



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV



Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société suisse des médecins-dentistes
Società svizzera odontoiatri
Swiss Dental Association

Informations concernant l'assurance-invali- dité (AI) à l'attention des dentistes

Publiées par l'Office fédéral des assurances sociales, en collaboration avec la
Société suisse des médecins-dentistes (SSO)

Composante de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI
(CMRM)

Valable dès le 1er mars 2025

État : 1er mars 2025

Table des matières

I. Dispositions générales	4
a) But et étendue de l'AI	4
b) Traitement des infirmités congénitales	4
II. Dispositions administratives	5
a) Demande	5
b) Examens médico-dentaire et d'orthopédie dento-faciale ...	5
c) Expertises médicales de l'AI.....	6
d) Notification/décision	6
e) Étendue de la prise en charge.....	7
f) Facturation	9
g) Tarification	9
III. Extrait de la liste des infirmités congénitales	10
IV. Commentaires concernant les infirmités congénitales	133
V. Procédure d'instruction.....	177
VI. Explications concernant certains chiffres tarifaires et mesures de traitement.....	211
a) Chiffres 4.0130 et 4.0140 du tarif dentaire : chapitres 01.04 « <i>Rendez-vous manqué</i> »	211
b) Chiffres 4.1110 et 4.1120 du tarif dentaire : chapitres 02.03 « Traitement par hygiéniste dentaire/assistante en prophylaxie ».....	211
c) Chiffres tarifaires 4.1000 à 4.1090 du tarif dentaire : chapitres 02.01 « Examen, hygiène bucco-dentaire, prévention du tabagisme et motivation » et 02.02 « Prophylaxie par fluorure »	222
d) Chiffres tarifaires 4.5750 à 4.5790 du tarif dentaire : chapitres 08.07 « Facettes dentaires (...) ».....	222
e) Chiffre tarifaire 4.7070 du tarif dentaire : chapitre 10.01 « Couronnes » (région antérieure de l'arcade supérieure).....	233
f) Traitements par aligneur	233
VII. Adresse et liens.....	233

Afin d'améliorer la lisibilité, le masculin est utilisé pour désigner les deux sexes. Tous les titres professionnels s'entendent au féminin et au masculin.

I. Dispositions générales

a) But et étendue de l'AI

L'assurance-invalidité (ci-après l'AI) est une assurance générale populaire obligatoire au même titre que l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). Par des mesures d'intervention précoce, d'intégration, d'ordre professionnel ou par d'autres mesures adaptées, elle vise autant que possible la réadaptation professionnelle des personnes atteintes d'un handicap physique, psychique ou mental. Lorsqu'une réadaptation n'est pas possible, elle octroie une rente d'invalidité ou une allocation pour impotent. Le traitement de l'atteinte à la santé à proprement parler n'entre pas dans le champ de l'obligation de verser des prestations de l'AI. Les soins dentaires – y compris les soins visant à rétablir ou améliorer la capacité masticatoire – ne sont donc généralement pas à la charge de l'AI.

b) Traitement des infirmités congénitales

La seule exception à la règle énoncée ci-dessus concerne les mesures médicales applicables au traitement médical et dentaire d'infirmités congénitales chez les assurés âgés de moins de 20 ans. Dans de tels cas, l'AI prend en charge la totalité du coût des traitements directement liés à l'infirmité congénitale (IC) jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge de 20 ans. Le traitement doit s'inscrire dans le cadre de mesures médicales selon l'art. 14 de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI) et remplir les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économie (critères EAE). On entend par infirmités congénitales les maladies présentes après la naissance accomplie de l'assuré et énumérées dans la liste à l'annexe (art. 1) de l'ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI). La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une IC est reconnue comme telle n'est pas déterminant. L'objectif de la loi n'est donc pas de prendre en charge les besoins de tous les enfants souffrant d'une atteinte liée à une maladie, à un accident ou à la croissance, mais de garantir aux enfants souffrant d'une IC au sens de l'AI la prise en charge adéquate de soins médicaux et dentaires.

II. Dispositions administratives

a) Demande

Lorsqu'il est possible ou établi qu'un assuré soit atteint d'une infirmité congénitale au sens de l'OIC-DFI, il y a lieu d'informer l'assuré (ou son représentant légal) qu'il a la possibilité de faire une demande à l'AI. À cette fin, il est possible de se procurer le formulaire « *Demande pour mineurs : Mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et moyens auxiliaires* » auprès des offices AI, des caisses de compensation ou de leurs agences, ou sur www.ahv-iv.ch/fr/Formulaires/Formulaires/Prestations-de-lAI. Il est à remplir par le requérant, avec en particulier le nom et l'adresse du dentiste traitant à la rubrique 6.3 « Médecin, hôpital ou centre de soins ». Cette personne doit déposer sa demande directement à l'office AI de son canton de résidence (adresse disponible sous www.ahv-iv.ch/fr/Contacts/Offices-AI), qui contrôlera si le formulaire est complet (pièces justificatives comprises) et si les conditions de prestations de l'assurance sont remplies.

