

## VD\_FINDINFO AI 206/11 - 150/2012 vom 24. April 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-04-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_206\\_11\\_-\\_150\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_206_11_-_150_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 206/11 - 150/2012 du 24 avril 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 206/11 - 150/2012 del 24 aprile 2012

### Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL} | 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 1 OIC, 2 OIC

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.04.2012 AI 206/11 - 150/2012

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL} | 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 1 OIC, 2 OIC

TRIBUNAL CANTONAL AI 206/11 - 150/2012 ZD11.025888 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 24 avril 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Di Ferro Demierre

Juges : M. Neu et Mme Pasche Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\*

Cause pendante entre : D.T. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, agissant par ses parents

C.T. \_\_\_\_\_ et B.T. \_\_\_\_\_, audit lieu, eux-mêmes représentés par Me Philippe

Nordmann, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 3 al. 2 LPGA; art. 13 LAI; art. 1 et 2 OIC E n f a i t

: A. a) Représenté par ses parents C.T. \_\_\_\_\_ et B.T. \_\_\_\_\_, D.T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 17 août 2004, a déposé le 29 janvier 2010 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus. Dans ce contexte, il était notamment mentionné que l'intéressé présentait une infirmité congénitale sous la forme d'un reflux gastro-œsophagien sur hernie hiatale, au sens du ch. 280 OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.2.2.21), et qu'il souffrait de douleurs digestives depuis la naissance. b) Aux termes d'un rapport du 10 février 2010 adressé à la Dresse Z. \_\_\_\_\_ (pédiatre et médecin traitant de l'assuré) et communiqué en copie à l'« AI-VD », le Prof. K. \_\_\_\_\_ et les Drs U. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint, chef de clinique adjoint et médecin assistante au Service de chirurgie pédiatrique du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_), ont posé les diagnostics de reflux gastro-œsophagien résistant au traitement pharmacologique et de hernie hiatale et endobranchy-œsophage, atteintes dont la cause, respectivement l'étiologie, était congénitale. Ils ont précisé que l'assuré était un enfant de 5 ans et demi présentant depuis sa petite enfance un reflux gastro-œsophagien traité depuis l'âge de 4 ans par Oméprazole et Pimpéran, sans amélioration notable. Ils ont ajouté qu'un transit œsogastroduodéal (TOGD) effectué en novembre 2009 avait révélé une hernie hiatale par glissement avec présence d'un reflux gastro-œsophagien jusqu'au tiers supérieur de l'œsophage. En outre, une pH-impédancemétrie avait montré un temps de reflux à 13% ainsi que des épisodes de reflux allant jusqu'à 40 minutes. Ils ont observé que les résultats fortement pathologiques et la persistance des symptômes malgré un traitement médical bien conduit avaient amené à poser l'indication à réaliser un montage anti-reflux. C'est ainsi que,

le 8 février 2010, l'enfant avait subi une cure de reflux gastro-œsophagien par fundoplicature et gastropexie selon Toupet par laparoscopie ainsi qu'une œsophagoscopie préopératoire. Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Prof. K. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 20 juin 2010, retenu le diagnostic de reflux gastro-œsophagien et hernie hiatale, correspondant au ch. 280 OIC. Pour le surplus, il a annexé à son constat ses précédents comptes-rendus concernant l'assuré, à savoir : - un rapport du 28 janvier 2010, dans lequel ce médecin précisait que l'intéressé était un deuxième enfant né à terme avec un poids de naissance de 3'310 grammes, nourri au lait maternel durant huit mois, difficile à sevrer, et souffrant de douleurs décrites dès la petite enfance avec des réveils nocturnes, mais sans problème oto-rhino-laryngologique, sans toux, et sans position en opisthotonos. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ ajoutait que l'assuré présentait depuis longtemps une dysphagie aux morceaux, et qu'il refusait les produits acides, pratiquait le grignotage et dormait encore actuellement avec un biberon d'eau sur sa table de nuit, très vraisemblablement pour nettoyer les reflux non rechassés de son œsophage. Il relevait également que les parents décrivaient nettement un mérycisme ainsi que des mouvements de Sandifer. Il soulignait que l'intéressé avait bénéficié d'un traitement d'Oméprazole au moins depuis l'été 2008 avec une bonne réponse thérapeutique, mais qu'à l'arrêt de ce traitement fin 2008, les symptômes étaient réapparus si bien que l'assuré avait été remis sous traitement de janvier 2009 à l'été 2009, avec cette fois une réponse un peu moins bonne que précédemment de sorte que des investigations avaient été menées début novembre 2009. A cette occasion, un TOGD avait montré un important reflux gastro-œsophagien jusqu'au tiers supérieur de l'œsophage associé à une hernie hiatale par glissement; en outre, une pH-impédancemétrie avait confirmé un reflux gastro-œsophagien pathologique avec un temps de reflux de 13% et des épisodes de reflux de longue durée non rechassés allant jusqu'à 40 minutes. Cela étant, l'indication à une cure de reflux gastro-œsophagien était posée, l'assuré ayant bénéficié d'au moins deux cycles complets de traitement de reflux gastro-œsophagien de longue durée, bien conduits, et présentant un reflux gastro-œsophagien démontré et une œsophagite qui expliquait le désintérêt pour la nourriture, le grignotage et les boissons, le tout en rapport avec une hernie hiatale; - un protocole opératoire du 8 février 2010, aux termes duquel le Prof. K. \_\_\_\_\_ mentionnait à titre d'indication : « [e]nfant qui a bénéficié d'au moins 2 cycles complets de traitement de reflux gastro-œsophagien de longue durée, bien conduits, avec un reflux gastro-œsophagien démontré, une œsophagite qui explique le désintérêt pour la nourriture, le grignotage et les boissons, en rapport avec une hernie hiatale »; - un rapport du 8 avril 2010, dans lequel ce médecin exposait que les suites opératoires de l'intervention du 8 février 2010 avaient été très simples, et que, déjà deux semaines après l'opération, l'assuré mangeait normalement et passait des nuits calmes, sans réveil nocturne ni ronronnement, étant par ailleurs précisé qu'il ne buvait plus durant la nuit, n'avait plus de mauvais goût dans la bouche et était plus actif et plus vif, ne portant désormais plus de couches-culottes. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ ajoutait en outre qu'un TOGD réalisé un mois après l'intervention avait montré une valve de Toupet bien en place, un bon passage à travers la valve et un œsophage déjà « un peu plus contractile qu'en préopératoire ». L'enfant ne présentait plus aucun reflux gastro-œsophagien et il avait été décidé d'arrêter le traitement médicamenteux de reflux gastro-œsophagien postopératoire. Par avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 1<sup>er</sup> octobre 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ a relevé que, dans la mesure où le rapport du Prof. K. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2010 ne signalait pas de vomissements dès la naissance, alors même que ce critère était exigé selon le ch. 280 CMRM (Circulaire sur les mesures

