factures susmentionnées. Les autres factures, notamment les factures futures, ne sont cependant pas concernées par le présent recours.

4. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des

chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale. D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, ils sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b) ou encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), 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. 1 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 (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. Selon al. 1 let. d de cette disposition, sont pris en charges les soins dentaires occasionnés les maladies des glandes salivaires. L'al. 2 précise toutefois que ces prestations ne sont prises en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (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 est exhaustive (ATF 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4; ATF du 29 décembre 2006, K 146/05).

b) L'atteinte de la fonction masticatoire résultant d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si la maladie psychique rendait impossible une hygiène buccale suffisante (ATF 128 V 70). En effet, l'affection doit être objectivement non évitable, ce qui suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 60 consid. 4a p. 63) Par ailleurs, une personne assurée qui présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle.

Néanmoins, l'hygiène buccale doit rester dans la mesure du raisonnable et de l'exigible en ce qui concerne aussi bien les soins quotidiens que les contrôles périodiques chez un dentiste (ATF 128 V 60 consid. 6d p. 65)

5. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
6. L'intimée se prévaut en premier lieu de ce qu'elle n'a pas préalablement donné une garantie spéciale, tel que l'art. 18 al. 2 OPAS le prescrit, ce qui n'est guère contestable.

La question se pose de savoir si cette disposition réglementaire respecte le principe de la légalité. Cette question peut cependant rester ouverte en l'espèce. En effet, en vertu de l'art. 27 al. 1 LPGA, les assureurs sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Or, l'intimée n'a pas respecté ce devoir. Il lui aurait en effet appartenu, dès réception des premières factures du Dr B _____, d'attirer l'attention de la recourante sur le fait qu'elle devait obtenir une garantie spéciale avant le traitement. En outre, dans son courrier du 31 mars 2008, elle n'a pas non plus indiqué qu'une garantie devait être demandée avant d'entreprendre un traitement dentaire à sa charge. Elle a uniquement subordonné le remboursement d'un tel traitement à la transmission d'un certain nombre d'informations.

Partant, les prestations dentaires ne peuvent être refusées au seul motif de l'absence de cette garantie spéciale.

7. Il n'est pas contesté en l'espèce que les caries provoquées par un syndrome de Sjögren doivent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Cependant, l'intimée conteste le caractère inévitable de ces caries et reproche à la recourante d'avoir manqué d'une hygiène adaptée à l'affection dont elle souffre. Elle met également en cause le lien de causalité entre les caries et le syndrome de Sjögren.
 - a) En premier lieu, il est à relever que la recourante a commencé à souffrir de ce syndrome plusieurs années avant que ce diagnostic n'ait été posé par les médecins en 2006. Cela ressort notamment du courrier du 16 juin 2006 du Dr A _____ qui a indiqué que la recourante ne savait pas qu'elle souffrait d'une

affection immunologique, lorsqu'elle avait présenté pour la première fois des caries à l'âge adulte. On ne saurait dès lors lui reprocher de ne pas avoir observé une hygiène buccale dépassant ce qui est usuel avant 2006. Il résulte du dossier, et cela est également admis par l'intimée, que la recourante s'est rendue chez l'hygiéniste une fois par an jusqu'en octobre 2000, puis tous les six à neuf mois jusqu'en 2008. Par ailleurs, le Dr B_____ a attesté qu'elle a présenté une hygiène personnelle satisfaisante, utilisant le fil dentaire et quotidiennement des bains de bouche fluorés, comme cela ressort de son courrier du 29 juillet 2008 à l'intimée. Il l'a également confirmé, lors de son audition par-devant le Tribunal. En outre, il est à relever que ce médecin-dentiste n'a pas prescrit des gouttières pour le gel fluoré, de sorte qu'il ne peut être reproché à la recourante de ne pas y avoir fait recours. Au vu de ces éléments, la Cour de céans estime que la recourante a eu une hygiène dentaire usuelle et qu'il ne devait pas être attendu de sa part qu'elle adopte des mesures d'hygiène buccale dépassant ce qui est usuel, tant qu'elle ignorait sa maladie. La preuve de ce que la recourante a eu une hygiène buccale satisfaisante est également le fait que, en cas de syndrome de Sjögren, l'évolution des caries est généralisée et rapide, comme l'intimée l'a relevé dans ses écritures du 18 novembre 2009. Or, dans le cas de la recourante, cette évolution était au contraire lente, selon les radiographies.