b) Examens médico-dentaire et d'orthopédie dento-faciale

Tous les documents médicaux nécessaires à l'examen de la demande dans le cadre de l'évaluation médicale préalable à tout octroi de prestations au sens de l'art. 13 LAI (« traitement d'infirmités congénitales ») sont à se procurer auprès de l'office AI. En faisant valoir son droit aux prestations, l'assuré donne procuration aux personnes et aux institutions mentionnées dans sa demande pour communiquer aux offices AI toutes les informations et pour leur transmettre tous les documents nécessaires à l'examen du droit aux prestations ou aux prétentions récursoires. Tous les fournisseurs de prestations (personnes et institutions) *sont également tenus* de fournir les renseignements requis. L'office AI demandera au médecin-dentiste traitant désigné un rapport médico-dentaire, généralement sur la base des formulaires « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » et « *Examen d'orthopédie dento-faciale* ».

Le premier permet de documenter la condition médico-dentaire de l'assuré. Il est à remplir dans son *intégralité* de manière électronique ou à la main en caractères lisibles.

S'il est vraisemblable que l'assuré est atteint d'une IC 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC-DFI, le dentiste doit demander un examen par un médecin-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale reconnu par l'AI (www.sso.ch/fr/assurance-invalidite). Le dentiste doit ensuite transmettre le formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » dûment rempli et le formulaire « *Examen d'orthopédie dento-faciale* » *vide*, accompagnés des documents médico-dentaires, au spécialiste en orthopédie dento-faciale pour la suite de l'examen (voir informations détaillées au chap. V, p. 17 à 21).

Les formulaires « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » et « *Examen d'orthopédie dento-faciale* » sont des documents juridiquement contraignants. Ils doivent indiquer clairement, outre le nom du cabinet, la date et la signature, le nom du dentiste signataire. Cette prescription s'adresse tout particulièrement aux cliniques et aux cabinets collectifs ou de groupe.

c) Expertises médicales de l'AI

L'office AI contrôle les documents médicaux joints aux demandes. Au besoin, il consulte le Service médical régional (SMR) pour son évaluation. Si nécessaire, il demande au médecin traitant ou à des tiers de lui fournir des documents complémentaires. Pour certains cas particuliers, il peut demander à une personne externe de réaliser une expertise supplémentaire.

d) Notification/décision

Lorsque les conditions de médecine des assurances pour l'octroi de prestations prévues par l'art. 13 LAI sont remplies, l'office AI rend une décision ou adresse une notification sans formalités. Si les prestations demandées sont refusées, il rend une décision préjudicielle en indiquant les voies de recours. Si, au terme du délai légal, le refus n'a pas été contesté par l'assuré ou son représentant légal, l'office AI rend une décision indiquant les voies de recours. Si, au

terme du délai légal, la décision n'a pas été contestée par l'assuré ou son représentant légal, elle entre en vigueur. Le dentiste traitant ne peut contester la décision de l'AI sans la procuration du représentant légal.

La notification ou décision préjudicielle est adressée au demandeur, c'est-à-dire à l'assuré ou à son représentant légal. Le dentiste traitant ou le médecin-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale reçoit *généralement* une copie de la notification, de la décision préjudicielle ou de la décision.

e) Étendue de la prise en charge

L'AI ne prend en charge que les traitements en lien avec la décision, comme explicité dans la notification ou la décision. *Autant que possible, il convient d'attendre la réception du mandat formel de l'AI avant de commencer le traitement lié à une infirmité congénitale.* C'est pour cette raison qu'il est recommandé aux parents de déposer leur demande accompagnée des pièces justificatives le plus rapidement possible, et aux médecins-dentistes de remettre au plus vite le formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* ».

L'AI prend en charge toutes les mesures médicales en lien direct avec l'infirmité congénitale et prescrites par le médecin-dentiste. Dans les cas d'infirmité congénitale des dents ou de la mâchoire, cette prise en charge comprend notamment, outre le traitement médico-dentaire, les opérations et appareils d'orthopédie dento-faciale, pour autant qu'ils soient directement utiles au traitement de l'infirmité couverte, et qu'ils soient efficaces, adéquats et économiques (critères EAE).

Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'une analyse céphalométrique (IC 208 à 210 OIC-DFI, voir aussi chap. III, p. 10 à 12), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions céphalométriques sont démontrées (date de la téléradiographie de profil).

Le coût du traitement d'une infirmité congénitale est pris en charge par l'AI au plus tard jusqu'aux 20 ans révolus de l'assuré. Après cela, il faut faire une demande de prise en charge à l'assurance-maladie (art. 19a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS]), pour autant que les conditions de l'ordonnance soient remplies.