médicales de réadaptation de l'AI, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [ci-après : l'OFAS]), il y avait lieu de considérer que les conditions du ch. 280 OIC n'étaient pas remplies en l'occurrence. c) Le 5 octobre 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures médicales concernant le reflux gastro-œsophagien de ce dernier. Dans sa motivation, l'office a observé qu'en vertu de l'art. 13 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) et du ch. 280 OIC, l'intervention chirurgicale visant à traiter un reflux gastro-œsophagien avec hernie hiatale n'était prise en charge par l'AI que si le reflux était congénital et si une opération était nécessaire; plus particulièrement, on admettait l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui vomissait régulièrement après chaque repas depuis sa naissance, on diagnostiquait radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de vie (ch. 280 CMRM). Au cas d'espèce, l'OAI a estimé que ces exigences n'étaient pas réalisées, puisque, selon les pièces du dossier, l'intéressé n'avait pas présenté des vomissements depuis sa naissance. A teneur d'un courrier du 25 octobre 2010 adressé à l'OAI, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ s'est étonnée du projet de décision précité, lequel refusait les prestations requises au motif que l'absence de vomissements réguliers après chaque repas depuis la naissance annulait la définition d'un reflux gastro-œsophagien congénital. A cet égard, elle a relevé que la clinique d'une telle affection n'était pas absolument liée à la présence de vomissements, et que dans un certain nombre de cas, le patient souffrant d'un reflux gastro-œsophagien ne vomirait jamais, le reflux ne remontant pas jusqu'à la bouche mais pouvant entraîner une œsophagite importante. Chez l'enfant, cela se manifestait souvent plutôt par des pleurs nocturnes et par des positions particulières dites positions de Sandifer, où l'enfant se mettait la tête rejetée en arrière. La conséquence de cette manifestation du reflux pouvait être particulièrement importante, attendu qu'il était plus difficile de le diagnostiquer et que cela pouvait prendre plus de temps. Au cas d'espèce, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle ne suivait pas l'assuré depuis sa naissance, mais que son histoire révélait bien que depuis tout petit, l'enfant présentait des douleurs nocturnes avec également une dysphagie aux morceaux et un refus de produits acides. A cela s'ajoutait qu'il présentait nettement un mérycisme, qui était une traduction nette d'un reflux gastro-œsophagien. De plus, les examens complémentaires (TOGD et pH-impédancemétrie) avaient clairement montré un reflux gastro-œsophagien extrêmement important sur hernie hiatale par glissement, et la gastroscopie avait mis en évidence la présence d'un endobranchy-œsophage résultant directement de ce reflux gastro-œsophagien. Par acte du 1<sup>er</sup> novembre 2010 complété le 29 novembre suivant, l'assuré (par l'intermédiaire de ses parents, eux-mêmes représentés par leur conseil) a contesté le projet de décision du 5 octobre 2010. En substance, il a fait valoir qu'en subordonnant la prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien à l'existence de vomissements depuis la naissance, l'OAI avait posé une exigence supplémentaire à l'octroi de mesures médicales pour ce type d'atteinte, exigence qui ne trouvait toutefois aucun appui dans les textes légaux et réglementaires. Il s'est par ailleurs référé à un jugement de l'ancien Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : le TASS) du 23 décembre 2008 en la cause AI 375/07 – 15/2008, dans lequel cette instance avait admis la prise en charge des mesures médicales relatives au traitement du reflux gastro-œsophagien d'un jeune assuré. Pour le reste, il a produit un rapport du 22 novembre 2010 émanant de la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste scolaire, dans lequel cette dernière indiquait que lors du contrôle dentaire de l'assuré le 6 octobre 2010, elle avait constaté une déminéralisation importante des

