

# VD\_GERICHTE ZD24.030237 vom 14. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.030237](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.030237)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.030237 du 14 avril 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.030237 del 14 aprile 2025

## Erwägungen

### E. 3

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures médicales, au sens de l'art. 8 al. 3 let. a LAI en relation avec les art. 12 ss LAI, font partie de ces mesures de réadaptation. Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). b) La LAI prévoit l'octroi de mesures médicales dans un but de réadaptation (art. 12 LAI) et pour le traitement des infirmités congénitales (art. 13 LAI). Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 20 ans à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales, au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA, soit toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que les mesures médicales au sens de l'al. 1 sont accordées pour le traitement des malformations congénitales, des maladies

- 11 - génétiques ainsi que des affections prénatales et périnatales qui font l'objet d'un diagnostic posé par un médecin spécialiste (let. a), engendrent une atteinte à la santé (let. b), présentent un certain degré de gravité (let. c), nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI (let. e). c) Faisant usage de la délégation de compétence prévue par la loi (art. 14ter al. 1 let. b LAI et 3bis al. 1 RAI dans leur teneur depuis le 1er janvier 2022), le Département fédéral de l'intérieur a édicté l'OIC-DFI (ordonnance du DFI du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.211), afin de déterminer les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI. Les atteintes en question sont ainsi listées dans l'annexe à ladite réglementation (art. 1 al. 2, 1ère phrase OIC). Sous le titre XVIII "Métabolisme et système endocrinien", le ch. 462 de l'annexe à l'OIC-DFI prévoit la prise en charge des troubles congénitaux de la fonction hypothalamo-hypophysaire (petite taille d'origine hypophysaire, diabète insipide, troubles fonctionnels correspondants dans le cadre du syndrome de Prader-Willi et du syndrome de Kallmann). Sous le même chiffre (ch. 462.2), la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (ci-après : CMMR) mentionne que la preuve du trouble doit être apportée clairement, dans les règles de l'art et sur une longue durée ; un traitement par l'hormone de croissance ne peut être pris en charge que si un défaut d'hormone de croissance a été démontré (TF 9C\_403/2009 du 10 novembre 2009 consid. 5.1). d) Selon la jurisprudence, les directives administratives s'adressent aux organes d'exécution. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit mais sont destinées à assurer l'application uniforme

des prescriptions légales, en visant à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but 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

- 12 - traitement des ayants droit. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il peut les prendre en considération lorsqu'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 148 V 144 consid. 3.1.3 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 126 V 64 consid. 4b et les références citées).

#### **E. 4**

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) En droit des assurances sociales, lorsqu'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait conforme à la réalité au regard du degré de preuve requis, il convient d'appliquer les règles générales relatives au fardeau de la preuve. Il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de la personne assurée (ATF

- 13 - 135 V 39 consid. 6.1 ; ATF 126 V 319 consid. 5a). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 115 V 133 consid. 8a).

#### **E. 5**

a) En l'espèce, les positions des parties divergent quant au diagnostic de déficit en hormone de croissance, lequel, s'il était reconnu, donnerait droit à la prise en charge par l'OAI du traitement d'hormone de croissance à titre de mesures médicales. Le recourant soutient que l'avis de son endocrinologue, le Dr H. \_\_\_\_\_, doit être suivi, tandis que l'intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_. b) Dans son rapport d'expertise, le Dr M. \_\_\_\_\_ établit de manière détaillée l'anamnèse de l'assuré, l'anamnèse familiale en précisant notamment la taille des parents ainsi que les données relatives à sa croissance depuis sa naissance. L'expert a réalisé deux nouvelles courbes de la

taille et du poids de l'assuré, en se référant aux courbes de l'OMS recommandées par la société suisse de pédiatrie, en rapportant les données de taille et de poids collectées par les différents médecins aux différents âges de l'assuré. Il a constaté que l'assuré se trouvait au stade prépubère et avait un âge osseux de 9 ans au 21 mars 2022. Il a prédit qu'il atteindrait à l'âge adulte la taille de 169 cm selon l'échelle Bayley Pinneau et de 173,9 cm selon l'échelle de Roche, étant précisé que la taille cible parentale était de 178,5 cm (+/- 8,5 cm). L'expert s'est encore référé aux valeurs de laboratoires des 21 mars et 27 octobre 2022, estimant celles-ci dans la norme, aux résultats du test de stimulation d'hormone de croissance Arginine-Clonidine du 28 octobre 2022 sans priming et aux résultats de l'IRM du 1er décembre 2022. Sur la base de ces éléments, il a constaté que l'assuré avait présenté une croissance dans les normes entre 2018 et mars 2022, date de sa première évaluation endocrinologique (taille > -2DS), avec une vitesse de croissance normale mais évoluant en dessous de la cible parentale. Un retard de la maturation osseuse constaté en mars 2022