Elle précise certains points de la prise en charge :

- **Caries dentaires** : le traitement de caries dentaires (y compris le traitement de racines) n'est pas pris en charge par l'AI, car il ne s'agit ni d'une infirmité congénitale, ni d'une conséquence directe d'une infirmité (ch. 11 CMRM). Il convient de rendre attentifs à ce point les parents de patients dont le traitement en orthopédie dento-faciale est pris en charge par l'AI.
- **Extraction de dents de sagesse** : l'extraction de dents de sagesse est prise en charge par l'AI lorsqu'elle se trouve dans un rapport de causalité avec un traitement d'orthopédie dento-faciale de l'infirmité congénitale. Le dentiste chargé de l'orthopédie dento-faciale doit « au préalable justifier ce rapport de causalité dans le cas d'espèce » (ch. 201-218.4 CMRM). Le fait que la mesure serve à garantir le succès du traitement dento-facial ne constitue pas une justification suffisante.
- **Aligneur** : les traitements par aligneur ne sont pas pris en charge par l'AI (pour les exceptions, voir ch. 205.8 CMRM), par manque de preuves scientifiques de leur efficacité et de leur adéquation pour le traitement des cas souvent complexes des assurés pris en charge par l'AI.
- **Traitement dentaire sous anesthésie générale** : si l'existence d'une infirmité congénitale figurant dans l'OIC complique par un effet *direct* l'application d'un traitement dentaire, les frais de l'anesthésie générale nécessaire peuvent être pris en charge par l'AI, mais non ceux du traitement dentaire et des anesthésies locales éventuellement requises (ch. 13 CMRM). Le médecin-dentiste ou le médecin traitant doit justifier en termes simples auprès de l'AI en quoi l'infirmité congénitale complique considérablement ou entrave le traitement dentaire.

- **Hospitalisation** : si, dans le cadre du traitement d'une infirmité congénitale, une hospitalisation s'avère nécessaire comme dans le cas d'une intervention chirurgicale, le séjour hospitalier de l'assuré est pris en charge en division commune. Si l'assuré demande expressément à être traité en division privée, il n'a droit qu'au remboursement des frais au tarif de la division commune.

f) Facturation

Le médecin-dentiste présente sa note d'honoraires directement à l'AI. À partir du 1^{er} janvier 2025, il ne pourra plus le faire que sous forme électronique avec une période transitoire jusqu'au 30 juin 2025. La Centrale de compensation (CdC) à Genève procède au contrôle de la tarification et au paiement de l'ensemble des factures relatives aux mesures individuelles à la charge de l'AI.

Les traitements à la charge de l'AI sont à facturer à l'aide du tarif dentaire AA/AM/Al en utilisant les valeurs Pt (AA/AM/Al) *imposées*. Les explications concernant les positions tarifaires et les mesures de traitement se trouvent au chapitre VI (p. 21 à 23).

La notification/décision de la garantie de prise en charge à l'assuré indique le numéro d'assuré à 13 chiffres (anciennement appelé numéro AVS) et elle est munie d'un numéro de décision à 14 chiffres. Ces numéros doivent impérativement figurer sur la facture, de même que le numéro d'identification du médecin-dentiste (NIF). Si le numéro à 14 chiffres n'est pas encore connu lors de l'établissement de la facture, il faut indiquer à la place le chiffre 3, suivi du numéro à 2 chiffres de l'office AI compétent et du nombre 280. Le numéro de l'office AI est disponible en ligne (www.ahv-iv.ch/fr/Contacts/Offices-AI). Par exemple, pour un cas traité par l'office AI de Berne (dont le numéro est 2), on indiquera la combinaison 3 / 02 / 280 sur la facture, soit le nombre 302280.

g) Tarification

Le remboursement par l'AI des frais des mesures médico-dentaires s'effectue d'après le tarif dentaire (AA/AM/Al) adopté conjointement

par la SSO et la Commission des tarifs médicaux (CTM). Le tarif dentaire AA/AM/AI (code tarifaire 222) est disponible auprès de la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) à Lucerne : www.mtk-ctm.ch/fr/tarifs/tarif-dentaire-ss0.

Seuls les médecins-dentistes membres de la SSO ou ayant adhéré à la convention tarifaire à titre individuel sont autorisés à l'appliquer. Adresse : Organe d'exécution du tarif dentaire, c/o Secrétariat de la SSO, Case postale 664, 3000 Berne 7.

III. Extrait de la liste des infirmités congénitales

(Ordonnance du 3 novembre 2021 du DFI concernant les infirmités congénitales [OIC-DFI])

Toutes les définitions ci-après se rapportent aux dents de la seconde dentition, sauf mention contraire.