incisives lactéales dont la cause était sûrement un reflux gastro-œsophagien. Par avis médical SMR du 21 décembre 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ a souligné que les rapports du Prof. K. \_\_\_\_\_ des 28 janvier et 10 février 2010 décrivaient l'apparition de symptômes durant la petite enfance, sans évoquer de symptômes particuliers dans la période suivant la naissance. A ce propos, il a relevé que le reflux gastro-œsophagien était une affection bénigne du nourrisson liée à la position relative des organes, les symptômes disparaissant dans la majorité des cas avec la station debout ou/et avec l'introduction d'une alimentation solide. Cela étant, l'AI avait défini un critère de prise en charge d'un reflux considéré comme congénital, à savoir l'existence de vomissements depuis la naissance. Or, dans le cas d'espèce, il n'y avait aucune description ni évidence de vomissements dès la naissance. Le 23 février 2011, l'OAI a écrit à l'OFAS les lignes qui suivent : "Nous soumettons à votre appréciation la question de savoir si le ch. 280 de la CMRM est ou non trop restrictif par rapport au ch. 280 de l'OIC et [...] devrait, cas échéant, être modifié. Dans une précédente affaire (voir arrêt du Tribunal cantonal du 23.12.2008 ci-joint), nous avons été confrontés à la problématique suivante : un enfant présentait un reflux gastro-œsophagien et a dû subir une opération. Il remplissait donc deux des trois conditions du ch. 280 OIC. La question litigieuse était de savoir s'il remplissait la dernière condition, soit s'il présentait un reflux congénital. Bien que ses parents l'aient affirmé, le dossier médical de l'enfant n'établissait pas qu'il aurait présenté des vomissements dès sa naissance, ce qui est une condition à l'octroi des mesures médicales selon le ch. 280 de la CMRM. Nous avons donc refusé l'octroi pour ce (seul) motif. Cette affaire a été portée devant le Tribunal cantonal qui nous a donné tort (voir arrêt cité). En effet, cette autorité a fait sienne l'avis du Professeur K. \_\_\_\_\_ (voir arrêt cité pp 9-11 et pp 15-16), selon lequel le ch. 280 CMRM est une interprétation extrêmement restrictive qui révèle une méconnaissance du problème du reflux gastro-œsophagien. En effet, le reflux gastro-œsophagien peut parfois être dû à une anomalie anatomique comme la hernie hiatale, mais, le plus souvent, il constitue un trouble fonctionnel lié à l'immaturation de l'œsophage qui disparaît avec la croissance de l'enfant et ne nécessite pas d'opération. Si le reflux persiste au-delà d'un certain âge, il faut procéder à des investigations, et, si le traitement conservateur échoue, opérer. Les vomissements n'apparaissent que dans environ 30% des cas. La symptomatologie, outre de possibles vomissements, consiste en des douleurs, des problèmes respiratoires, la prise de petites collations, une mauvaise prise pondérale, de fréquentes positions en opisthotonos, de nombreuses affections ORL. Le diagnostic précoce d'une hernie hiatale ou d'une insuffisance du cardia [n'est] pas non plus, selon le Professeur K. \_\_\_\_\_, [un critère pertinent]. Aujourd'hui nous nous trouvons confrontés à une situation similaire en tous points, sauf que l'enfant n'a jamais présenté de vomissements. A nouveau, c'est le Professeur K. \_\_\_\_\_ qui est consulté, lequel confirme qu'il s'agit d'un reflux gastro-œsophagien congénital (voir rapport médical du 10.02.2010 et ses annexes). L'avocat, qui est le même que dans le premier cas, conteste notre projet de décision de refus d'octroi du 05.10.2010, motivé par l'absence de vomissements, en se basant sur le jugement du Tribunal cantonal qui lui a donné raison (voir courrier de Me Nordmann du 29.11.2010 ci-joint). Les questions que nous nous posons sont dès lors les suivantes : devons-nous, ou non, continuer à appliquer à la lettre le ch. 280 de la CMRM et refuser l'octroi de mesures médicales sous le ch. 280 OIC lorsqu'il n'y a pas de vomissements après chaque repas depuis la naissance ou de diagnostic précoce d'une hernie hiatale/d'une insuffisance du cardia? Devons-nous continuer à exiger et des vomissements dès la naissance et un diagnostic précoce d'hernie hiatale/d'insuffisance du cardia, ou devrions-nous, à l'avenir,