- 14 - permettait une prédiction de la taille adulte dans le bas de la cible parentale. Les investigations qui avaient été faites à ce moment-là n'avaient pas révélé d'altération des facteurs de croissance, du bilan thyroïdien ni phosphocalcique suggérant un trouble de la sécrétion d'hormone de croissance ou un autre trouble hypophysaire. L'examen ne semblait pas avoir une autre cause systémique chez un assuré alors prépubère. L'expert a constaté que l'assuré avait présenté un retard de croissance in utero pour la taille, mais pas pour le poids. Il a relevé un rattrapage statural sur les courbes de croissance à un an et une diminution du couloir de croissance à deux ans pour une croissance stable entre P3 et P10. La présence de ce retard de croissance in utero pour la taille (mais pas pour le poids), avec par la suite une croissance dans les normes, excluait ce retard d'une possible indication pour un traitement par l'hormone de croissance, l'assuré ne remplissant pas l'ensemble des critères. L'expert s'est ensuite prononcé sur les analyses effectuées par le Dr H.\_\_\_\_\_. Il a relevé que lors de la consultation du 22 novembre 2022, la vitesse de croissance semblait abaissée (+ 0,3 cm/année) mais que le contrôle des valeurs des facteurs de croissance restait dans les normes, avec une légère augmentation. Il n'y avait pas de documentation du stade pubertaire à cette date. Le test combiné Arginine-Clonidine du 28 octobre 2022 sans priming montrait une stimulation insuffisante de l'hormone de croissance avec pic < 8 mcg/L. Fort de ces éléments, l'expert a retenu que tous les éléments parlaient en première ligne pour un retard de croissance constitutionnel, et non pour un déficit en hormone de croissance. Au vu de l'analyse technique réalisée par l'expert, on ne voit pas ce que l'examen du recourant en personne aurait apporté de plus aux données collectées par ses médecins, lesquelles suffisaient pour retenir ou exclure le diagnostic de déficit en hormone de croissance. Un examen clinique du recourant aurait été d'autant plus inutile que l'administration du traitement avait déjà débuté au moment où l'expert s'est prononcé. L'expert a encore longuement expliqué les raisons pour lesquelles il était recommandé de procéder à deux tests de stimulation,

- 15 - surtout chez les enfants présentant un retard constitutionnel de croissance et de puberté pour lesquels un déficit en hormone de croissance était soupçonné. Il a indiqué que, selon le consensus international, des valeurs inférieures à 8 mcg/L dans deux tests indépendants soutiennent le diagnostic. Deux tests différents sont nécessaires pour poser le diagnostic, au vu du nombre d'enfants en bonne santé à la croissance normale avec des résultats inférieurs aux seuils. S'il est possible de réaliser des tests le même jour, la plupart des centres proposent d'effectuer les tests à des moments différents. L'expert a précisé que

les valeurs d'hormone de croissance mesurées lors des tests doivent toujours être évaluées en tenant compte des méthodes de test et de laboratoire utilisées, ainsi que des autres paramètres cliniques et biochimiques. Se référant à une publication médicale, l'expert a ajouté que, dans le cas des enfants présentant un retard constitutionnel de croissance et de puberté, comme l'assuré, la diminution normale de la vitesse de croissance prépubertaire est prolongée, ce qui peut conduire à une vitesse de croissance inférieure à 3 cm/année. Ce phénomène s'accompagne d'une réduction de la réponse de l'hormone de croissance à des stimuli provocateurs, comme cela était constaté chez l'assuré. Les recommandations dans ce cas sont d'administrer des stéroïdes sexuels (priming) avant un test provocateur de l'hormone de croissance chez les garçons prépubères de plus de 11 ans, afin d'éviter un traitement inutile par l'hormone de croissance chez ces enfants. L'administration des stéroïdes améliore la spécificité du diagnostic. Or, dans le cas présent, le test de stimulation avait été réalisé le même jour, ce qui n'était pas le plus indiqué au vu de l'ensemble des éléments, et sans qu'un traitement par stéroïde sexuel ne soit administré au préalable. L'expert a ainsi conclu que l'assuré présentait une croissance dans les normes ( $>-2DS$ ) mais en dessous de la cible parentale, avec un retard de la maturation osseuse avec prédiction de taille dans le bas de la cible, avec des paramètres biochimiques (facteurs de croissance) dans les normes et une IRM hypothalamo-hypophysaire normale. Cela parlait pour un retard de croissance constitutionnel. Selon l'expert, les examens effectués en raison d'une vitesse de croissance abaissée ne permettaient