- 201 Fente labiale, maxillaire, palatine
- 202 Fentes faciales médianes, obliques et transversales
- 205 Dysplasies dentaires congénitales, lorsqu'au moins 12 dents de la seconde dentition après éruption sont très fortement atteintes. En cas d'odontodysplasie (dents fantômes), il suffit qu'au moins deux dents dans un quadrant soient atteintes. Le diagnostic doit être contrôlé par un représentant de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.
- 206 Anodontie congénitale totale ou anodontie congénitale partielle par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire (les dents de sagesse ne sont pas prises en compte)
- 207 Hyperodontie congénitale, lorsque la ou les dents permanentes surnuméraires provoquent une déviation intramaxillaire ou intramandibulaire qui nécessite un traitement au moyen d'appareils. Les odontomes ne sont pas considérés comme des dents surnuméraires.

208 *Micromandibulie congénitale :*

1. lorsque des troubles de la déglutition et/ou de la respiration nécessitant un traitement sont diagnostiqués au cours de la première année de vie, ou
2. lorsque, en cas de trouble de l'occlusion, l'analyse céphalométrique après l'apparition des incisives permanentes montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins 9 degrés ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés, ou lorsque les dents permanentes (à l'exclusion des dents de sagesse) présentent une non-occlusion buccale d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux d'une moitié de mâchoire. Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.

209 *Mordex apertus* congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'analyse céphalométrique montre un angle maxillo-basal d'au moins 40 degrés (ou d'au moins 37 degrés combiné à un angle ANB d'au moins 7 degrés).

Mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraclusion après éruption des incisives permanentes et que l'analyse céphalométrique montre un angle maxillo-basal d'au plus 12 degrés (ou de 15 degrés au plus combiné à un angle ANB d'au moins 7 degrés). Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.

210 Prognathie inférieure congénitale, lorsque l'analyse céphalométrique après éruption des incisives permanentes montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout, ou lorsqu'il existe une divergence de +1 degré au plus, combinée à un angle maxillo-basal d'au

moins 37 degrés, ou de 15 degrés au plus. Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.

214 Macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire. Une opération est nécessaire :

1. lorsque l'hypertrophie de la langue provoque des troubles de la respiration ou de la déglutition chez le nourrisson,
2. en cas de troubles du langage, lorsqu'ils sont liés à la grosseur de la langue et que ce lien est confirmé avant l'opération au moyen d'une expertise médicale menée par un médecin oto-rhino-laryngologiste spécialiste en phoniatry, ou
3. en cas de troubles de l'occlusion, lorsqu'ils sont liés à la taille de la langue et que ce lien est confirmé avant l'opération au moyen d'une expertise médicale menée par un médecin-dentiste reconnu par l'AI pour les examens orthodontiques.

218 Rétention ou ankylose congénitale des dents, lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires juxtaposées (à l'exclusion des dents de sagesse) de la seconde dentition sont touchées ; l'absence de dents est traitée de la même manière que la rétention et l'ankylose (à l'exclusion des dents de sagesse). Le diagnostic doit être posé par un médecin-dentiste spécialiste en orthodontie reconnu par l'AI pour cet examen spécifique.

IV. Commentaires concernant les infirmités congénitales

Il est recommandé de lire les chiffres correspondant aux situations commentées dans ce chapitre dans la version actuelle de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) (<https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6419>), en particulier concernant l'IC 205.

205 Dysplasies dentaires congénitales

Cette IC couvre entre autres l'amelogenesis imperfecta, la dentinogenesis imperfecta et la dysplasie dentaire (cf ch. 205.4 CMRM). L'absence d'ébauches de dents permanentes (à l'exclusion des dents de sagesse) compte comme dents atteintes. L'amelogenesis imperfecta est fréquemment confondue avec l'hypominéralisation des molaires et des incisives (HMI), qui touche certaines dents ou certains groupes de dents et qui en revanche n'est pas assimilable à une infirmité congénitale au sens de l'AI (IC 205 OIC-DFI) en raison de son origine pour l'heure inconnue.

Si le médecin traitant diagnostique une dysplasie correspondant au numéro 205 OIC-DFI, il doit fournir, en plus du formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » les pièces justificatives suivantes *en format numérique* : photographies de la bouche montrant la surface externe et la surface de mastication de *toutes les dents présentes* et radios (orthopantomogramme et, le cas échéant, radios de dents isolées). Les photographies doivent porter le nom de l'assuré et la date à laquelle elles ont été prises. L'office AI fait suivre le formulaire et les pièces justificatives au secrétariat de la SSO (adresse HIN: IV-AI-205@sso-hin) qui soumet le dossier au contrôle d'un groupe d'experts nommé par la SSO. Il se peut que des justificatifs supplémentaires soient demandés ou que l'assuré soit convoqué à un examen. Le résultat de l'expertise est communiqué à l'office AI.