exiger que soit remplie l'une ou l'autre des ces conditions, ou encore, le Professeur K.\_\_\_\_\_ ne les jugeant pas pertinentes, aucune des deux?" Le 3 juin 2011, l'OFAS a répondu ce qui suit : "Le ch. m. 280 [CMRM] doit continuer à être appliqué de manière stricte. La condition qu'il prévoit (à savoir que l'enfant « vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance ») est une condition impérative. Le contenu original de ce ch. m. et sa justification historique ne doivent pas être interprétés de manière « moderne » ou « généreuse », comme semble le faire le Professeur K.\_\_\_\_\_. Reflux congénital, vomissements depuis la naissance, opération nécessaire, etc. (cf. ch. m 280) sont des conditions qui doivent toutes être remplies pour la reconnaissance en tant qu'IC. Aujourd'hui comme à l'époque de rédaction, ce ch. m. concerne en effet le trouble de la croissance invalidant des nourrissons qui, en raison de troubles congénitaux (c'est-à-dire apparus quelques heures, maximum jours après la naissance) et aigus de l'ingestion, ne connaissent pas une croissance satisfaisante, ce qui peut entraîner une grave atteinte à leur santé, invalidante à vie, voire leur décès. Il fallait donc faire face à ce problème, indépendamment de la situation financière de la famille concernée (à l'époque de la rédaction de la CMRM, certaines familles n'avaient pas d'assurance-maladie). C'est pourquoi cette affection a été reconnue comme IC et le ch. m. correspondant ajouté. Cette disposition doit être utilisée exclusivement pour les cas pour lesquels elle a été prévue. La CMRM sera adaptée en conséquence à la prochaine occasion. [...]" d) Par décision du 24 juin 2011, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures médicales concernant le reflux gastro-œsophagien de l'assuré. Pour l'essentiel, l'office a rappelé que selon le ch. 280 OIC, l'AI prenait en charge un reflux gastro-œsophagien congénital lorsqu'une opération était nécessaire, étant précisé, conformément au ch. 280 CMRM, que pour admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital, il fallait que le nourrisson vomisse régulièrement après chaque repas depuis sa naissance et que l'on ait diagnostiqué radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie. Se référant à la prise de position de l'OFAS du 3 juin 2011 (tout en indiquant que celle-ci faisait partie intégrante de sa décision), l'OAI a relevé qu'il en ressortait clairement que le ch. 280 CMRM n'était pas trop restrictif par rapport au ch. 280 OIC, et qu'il fallait appliquer le ch. 280 CMRM de manière stricte; en particulier, le critère exigeant que l'enfant « vomi[sse] régulièrement après chaque repas depuis sa naissance » était une condition impérative. Au cas d'espèce, l'office a relevé que, selon les renseignements en sa possession, l'assuré présentait un reflux gastro-œsophagien ainsi qu'une hernie hiatale ayant nécessité une intervention chirurgicale, mais que sur le vu du dossier médical et de l'avis du SMR, il n'y avait pas eu de vomissements depuis la naissance. Se déclarant lié par la prise de position de l'OFAS, l'OAI a dès lors considéré qu'il ne pouvait pas admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital en l'occurrence. B. a) Agissant par ses parents, eux-mêmes représentés par leur conseil Me Philippe Nordmann, l'assuré a recouru le 11 juillet 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant, avec dépens, à son annulation [recte : à sa réforme] en ce sens que l'affection congénitale en cause est prise en charge au titre des mesures médicales de l'AI. En substance, le recourant expose que l'art. 3 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) définit l'infirmité congénitale comme toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant, sans exiger des symptômes de maladie – en l'occurrence des vomissements – dès la naissance. Il ajoute qu'une telle exigence serait du reste contraire à l'égalité de traitement, le reflux gastro-œsophagien n'entraînant des vomissements dès la naissance que dans 30% des cas. Il

insiste également sur le fait que l'exigence de vomissements ne ressort pas du ch. 280 OIC, mais résulte de directives, lesquelles n'ont en aucun cas force de loi. Par ailleurs, il se prévaut du jugement précité du TASS du 23 décembre 2008 (AI 375/08 – 15/2008) admettant la prise en charge de mesures médicales « dans une affaire similaire ». A cet égard, il relève plus particulièrement que ni l'OFAS, ni l'OAI n'ont contesté ce jugement, preuve qu'ils s'en sont dès lors accommodés. Il se réfère en outre à une pratique différente des autorités genevoises compétentes en matière d'assurance-invalidité, et requiert que l'intimé soit interpellé sur ce point. Il produit enfin un onglet de pièces. b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet dans sa réponse du 3 octobre 2011, motivée comme suit : " 1. Sur le fait que l'exigence de vomissements dès la naissance ne découlerait pas du chi. 280 OIC mais du chi. 280 CMRM et ne serait donc pas applicable : Selon la réponse de l'OFAS du 3 juin 2011, qui nous lie, à notre requête du 23 février 2011, si l'exigence des vomissements dès la naissance ne découle pas de la lettre du chi. 280 de l'OIC, elle découle par contre de son esprit, ce dont le juge doit tenir compte lorsqu'il interprète la loi (art. 1 al. 1 du Code civil). En effet, le but historique du chi. 280 OIC est, qu'à une époque où l'assurance-maladie n'était pas obligatoire, soient pris en charge par l'assurance-invalidité les cas de reflux gastro-œsophagien avec vomissements dès la naissance, les vomissements induisant une sous-alimentation pouvant entraîner de graves séquelles du[e]s à une croissance insatisfaisante, voire au décès. L'exigence des vomissements dès la naissance est donc un critère de gravité toujours applicable, comme l'est la nécessité d'une opération. Le chi. 280 CMRM ne fait donc que transcrire l'esprit du chi. 280 OIC : il est donc contraignant vis-à-vis des tiers et doit être appliqué de manière stricte, soit en exigeant la présence de vomissements dès la naissance. 2. Sur l'argument selon lequel des vomissements ne sauraient être exigés vu que l'art. 3 al. 2. LPGA prévoit uniquement « qu'est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant » et n'exige nullement que des symptômes de la maladie, en l'occurrence des vomissements, se manifestent dès la naissance. Selon l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI n'y déroge expressément. Or, l'art. 13 al. 2 LAI y déroge en ce sens qu'il prévoit que le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Cette liste figure dans l'OIC, dont le chi. 280 pour lequel l'exigence des vomissements depuis la naissance découle de l'interprétation selon l'esprit comme dit ci-dessus, et de la CMRM, puisqu'elle n'est pas plus restrictive que le chi. 280 OIC correctement interprété. 3. Sur l'argument selon lequel il y aurait inégalité de traitement vu que seuls 30% des enfants atteints de reflux gastro-œsophagien vomissent. Il ne peut y avoir d'inégalité de traitement lorsqu'on se trouve en présence de situations différentes : comme dit plus haut, les enfants qui ne vomissent pas dès la naissance ne présentent pas le critère de gravité requis. 4. Sur l'argument selon lequel l'office AI et l'OFAS n'ont pas recouru dans le dossier AI 375/07-15/2008. Le seul motif pour lequel l'office AI et l'OFAS n'ont pas recouru dans cette affaire, ce n'est pas qu'ils doutaient du bien-fondé de l'exigence de vomissements dès la naissance, mais que les faits n'étaient pas établis de manière certaine : en particulier, un doute subsistait sur la question de savoir si l'enfant avait, ou non, présenté des vomissements dès sa naissance. 5. Sur l'argument selon lequel l'office AI Genève aurait une autre pratique et n'exigerait pas des vomissements dès la naissance[.] L'OAI Genève est, comme notre Office, lié par les directives et recommandations de l'OFAS. Une copie de la réponse de l'OFAS du 3 juin 2011 lui a ainsi été envoyée afin d'éviter toute inégalité de traitement potentielle." c) Un second échange d'écritures a été ordonné, dans le cadre duquel