- 16 - pas d'affirmer la présence d'un déficit en hormone de croissance avec certitude, ni de l'écarter. La réponse au traitement, telle que démontrée par les courbes, ne constituait pas non plus un élément en faveur du diagnostic. L'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_ repose sur une anamnèse complète, sur l'ensemble des éléments au dossier, y compris les résultats d'analyses, et expose des conclusions claires et détaillées. Elle explique également les raisons pour lesquelles les examens effectués par le Dr H. \_\_\_\_\_ sont insuffisants pour retenir le diagnostic de déficit en hormone de croissance et la procédure qu'il aurait fallu suivre pour confirmer ou infirmer ce diagnostic compte tenu des spécificités de l'assuré. Elle remplit dès lors toutes les conditions pour se voir conférer une pleine valeur probante.

c) Les rapports du Dr H. \_\_\_\_\_ ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le Dr H. \_\_\_\_\_ n'explique pas ce qui aurait été omis par l'expert ou en quoi l'expertise serait inexacte ou incomplète. Estimant lui-même que le test de stimulation réalisé le 28 octobre 2022 était un double test, il ne saurait désormais reprocher à l'OAI de se fonder sur un dossier incomplet en soutenant que le double test n'a pas été réalisé, sans désavouer sa propre position initiale. L'expert explique à cet égard en détail comment il aurait fallu procéder mais surtout la manière d'interpréter les résultats obtenus. Le Dr H. \_\_\_\_\_ se contente par ailleurs d'opposer sa propre appréciation à celle de l'expert, relevant sa longue expérience et sa qualité d'ancien chef du service d'endocrinologie, qui ne sont pas remises en question. On observera toutefois qu'alors que le Dr H. \_\_\_\_\_ retient un retard de croissance significatif avec une taille se situant à 1 cm en dessous du 3ème percentile (rapport du 6 avril 2022), celui-ci n'utilise pas les courbes de croissance recommandées et mises à disposition par la société suisse de pédiatrie, mais une courbe portant le logo de l'entreprise Nestlé. Les courbes de l'OMS ont remplacé en 2011 les courbes émanant des données de la première étude longitudinale zurichoise qui étaient imprimées par Nestlé (Christian Braegger, Oskar Jenni, Daniel Konrad et Luciano Molinari,

- 17 - Nouvelles courbes de croissance pour la Suisse, in Paediatrica, vol. 22, n° 1, 2011). Les courbes et les percentiles figurant sur le graphique imprimé par Nestlé sont plus élevés que sur le graphique de l’OMS utilisé par la société suisse de pédiatrie, de sorte que pour la même taille mesurée au même âge, le percentile est différent (cf. courbes adressées par les Dres T.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_). Aussi, selon les données rapportées par le Dr H.\_\_\_\_\_ sur ses courbes, l’assuré se situe en dessous du percentile 3, alors que selon les courbes des autres médecins et de l’expert, il se situe au percentile 10, voire au-dessus. La pertinence de l’appréciation du Dr H.\_\_\_\_\_ est remise en question pour cette raison également. On ajoutera que la Cour de céans n’est pas liée par la décision de l’assurance-maladie acceptant de prendre en charge les frais du traitement hormonal du recourant. d) En définitive, en l’absence de diagnostic de déficit en hormone de croissance confirmé, la preuve du déficit de croissance n’est pas apportée et le traitement ne peut être pris en charge par l’OAI à titre de mesure médicale au sens de l’art. 13 LAI. C’est à juste titre que l’OAI a refusé de prester.

## **E. 6**

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l’assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n’y a pas lieu d’allouer de dépens à la partie recourante, qui n’obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs,

- 18 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 6 juin 2024 par l’Office de l’assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr (six cents francs), sont mis à la charge de C.\_\_\_\_\_. IV. Il n’est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L’arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour C.\_\_\_\_\_), - Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurance sociales, par l’envoi de photocopies.

- 19 - 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.