207 Hyperodontie congénitale

L'hyperodontie congénitale n'est considérée comme une infirmité congénitale 207 OIC-DFI que si, après extraction de la dent ou des dents surnuméraires, le développement de la dentition reste déficient, c'est-à-dire que l'éruption et l'adaptation spontanée ne suffisent plus à rétablir des rapports occlusaux suffisants, de sorte qu'un traitement au moyen d'appareils devienne nécessaire. Lorsque l'AI reconnaît l'existence de cette infirmité congénitale, elle prend également en charge l'extraction de la ou des dents surnuméraires qui précède le traitement. Si au contraire, aucun traitement par appareillage n'est indiqué, il ne s'agit pas d'une infirmité congénitale et l'extraction n'est pas prise en charge.

L'évaluation de la prise en charge de l'IC 207 OIC-DFI ne tient pas compte des dents de sagesse (ch. 207.2 CMRM).

Les odontomes ne sont pas considérés comme des dents surnuméraires mais comme des tumeurs (ch. 207.3 CMRM) et ne justifient pas une prise en charge par l'AI au titre de l'IC 207 OIC-DFI. Leur traitement relève de l'art. 17, let. c, ch. 1, OPAS.

208 Micromandibulie congénitale

209 Mordex apertus congénital et Mordex clausus congénital

210 Prognathie inférieure congénitale

Dans le langage médico-dentaire courant, la dénomination de ces anomalies des maxillaires ne prend pas leur étiologie en considération. Il ne s'agit d'une infirmité congénitale que dans d'assez rares cas. Il est bien plus fréquent qu'il s'agisse d'une acquisition postnatale par dysfonction (p. ex. la succion du pouce), ou d'une maladie (p. ex. extension d'une mastoïdite à l'articulation temporo-mandibulaire) ou encore d'un accident, et qu'il ne s'agisse donc pas d'une infirmité congénitale. Ces cas ne sont par consé-

quent pas pris en charge par l'AI. Ces anomalies ne peuvent être reconnues comme infirmités congénitales que s'il existe des déviations verticales ou sagittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire.

Ces anomalies *congénitales* du squelette trouvent leur expression dans les valeurs angulaires exigées pour justifier une prise en charge par l'AI des affections mentionnées. Ces valeurs angulaires sont mesurées sur une téléradiographie crânio-faciale. Les radiographies seront prises selon les normes établies par les représentants des spécialistes en orthopédie dento-faciale. Les clichés ordinaires crânio-faciaux sont jugés *inadéquats* à la décision et ne sont pas pris en charge par l'AI. Par téléradiographie on entend uniquement les clichés où le patient est radiographié dans un céphalostat (appareil fixant la tête), ceci dans des conditions normalisées et d'une distance ampoule-film de 1,5 m au minimum. En général, la téléradiographie est prise et interprétée en intercuspitation. Seule la prognathie inférieure, si elle cause par des contacts primaires un blocage de l'occlusion, exige une téléradiographie supplémentaire pour l'estimation de l'angle ANB, prise en position de contact en rétroposition mandibulaire (*hinge axis*). Dans ce cas particulier, les deux clichés sont mesurés séparément et l'angle ANB sera la moyenne arithmétique des deux valeurs mesurées ; dans les situations spéciales de ce genre, les *deux* radiographies sont remboursées par l'AI (ch. 208-210.3 CMRM).

Une IC 208 OIC-DFI (micromandibulie congénitale) est reconnue indépendamment des mesures angulaires s'il existe une non-occlusion buccale (*scissor bite*) d'au moins trois paires de prémolaires ou de molaires antagonistes d'un côté (à l'exception des dents de sagesse).

En présence d'une anomalie grave de la mâchoire comme définie à l'IC 209 OIC-DFI ou à l'IC 210 OIC-DFI par la combinaison des valeurs angulaires (ANB et angle maxillo-basal), la reconnaissance d'une infirmité congénitale relevant de l'IC 209 n'impose pas l'existence, en plus de deux paires de dents antagonistes, de la seconde dentition en

position d'occlusion croisée antérieure, pas plus qu'une béance frontale pour la reconnaissance d'une IC 209 OIC-DFI (cf. ch. 208-210.4 CMRM).

Avant et durant l'apparition de la seconde dentition frontale, le contour de la mâchoire et donc la position des points de référence A et B sont influencés par le placement des incisives permanentes. C'est pourquoi les examens de l'AI ne doivent être entrepris qu'*après* l'apparition de la seconde dentition frontale. En principe, les dents frontales doivent être apparues. Dans tous les cas, les dents 11 et 21 et leurs antagonistes doivent obligatoirement être présentes au moment de l'analyse céphalométrique.