les parties n'ont pas soulevé de nouveaux arguments. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Compte tenu de l'importance de la question juridique à résoudre en l'occurrence, la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 37 al. 1 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007; RSV 173.31.1]). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le droit à la prise en charge par l'AI des mesures médicales relatives au traitement du reflux gastro-œsophagien présenté par le recourant. 3. a) A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Conformément à l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2 phr. 1 LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC. Aux termes cette ordonnance, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 phr. 1 OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 phr. 1 OIC). En prenant en charge le traitement des infirmités congénitales des assurés âgés de moins de 20 ans révolus, l'AI encourage et finance dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – de handicaps qui seront susceptibles d'entraver les assurés à l'âge adulte. On notera en particulier que le traitement de l'affection en tant que telle est compris dans le cadre l'art. 13 LAI; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc). Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexe, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2 phr. 2 OIC) (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416). Plus particulièrement, le ch. 280

de la liste annexée à l'OIC mentionne, au titre des infirmités congénitales pouvant justifier l'octroi de mesures médicales de l'AI, le reflux gastro-œsophagien, lorsqu'une opération est nécessaire. b) Dès lors que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents, leur traitement doit donc en principe être pris en charge par l'AI aux conditions fixées par l'art. 13 LAI. Quant à l'assurance-maladie, elle n'intervient, selon l'art. 27 LAMaI (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), qu'à titre subsidiaire, c'est-à-dire que lorsque l'infirmité congénitale n'est pas couverte par l'AI. Le but de cette disposition est de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC (cf. Valterio, op. cit., n° 1541 p. 417). c) Selon l'art. 1 al. 1 phr. 1 OIC, sont réputées infirmités congénitales les infirmités qui existent à la naissance accomplie. Celle-ci est réputée accomplie lorsque le corps vivant de l'enfant est complètement sorti de celui de la mère. Des facteurs pathogènes qui existaient éventuellement avant la naissance ou au moment de celle-ci ne tombent pas sous le coup de l'art. 13 LAI. Pour déterminer s'il y a infirmité congénitale, c'est, comme à l'art. 12 LAI, la symptomatologie et non la pathogenèse de l'affection qui est déterminante. Si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur la présence effective d'une infirmité congénitale, l'avis dûment motivé d'un médecin spécialisé, qui tient celle-ci pour hautement probable en se fondant sur l'enseignement médical actuel, est alors déterminant (cf. Valterio, op. cit., n° 1546 p. 419 et les références citées). Si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1 phr. 3 OIC). Celle-ci tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (RCC 1989 p. 222). Selon l'annexe de l'OIC, certaines affections ne sont considérées comme des infirmités congénitales que si les symptômes essentiels qui les caractérisent sont apparus dans un laps de temps déterminé (ch. 282, 404, 451, 467, 497, 498 OIC). Peu importe que le diagnostic décisif fondé sur ces symptômes n'ait été posé que plus tard (cf. Valterio, op. cit., n° 1549s. p. 419). Pour certaines infirmités qui se présentent aussi bien sous une forme légère que grave, l'AI n'assume les frais en vertu de l'art. 2 al. 2 OIC que si un traitement particulier mentionné dans la liste des infirmités congénitales (opération, appareillage, traitement par appareil plâtré, traitement hospitalier ou exsanguino-transfusion) est nécessaire (voir dans ce sens le ch. 18 CMRM, tant dans sa teneur valable du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 29 février 2012, que dans sa version entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012). En effet, certaines affections congénitales ne sont reconnues comme invalidantes que lorsqu'elles atteignent un degré de gravité bien précis. Pour ces affections, le Conseil fédéral s'est écarté de la définition de l'art. 1 al. 1 OIC, pour qualifier d'infirmité congénitale celle qui ne peut être reconnue comme telle à la naissance accomplie de l'enfant, faute de gravité suffisante, mais qui, s'étant développée par la suite sur la base de l'état existant à la naissance, atteint finalement le degré de gravité requis justifiant sa prise en charge par l'AI (ATF 120 V 89 consid. 2a; TF 9C\_866/2008 du 8 juillet 2009 consid. 2.2 et 2.3; cf. Valterio, op. cit., n° 1551 p. 419 s.). d) Chez un assuré atteint d'une infirmité congénitale, l'invalidité est réputée survenue au moment où l'infirmité rend nécessaire, pour la première fois, un traitement ou un contrôle médical permanent; c'est le cas lorsque la nécessité du traitement ou du contrôle commence à se faire sentir et qu'il n'y a pas de contre-indication (ATF 133 V 303 consid. 7.2). On ne peut parler de