b) S'agissant du lien de causalité entre le syndrome de Sjögren et la question de la localisation des caries, il est vrai qu'il est mentionné dans la littérature médicale que les caries spécifiques d'un tel syndrome se situent plutôt aux collets. Toutefois, le Dr E_____ admet qu'il ne saurait pour autant être affirmé que l'hyposialie ne représente pas un facteur favorisant les caries. En outre, on ne voit pas pourquoi la salive n'atteindrait pas les espaces inter-dentaires, ce qui est également confirmé par le Dr B_____ dans sa déclaration devant le Tribunal. L'argument de la localisation des caries ne paraît dès lors pas convaincant. Par ailleurs, dans la mesure où il doit être admis que les mesures d'hygiène de la recourante étaient importantes, notamment en raison du fait que l'évolution des caries était lente en dépit du syndrome de Sjögren, la présence de celles-ci ne trouve son explication que dans cette maladie.

c) Cela étant, il y a lieu d'admettre que les caries n'étaient pas évitables et qu'elles sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans un rapport de causalité avec la maladie des glandes salivaires.

8. a) En ce qui concerne la facture du 29 avril 2008 de 323 fr. 95 relative à un traitement du 19 février 2008 de la dent 46, elle concerne une dent qui avait présenté une carie au collet précisément, soit une lésion spécifique du syndrome de Sjögren, selon certains auteurs. Comme l'intimée l'a par ailleurs admis, cette dent a subi une importante obturation, ce qui l'a rendue plus faible. Le traitement du 19 février 2008 était nécessaire en raison de la fracture de cette dent. Toutefois, l'incidence d'un élément mécanique n'est pas prouvée et, selon la recourante, elle

n'avait mordu que dans un biscuit, de sorte que l'existence d'un accident ne saurait être admise. Dans ces conditions, le Tribunal de céans estime qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, la fracture de cette dent est due à une carie occasionnée par le syndrome de Sjögren, de sorte que l'intimée est tenue de la prendre en charge.

b) Quant aux factures du 27 avril 2006 de 122 fr. 50 et du 30 juillet 2008 de 153 fr. 45, elles concernent des détartrages. Jusqu'à deux visites chez l'hygiéniste-dentaire devant être considérées comme usuelles, même en dehors d'une maladie prédisposant à des caries, ces factures ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

c) S'agissant de la facture du 7 décembre 2006 de 411 fr. 25, elle concerne en partie des soins de l'hygiéniste, à savoir pour 38,5 points, comme cela ressort de cette facture. Le point étant facturé à 3 fr. 50, il y a lieu de considérer qu'un montant de 134 fr. 75 est à la charge de la recourante.

Pour le surplus, cette facture concerne une obturation. Dès lors que, comme relevé ci-dessus, les caries n'étaient pas évitables, il y a lieu de considérer que les soins en cause sont dus au syndrome de Sjögren et par conséquent à la charge de l'intimée à concurrence de 276 fr. 50.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision dont est recours annulée, et l'intimée condamnée à rembourser à la recourante la somme de 600 fr. 45 (323 fr. 95 + 276 fr. 50), aux conditions de la LAMal.
10. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant**

A la forme :

1. Déclare le recours partiellement recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 13 août 2009.
4. Condamne l'intimée à rembourser à la recourante la somme de 600 fr. 45, aux conditions de la LAMal.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 500 fr. à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Maryse BRIAND

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le