Les instructions pour la réalisation d'une analyse céphalométrique adéquate se trouvent dans le « *Mode d'emploi pour les expertises céphalométriques à l'attention de l'assurance-invalidité fédérale* » sur le site de la SSO (www.sso.ch/fr/assurance-invalidite).

Les téléradiographies et leur analyse appartiennent à la catégorie des examens spéciaux qui ne sont remboursés par l'AI que s'ils sont manifestement indispensables à sa prise de décision. Si l'examen clinique établit qu'il s'agit d'un cas léger dont l'origine congénitale n'est pas vraisemblable, la téléradiographie n'est pas prise en charge par l'AI. Le coût du diagnostic téléradiographique est généralement pris en charge par l'AI lorsque **les conditions minimales** suivantes sont remplies :

- a) pour la micromandibulie, un overjet d'au moins 9 mm ;
- b) pour le *mordex apertus*, une béance verticale entre toutes les incisives permanentes ;
- c) pour le *mordex clausus*, traumatisme de la gencive palatine à cause de l'occlusion antagoniste ;

d) pour la prognathie inférieure, deux paires de dents antérieures antagonistes en relation d'occlusion bout à bout ou croisée.

218 Rétention ou ankylose congénitale des dents

Le diagnostic doit être posé par le médecin-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale d'un centre reconnu par l'AI. Lorsque la demande d'examen est transmise à un centre, le formulaire « Évaluation médico-dentaire : Examen » peut être remboursé une fois pour le dentiste et une fois pour le médecin-dentiste spécialisé. Étant donné qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une analyse céphalométrique et donc de **remplir le formulaire « Examen d'orthopédie dento-faciale » pour la reconnaissance d'une IC 218 OIC-DFI, ces formalités ne sont pas remboursées par l'AI.**

Lorsqu'une infirmité congénitale 218 OIC-DFI est démontrée, l'AI prend aussi en charge le traitement des incisives ou des canines éventuellement touchées (ces dents ne sont cependant pas déterminantes pour la reconnaissance d'une IC 218).

V. Procédure d'instruction

- a) Le formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » permet de documenter la condition médico-dentaire de l'assuré. Il est à remplir dans son *intégralité* de manière électronique ou à la main en caractères lisibles. Si la personne chargée de le remplir reçoit le questionnaire adressé aux médecins, elle doit le retourner à l'office AI et demander le formulaire de l'AI pour les médecins-dentistes. Elle peut également se le procurer sur www.ahv-iv.ch/fr/Formulaires/Formulaires/Prestations-de-lAI.
- b) On ne peut considérer qu'il existe une infirmité congénitale 205, 206 ou 207 que si les conditions qui figurent dans la liste des infirmités congénitales et dans les commentaires y relatifs sont remplies (cf. chap. III ou CRMR <https://sozialversicherung.admin.ch/fr/d/6419>).

- c) Si les résultats de l'examen clinique suggèrent l'existence d'une potentielle IC 205 OIC-DFI, il faut envoyer le formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » dûment rempli et accompagné des pièces justificatives du dossier à l'office AI compétent et, de celui-ci, à une adresse HIN centrale gérée par le secrétariat de la SSO, afin que le groupe d'experts désigné par la SSO puisse procéder à l'évaluation du cas (voir informations détaillées au chap. IV, p. 13 à 17).
- d) Si les résultats de l'examen clinique laissent soupçonner la présence d'une infirmité congénitale 208, 209, 210, 214 ou 218 (voir chap. III), le médecin-dentiste traitant doit demander l'examen du droit aux prestations par le médecin-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale reconnu par l'AI de son choix (registre des spécialistes reconnus disponible sur le site de la SSO : www.sso.ch/fr/assurance-invalidite), en lui adressant directement le patient muni du formulaire « *Examen d'orthopédie dento-faciale* » (se référer aux instructions sur le formulaire). Il faut également informer les parents de l'assuré que ce dernier peut être convoqué par le médecin-dentiste spécialisé en orthopédie dento-faciale dans le cadre de l'instruction. Le médecin-dentiste traitant peut également confier la totalité de l'examen – y compris l'examen médico-dentaire – au médecin-dentiste spécialisé reconnu auquel il fait appel. Il doit dans ce cas lui transmettre une copie vierge des deux formulaires « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » et « *Examen d'orthopédie dento-faciale* ». Il convient alors également d'en informer les parents de l'assuré.

Si les résultats de l'examen clinique ne montrent **aucun indice** d'infirmité congénitale 208, 209, 210, 214 ou 218 OIC-DFI, il n'y a pas lieu de demander l'examen du droit aux prestations. Si les résultats cliniques excluent l'existence d'une infirmité congénitale 208, 209 ou 210 (voir les conditions minimales a à d, page 16 à 17) et que les parents déposent malgré tout une demande à l'AI, cette dernière ne rembourse que le coût relatif au formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » et au diagnostic, pour autant que le médecin-dentiste ne puisse pas déjà s'appuyer sur un diagnostic existant.