nécessité du traitement ou du contrôle que si pour la première fois des signes du tableau clinique sont présents ou si des examens standard indiquent l'existence d'une infirmité congénitale (TF 9C\_754/2009 du 12 mai 2010 consid. 2.2; cf. également Valterio, op. cit., n° 1540 p. 417). Le droit est ouvert dès le début du traitement même si le degré de gravité fixé par l'OIC n'était pas encore atteint à ce moment-là, pourvu qu'il l'ait été par la suite (ATF 120 V 89 consid. 3a et 3c; cf. Valterio, op. cit., n° 1566 p. 424). Lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe à l'OIC est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure; il s'étend à toutes les mesures médicales qui se révèlent par la suite nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale (art. 2 al. 2 OIC; cf. ATF 120 V 89 précité et Valterio, op. cit., n° 1567 p. 424). e) Dans sa teneur valable entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 29 février 2012, la CMRM mentionne ce qui suit sous ch. 280 : "Il faut admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance, on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie." Suites aux modifications de la CMRM entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012, le ch. 280 de cette circulaire est désormais libellé de la manière suivante : "Il faut admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui, dès sa naissance, vomit régulièrement et en abondance après les repas, on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie et qu'un retard de croissance staturo-pondérale est médicalement attesté et documenté." 4. a) La loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégagant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique). Selon la jurisprudence, il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation, mais s'inspire d'un pluralisme pragmatique pour rechercher le sens véritable de la norme. Il ne se fonde sur la compréhension littérale du texte que s'il en découle sans ambiguïté une solution matériellement juste (ATF 137 IV 249 consid. 3.2 et ATF 137 IV 180 consid. 3.4, avec la jurisprudence citée). b) L'obligation de l'AI de verser des prestations pour les infirmités congénitales et la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la CMRM édictée par l'OFAS. Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elle ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que les caisses rendent des décisions viciées qu'il faudra ensuite annuler ou révoquer, et d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative. Selon la jurisprudence, ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles

règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 205 consid. 3.2, ATF 127 V 61 consid. 3a, ATF 126 V 68 consid. 4b, et ATF 126 V 427 consid. 5a et les références). 5. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 6. a) En l'espèce, l'OAI a refusé la prise en charge des mesures médicales relatives au reflux gastro-œsophagien du recourant, au motif que ce trouble ne serait pas d'origine congénitale. En effet, l'intimé considère que le droit à la prise en charge de cette affection est subordonné à la condition que l'assuré ait présenté des vomissements dès la naissance ou juste après. Or, selon l'OAI, le dossier médical du recourant ne mentionne pas de tels vomissements. Pour sa part, le recourant, par l'intermédiaire de ses parents, estime que le reflux gastro-œsophagien qu'il présente est d'origine congénitale, de sorte que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives à cette affection doit lui être reconnu. b) Il n'est pas contesté que le recourant présente un reflux gastro-œsophagien ayant nécessité un traitement chirurgical. Il convient toutefois de déterminer si ce trouble est d'origine congénitale. aa) A ce propos, le jugement du TASS du 23 décembre 2008 (AI 275/2007 – 15/2008) invoqué par le recourant mentionne ce qui suit, en référence à un courrier rédigé le 18 octobre 2007 (ou le 28 octobre 2007, selon que l'on se réfère à la let. B ou au consid. 5b du jugement précité) par le Prof. K. \_\_\_\_\_ : "- depuis quelque temps, l'AI entre en matière sur la prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien s'il s'agit "d'un reflux gastro-œsophagien présent chez un nourrisson qui vomit régulièrement à chaque repas depuis sa naissance et chez qui on diagnostique radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà des premiers mois de vie". Cette interprétation extrêmement restrictive révèle une méconnaissance du problème du reflux gastro-œsophagien tel qu'on le connaît depuis une décennie environ. En effet, le reflux gastro-œsophagien peut parfois être dû à une anomalie anatomique comme la hernie hiatale, mais, le plus souvent, il constitue un trouble fonctionnel lié à une dysmotilité de l'œsophage. On admet actuellement qu'un grand nombre de nouveau-nés, et ce d'autant plus fréquemment s'ils sont prématurés, présente à la naissance des troubles de la contraction œsophagienne soit sous forme d'absence complète de péristaltisme, soit sous forme de mouvements anormaux