- e) Dans les cas concernant les infirmités congénitales 208, 209 et 210, un médecin-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale reconnu par l'AI procède à une évaluation médico-dentaire des pièces justificatives, y compris l'analyse céphalométrique (informations détaillées aux points e à g). Le résultat de l'évaluation est à consigner dans le formulaire « *Examen d'orthopédie dento-faciale* ».

Dans les cas concernant l'IC 214 OIC-DFI, le résultat de l'évaluation par un médecin-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale reconnu par l'AI est à consigner dans le formulaire « *Examen d'orthopédie dento-faciale* ».

Une analyse céphalométrique n'est pas nécessaire pour les cas concernant l'IC 218 OIC-DFI, car ils sont documentés par le spécialiste en orthopédie dento-faciale dans un deuxième formulaire « *Évaluation médico-dentaire : Examen* ». Étant donné qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une analyse céphalométrique et donc de remplir le formulaire « *Examen d'orthopédie dento-faciale* » pour la reconnaissance d'une IC 218 OIC-DFI, ces formalités ne sont pas remboursées par l'AI (cf. ch. 218.1 CMRM).

- f) Les téléradiographies indispensables à l'évaluation des infirmités congénitales 208, 209 et 210 OIC-DFI sont *généralement* réalisées par le médecin-dentiste spécialiste en orthopédie dento-faciale reconnu qui procède à l'expertise, ceci afin de garantir une technique radiologique et une évaluation adéquates et uniformes. Le spécialiste chargé de l'expertise décide si, exceptionnellement, les téléradiographies faites par un autre service suffisent pour l'évaluation. L'AI ne rembourse pas ces frais à double.
- g) Les téléradiographies de format *numérique* peuvent être acceptées pour une expertise céphalométrique à l'intention de l'AI *sous certaines conditions* :
1. Les points déterminants pour la mesure doivent être identifiables de manière inéquivoque comme dans les téléradiographies conventionnelles.

2. Seules les prises de vue avec un temps d'exposition de 1 seconde ou moins (p. ex. au moyen de plaques radioluminescentes au phosphore) garantissent une reproduction fiable des angles décisifs pour une éventuelle prise en charge par l'AI (angle ANB, ou angle maxillo-basal).
 3. Les prises de vue d'appareils équipés de capteurs CCD ne sont *pas acceptées*, car les points mesurés peuvent être représentés de manière peu fiable si de légers mouvements de la tête interviennent pendant la durée de l'exposition (qui est plus longue).
 4. La mesure doit avoir lieu directement à l'écran. La mesure sur tirage papier n'est pas acceptée car elle ne peut pas se faire à l'échelle.
 5. Le « *Mode d'emploi pour les expertises céphalométriques à l'attention de l'assurance-invalidité fédérale* » (PDF) est disponible sur : <https://www.sso.ch/fr/assurance-invalidite>.
- h)** Seules les positions suivantes peuvent être facturées pour les évaluations à l'attention de l'AI :
1. examen clinique (voir aussi chap. V, let. d, dernier alinéa) ;
 2. téléradiographie de profil en OC (occlusion centrée, intercuspidation maximale) pour les demandes concernant les IC 208, 209 et 210 OCI-DFI ;
 3. en cas d'occlusion croisée antérieure, une deuxième téléradiographie en RC (relation centrée) ;
 4. relevé simple et mesure des angles (par téléradiographie) ;
 5. orthopantomogramme ou statut radiographique adéquat pour les demandes concernant les IC 205, 206 et 207 OCI-DFI ;
 6. formulaire AI « Évaluation médico-dentaire : Examen » ;
 7. formulaire AI « Examen d'orthopédie dento-faciale » ;

8. photos (de la bouche) lorsqu'elles servent de pièces justificatives pour une demande concernant une dysplasie dentaire ou un cas de position d'occlusion en bout à bout ou croisée, ou de béance, lorsque cette position n'est pas visible sur une téléradiographie.
- i) Si dans un cas particulier, il est possible de faire l'économie de l'un ou l'autre de ces documents, on est tenu de le faire. Ainsi, par exemple, les frais d'un orthopantomogramme ou d'un statut radiographique ne peuvent pas être facturés pour l'évaluation des IC 208 à 210 OIC-DFI. Dans le cadre d'une évaluation, les frais pour la confection d'un moulage du maxillaire ne seront pas non plus remboursés par l'AI lorsque, pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale, seul le résultat des valeurs angulaires est prépondérant.