d'anti-péristaltisme. Ces troubles sont liés essentiellement à l'immaturation œsophagienne. Ils entraînent un reflux gastro-œsophagien qualifié de simple, qui, dans l'immense majorité des cas, disparaît avec la croissance de l'enfant au cours des premiers mois de vie. Ainsi, dans la plupart des cas de reflux gastro-œsophagiens du nourrisson, il est recommandé de ne procéder à aucune investigation et de traiter les sujets empiriquement par des stratégies de positionnement (position semi-assise), par l'épaississement des laits et par un traitement médicamenteux simple de reflux gastro-œsophagien; - chez environ 30% des enfants, les vomissements constituent un des symptômes du reflux gastro-œsophagien, mais ce trouble peut également se manifester notamment par des symptômes respiratoires; - si le reflux persiste au-delà d'un certain âge, on ne parle plus d'un reflux simple et il y a alors lieu de l'investiguer pour en comprendre les causes et proposer un traitement spécifique. Selon les sources de la littérature, cette limite d'âge est variable et se situe entre six mois et un an, mais parfois même plus tard, pour certains auteurs; - si un enfant présente au-delà d'un an une symptomatologie de reflux gastro-œsophagien, telle que des vomissements, mais également des douleurs, des problèmes respiratoires (toux, bronchite spastique, pneumonie à répétition), il y a lieu de procéder à des investigations. A moins que l'enfant ne soit en danger, il n'est jamais proposé d'emblée de traitement chirurgical même si une hernie hiatale est présente. Un traitement conservateur de reflux gastro-œsophagien est toujours tenté pour une période de trois à six mois. L'indication à opérer n'est posée qu'après échec avéré du traitement conservateur ou récurrence de la symptomatologie à l'arrêt de celui-ci." Le 18 octobre 2007, le Prof. K. \_\_\_\_\_, spécialiste reconnu en chirurgie digestive haute et thoracique, a ainsi constaté que le ch. 280 CMRM procède d'une interprétation extrêmement restrictive qui révèle une méconnaissance du problème du reflux gastro-œsophagien, à tout le moins en l'état de la science médicale depuis une décennie environ. En effet, le reflux gastro-œsophagien peut parfois être dû à une anomalie anatomique comme la hernie hiatale, mais, le plus souvent, il constitue un trouble fonctionnel lié à l'immaturation de l'œsophage qui disparaît avec la croissance de l'enfant et ne nécessite pas d'opération. Si le reflux persiste au-delà d'un certain âge, il faut procéder à des investigations, et, si le traitement conservateur échoue, opérer. Les vomissements n'apparaissent que dans environ 30% des cas. La symptomatologie, outre de possibles vomissements, consiste en des douleurs, des problèmes respiratoires, la prise de petites collations, une mauvaise prise pondérale, de fréquentes positions en opisthotonos ou des mouvements de Sandifer, et de nombreuses affections ORL. bb) Dans le cadre de la présente affaire, il ressort clairement des rapports médicaux du Prof. K. \_\_\_\_\_ que l'assuré présente un reflux gastro-œsophagien congénital. Les conclusions de ce spécialiste sont en outre confirmées par les constatations de la Dresse Z. \_\_\_\_\_. Quant au Dr S. \_\_\_\_\_, il ne donne aucun avis médical sur le reflux gastro-œsophagien en tant que tel, mais se contente d'affirmer que l'assuré n'a pas présenté de vomissements à la naissance de sorte qu'il n'a pas droit à la prise en charge de son atteinte. Cela étant, contrairement à ce que retient le Dr S. \_\_\_\_\_, on ne saurait faire abstraction du fait que l'assuré a présenté les symptômes suivants dès la naissance : des douleurs importantes, des réveils nocturnes, une dysphagie aux morceaux, le refus de produits acides, un mérycisme, des mouvements de Sandifer, et un désintérêt pour la nourriture et les boissons. Les examens pratiqués ont par ailleurs révélé un reflux gastro-œsophagien congénital extrêmement important sur hernie hiatale par glissement ainsi que la présence d'un endobranchy-œsophage résultant directement du reflux gastro-œsophagien. Or, pour déterminer s'il y a infirmité congénitale, c'est la symptomatologie et non la pathogenèse de l'affection qui est déterminante (cf.

consid. 3c supra). A cela s'ajoute qu'en l'espèce, le dossier contient un avis dûment motivé d'un médecin spécialisé – à savoir le Prof. K. \_\_\_\_\_, dont les conclusions claires et convaincantes apparaissent dignes de foi (cf. consid. 5 supra) – qui atteste que le reflux gastro-œsophagien de l'assuré est congénital; cet avis doit dès lors être tenu pour déterminant (cf. consid. 3c supra). c) Selon l'OAI, il faut interpréter le ch. 280 OIC à la lumière du ch. 280 CMRM qui en expose la motivation historique, à savoir l'existence d'un critère de gravité dans l'exigence de vomissements dès la naissance, un nourrisson qui vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance encourrant un risque vital. Le recourant soutient que ce chiffre de la circulaire est contraire à la loi, une directive ne pouvant en aucun cas étendre le champ d'application d'une ordonnance claire, et le critère de gravité introduit par l'OAI et l'OFAS ne trouvant aucun appui ni dans la loi, ni dans l'ordonnance, ni encore dans le ch. 280 CMRM. A l'instar du recourant, on relèvera que le critère de gravité lié à une éventuelle sous-alimentation due aux vomissements et pouvant entraîner une croissance insatisfaisante, voire le décès, ne figure pas dans la CMRM du 1<sup>er</sup> janvier 2010 en vigueur au moment de la décision litigieuse. Seule la CMRM dans sa version au 1<sup>er</sup> mars 2012 mentionne que les vomissements doivent en plus d'être réguliers être abondants, et qu'un retard de croissance staturo-pondérale doit être médicalement attesté et documenté. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Il n'est nullement exigé dans cette disposition que des symptômes de la maladie, en l'occurrence des vomissements, se manifestent dès la naissance. Une telle exigence serait d'ailleurs contraire à l'égalité de traitement entre assurés atteints de cette affection puisque lesdits symptômes n'existent que dans environ 30% des cas. En outre, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (cf. art. 1 al. 1 phr. 3 OIC). Ainsi, la date à laquelle le diagnostic de l'affection en cause est posé n'est en tout cas pas décisive. L'infirmité tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie. Il est ainsi possible, après coup, de dire que telle ou telle affection était en réalité présente depuis la naissance. En vertu de l'art. 2 al. 1 OIC, le droit prend naissance au début de l'application des mesures médicales, ce qui implique que dites mesures ne sont pas nécessairement mises en oeuvre dès la naissance. Or, en l'espèce, une opération a été nécessaire en raison d'un reflux gastro-œsophagien congénital. Le diagnostic n'est pas remis en cause, ni l'existence de l'opération. De ce seul fait, les conditions du ch. 280 OIC sont remplies. Les exigences de l'AI, à savoir qu'il faut que l'enfant vomisse à chaque repas et que l'on ait confirmé une hernie hiatale ou une insuffisance du cardia radiologiquement de façon très précoce, sont dès lors contraires à la loi et à l'OIC. En ce qui concerne le critère de gravité invoqué par l'OAI, on relèvera tout d'abord que le ch. 280 OIC prévoit déjà légalement un critère de gravité, en ce sens que l'office ne doit prendre en charge le reflux gastro-œsophagien que lorsqu'une opération est nécessaire. Cela étant, il faut souligner que le Tribunal fédéral (ATF 120 V 89 consid. 3) a tranché le point de savoir si l'infirmité qui n'avait pas encore atteint le degré de gravité requis à la naissance de l'assuré, mais seulement postérieurement, devait également être considérée comme congénitale déjà lors de son apparition, ou uniquement depuis la réalisation dudit degré figurant dans l'annexe à l'OIC. A cet égard, la Haute Cour a retenu qu'il n'y avait pas de raison de traiter différemment les litiges qui pourraient survenir dans

les deux situations précitées. Il est en effet conforme au sens et au but de la loi que chaque infirmité congénitale ouvre en principe le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, qu'elle soit grave ou non, à l'exception toutefois des cas de peu d'importance. Ainsi, dès que les manifestations de l'infirmité atteignent, à un moment ou à un autre, le degré de gravité requis ou qu'elles nécessitent de procéder à une intervention chirurgicale, comme en l'espèce, il est logique de les assimiler, dès le début du traitement (art. 2 al. 1 et 2 OIC) et jusqu'à la majorité de l'assuré (art. 3 OIC), aux infirmités congénitales pures et simples qui ne dépendent pas d'un critère de gravité. Cela est du reste conforme au but de la prise en charge des infirmités congénitales par l'assurance-invalidité, savoir encourager et financer dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – des handicaps assez graves pour être de nature à réduire la capacité de gain de l'assuré à l'âge adulte. Ces impératifs clairs priment l'interprétation historique contraire proposée par l'OFAS (ATF 120 V 89 consid. 3b). Le ch. 280 de l'annexe à l'OIC n'implique dès lors pas que le diagnostic doive avoir été posé de manière précoce, soit juste après la naissance, ni que les symptômes de reflux gastro-œsophagien doivent d'emblée avoir été attribués à une affection spécifique. A suivre le raisonnement de l'OFAS, seuls les cas nécessitant une opération dès la naissance ou les premiers mois de vie devraient être pris en charge. Un tel raisonnement n'est pas conforme à la systématique de l'OIC. En effet, contrairement à d'autres chiffres de l'OIC (ch. 282, 404, 451, 467, 495 et 498), le ch. 280 OIC n'impose pas que les symptômes essentiels qui caractérisent le reflux gastro-œsophagien apparaissent dans un laps de temps déterminé. La seule condition concerne la nécessité de l'opération. Si l'OFAS veut y ajouter des conditions supplémentaires, celles-ci doivent figurer dans l'ordonnance et non dans une simple circulaire, une ordonnance administrative ne pouvant pas priver les destinataires des droits qui découlent de la loi et des textes d'application conformes à ladite loi. Il s'ensuit que le ch. 280 CMRM établit des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables. En ce qui concerne la nécessité (historique) d'avoir une couverture AI à défaut de couverture d'assurance-maladie, on relève que ces deux assurances poursuivent le même but, mais que pour les affections congénitales, c'est l'AI qui intervient en priorité (TF 9C\_530/2010 du 31 mai 2011). d) En définitive, au vu des considérants qui précèdent, force est de reconnaître en l'occurrence l'existence d'une affection congénitale même en l'absence de vomissements constatés dès le début de la vie. Cela étant, l'autorité de céans considère que, au sens de la vraisemblance prépondérante, le recourant présente un reflux gastro-œsophagien congénital ayant nécessité une opération, de sorte que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives à ce trouble doit lui être reconnu. 7. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision attaquée en ce sens que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives au reflux gastro-œsophagien est reconnu au recourant. b) Vu l'issue du litige, le présent arrêt est rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). Le recourant, qui obtient gain de cause, s'est fait assister par un mandataire durant la procédure. Il a par conséquent droit à des dépens qui doivent être fixés en fonction de la difficulté de la procédure et du travail fourni par le conseil (art. 61 litt. g LPGA). En l'espèce, il se justifie d'arrêter équitablement à 2'500 fr. la somme allouée à titre de dépens. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision attaquée est réformée en ce sens que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives au traitement du reflux gastro-œsophagien est reconnu au recourant. III. Il n'est pas perçu de frais. IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) est allouée à titre de dépens au recourant, à la charge de

l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe Nordmann (pour le recourant, par l'intermédiaire de ses parents), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.