VI. Explications concernant certains chiffres tarifaires et mesures de traitement

a) Chiffres 4.0130 et 4.0140 du tarif dentaire : chapitres 01.04 « Rendez-vous manqué »

Les rendez-vous manqués ne sont pas remboursés par l'AI.

b) Chiffres 4.1110 et 4.1120 du tarif dentaire : chapitres 02.03 « Traitement par hygiéniste dentaire/assistante en prophylaxie »

De manière générale, le nettoyage des dents et le détartrage ne font pas partie des prestations remboursées par l'AI. Pour certaines infirmités congénitales, ils peuvent néanmoins être pris en charge sous ces chiffres tarifaires, à certaines conditions :

1. Dans le domaine de l'orthopédie dento-faciale, lorsqu'un appareil fixe est posé et que l'assuré ne peut pas suffisamment se brosser les dents, le nettoyage dentaire et le détartrage font partie du traitement et peuvent être facturés à l'AI au maximum quatre fois par an.

2. Pour les dysplasies dentaires (IC 205) avec production excessive de tartre, les prestations visées aux chiffres tarifaires 4.1100, 4.1105, 4.1110 et 4.1120 peuvent également être facturées au maximum quatre fois par année.
3. Afin d'assurer la réussite durable des soins prothétiques dentaires, il est absolument nécessaire de procéder, avant la mise en place de couronnes et de ponts, au nettoyage et au détartrage complets des dents. Les mesures d'hygiène qui précèdent la pose de couronnes font partie intégrante du traitement et doivent donc être remboursées par l'AI, pour autant qu'elles soient en relation directe avec les soins prothétiques pris en charge par l'AI. En règle générale, les nettoyages doivent être répétés. On peut admettre qu'il existe une relation suffisamment directe entre les séances de prophylaxie et la mise en place des couronnes seulement durant les six mois qui précèdent cette mise en place. Les prestations visées aux chiffres tarifaires 4.1110 et 4.1120 du tarif dentaire ne peuvent donc être remboursées que durant les six mois qui précèdent les mesures AI proprement dites.

c) Chiffres tarifaires 4.1000 à 4.1090 du tarif dentaire : chapitres 02.01 « Examen, hygiène bucco-dentaire, prévention du tabagisme et motivation » et 02.02 « Prophylaxie par fluorure »

Les prestations correspondant à ces chiffres tarifaires ne sont pas prises en charge par les assurances sociales. Toutes les autres mesures préliminaires doivent être justifiées par le médecin-dentiste, s'il désire les facturer à l'AI.

d) Chiffres tarifaires 4.5750 à 4.5790 du tarif dentaire : chapitres 08.07 « Facettes dentaires (...) »

Les prestations visées à ces chiffres ne peuvent être facturées qu'après concertation avec l'assurance.

e) Chiffre tarifaire 4.7070 du tarif dentaire : chapitre 10.01 « Couronnes » (région antérieure de l'arcade supérieure)

Pour ces traitements, il faut tenir compte des remarques figurant sous ch. 4.7070 du catalogue de prestations du tarif dentaire AA/AM/AI.

f) Traitements par aligneur

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les traitements par aligneur ne sont pris en charge par l'AI qu'à certaines conditions dans certains cas d'infirmité congénitale 205 OIC-DFI (dysplasie dentaire). La réglementation et la procédure sont décrites au ch. 205.8 CMRM (<https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6419>).

VII. Adresse et liens

Les adresses, numéros et données de contact des offices AI sont disponibles sur www.ahv-iv.ch/fr/Contacts/Offices-AI.

Les formulaires « *Demande pour mineurs : Mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et moyens auxiliaires* », « *Évaluation médico-dentaire : Examen* » et « *Examen d'orthopédie dento-faciale* » se trouvent sur www.ahv-iv.ch/fr/Formulaires/Formulaires/Prestations-de-lAI.

La liste des médecins-dentistes reconnus par l'AI pour les examens d'orthopédie dento-faciale (infirmités congénitales 208, 209, 210, 214 et 218 OIC-DFI) se trouve dans la rubrique « Assurance-invalidité » du site Internet de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO) [www.sso.ch/fr/assurance-invalidité](http://www.sso.ch/fr/assurance-invalidite) et est mise à jour régulièrement.

Les instructions pour la réalisation d'une analyse céphalométrique adéquate se trouvent dans le « *Mode d'emploi pour les expertises céphalométriques à l'attention de l'assurance-invalidité fédérale* » se trouvent également dans la rubrique « Assurance-invalidité » du site Internet de la Société suisse des médecins-dentistes (SSO), au format PDF : [www.sso.ch/fr/assurance-invalidité](http://www.sso.ch/fr/assurance-invalidite).

Le tarif dentaire AA/AM/AI (code tarifaire 222) est disponible auprès de la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), à Lucerne :
www.mtk-ctm.ch/fr/tarifs/tarif-dentaire-sso.

La circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) est disponible sur <https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/d/6419/>