

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mai 2012

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mme Di Ferro Demierre et M. Bonard, assesseur  
Greffier     :     M. Bohrer

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, agissant par sa mère M. \_\_\_\_\_, audit lieu,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 3 al. 2 LPGA ; 12 et 13 LAI ; 1 al. 1 et 2 OIC et 2 al. 2 OIC ; 27  
LAMal**

## **E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le 14 juillet 2000, a déposé le 10 avril 2007 par l'intermédiaire de sa mère, M.\_\_\_\_\_, une demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus invoquant une infirmité congénitale (malformations congénitales du larynx et de la trachée selon le chiffre 251 de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (ci-après : OIC)).

Le 3 janvier 2007, l'assuré a subi un scanner thoracique au service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre médical X.\_\_\_\_\_. Le passage ci-dessous ressort du rapport relatif à cet examen :

### **"Description**

Pas d'anomalie du coeur ou des gros vaisseaux. Pas d'épanchement pleural ou péricardique. Pas d'adénopathie. La trachée est de morphologie normale sur l'inspiration, par contre, sur la séquence en expiration, nette diminution du diamètre antéro-postérieur avec un aspect en demi-lune sur toute la hauteur de la trachée intra-thoracique jusqu'à la bifurcation. Les bronches souches ainsi que le reste de l'arbre bronchique sont sp en inspiration comme en expiration. Pas de bronchiectasie, hormis une minime bande d'atélectase dans le lobe moyen ainsi qu'à la base du lobe inférieur gauche. Pas d'infiltrat, pas de condensation. Pas de nodule. Cadre osseux sp.

Sur les quelques coupes passant par l'abdomen supérieur, pas d'anomalie.

### **Conclusions**

Trachéomalacie de la trachée s'étendant à la bifurcation bronchique sans extension dans les bronches souches ni dans le reste de l'arbre bronchique. Pas de bronchiectasie. Minime bande d'atélectase lobaire moyenne et lobaire inférieure gauche."

Le 13 février 2007, l'assuré a subi une fibroscopie à l'Unité de pneumologie pédiatrique du service de pédiatrie du Centre médical Y.\_\_\_\_\_. Le rapport suivant cet examen a la teneur suivante :

"Introduction du bronchoscope à travers la narine D, présence de vieux sang. Changement pour la narine G, passage aisé du cavum. Visualisation de la glotte avec collapse de la paroi pharyngée postérieure et accolement de l'épiglotte, bascule des replis aryépiglottiques dans l'espace sus-glottique. Passage aisé des cordes vocales, qui bougent de manière symétrique. Annaux trachéaux normaux. Collapse de la paroi trachéale postérieure non pulsatile avec diminution d'environ 50% de l'espace trachéal, maximale au tiers moyen. Pas de compression extrinsèque. Anatomie bronchique normale. Sécrétions collantes claires dans tout l'arbre bronchique, pas de bouchon. Lavage au lobe moyen avec NaCl 0.9% 25ml, retour 15ml. Liquide teinté en fin de lavage.

(...)

**Conclusion : Laryngomalacie  
Trachéomalacie  
Absence de malformation ou de compression  
extrinsèque"**

Dans un rapport médical du 16 mai 2007 établi par la Prof. R. \_\_\_\_\_ et la Dresse L. \_\_\_\_\_, médecins de l'Unité de Pneumologie pédiatrique de l'Hôpital Z. \_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de laryngomalacie congénitale et de trachéomalacie congénitale (J39.8X-003). Ces médecins ont également indiqué que l'assuré présentait une infirmité congénitale au sens du chiffre 251 de l'OIC et ont précisé que l'assuré présentait des épisodes de toux caverneuse depuis l'âge de 6 mois ainsi qu'une dyspnée à l'effort et avait ainsi besoin de physiothérapie quotidienne à hebdomadaire selon l'importance de l'encombrement bronchique, d'aérosols de Sérétide et d'antibiotiques selon ses besoins, la durée des traitement étant indéterminée puisqu'il s'agissait d'une malformation congénitale peu évolutive.

Dans un rapport médical du 21 juin 2007, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie et en pneumologie pédiatrique, a écrit notamment que l'assuré présentait une trachéomalacie d'origine congénitale.

Dans un avis médical du 29 mai 2008, le Dr T. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a écrit ce qui suit :

"L'enfant a présenté une laryngomalacie et une trachéomalacie ce qui ne peut pas être considéré comme une malformation au sens du 251."

Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a établi un projet de décision selon lequel les critères du chiffre 251 OIC n'étaient pas remplis.

Le 4 juillet 2008, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a écrit à l'attention de l'OAI que le diagnostic était clair et qu'il s'agissait d'une laryngo-trachéomalacie primaire. Il n'y avait pas d'autre diagnostic possible.

Le 30 juillet 2008, le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR a établi l'avis médical suivant :

"L'enfant susnommé a sans aucun doute une laryngotrachéomalacie primaire, idiopathique ; cependant le rapport de fibroscopie du 13.02.2007 fait aux Centre médical Y.\_\_\_\_\_, mentionne clairement l'absence de malformation ou de compression extrinsèque. Les conditions à l'octroi des mesures médicales sous 251 OIC ne sont donc pas remplies."

Par décision du 22 octobre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision en rejetant la demande de prestations.

Par courrier du 3 novembre 2008, la Prof. R.\_\_\_\_\_ et la Dresse Z.\_\_\_\_\_ ont écrit à l'OAI que la trachéomalacie primaire était en soi une malformation. Ces médecins se sont référées à l'examen pratiqué au Centre médical X.\_\_\_\_\_ le 3 janvier 2007 qui montrait certes l'absence de compression extrinsèque de la trachée mais qui montrait très clairement à l'expiration un aspect en demi-lune sur toute la hauteur de la trachée et jusqu'à la bifurcation des bronches et ont annexé un CD-ROM de données. Le passage ci-dessous ressort en outre de ce courrier :

"Cet élément en soi est malformatif et répond à la définition de la trachéomalacie primaire sans nécessité qu'il y ait une compression extrinsèque. Il s'agit d'un phénomène dynamique fonctionnel ; le diamètre de la trachée à l'expiration s'affaisse de 50% ou plus. Cela faisant, elle induit une perturbation du drainage bronchique et trachéal."

Par avis médical du 10 février 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR et spécialiste en pédiatrie et endocrinologie, a écrit ce qui suit :

"Le CD-rom n'est pas utilisable vu que nous n'avons pas les moyens de lire ce type de document.

La description donnée par la Dresse R. \_\_\_\_\_ du 03.11.2008 (indexée au 11.11.2008) nous apprend qu'en expiration la trachée a un aspect de demi-lune. Il ne s'agit en aucun cas d'une malformation au sens strict.

La conformation de la trachée est parfaitement normale, lorsqu'elle est molle, la trachée diminue de calibre. Il ne s'agit pas là d'une malformation au sens sémantique du terme. Le rapport précité signe bien qu'il s'agit d'un phénomène dynamique et fonctionnel. Dès lors, il ne s'agit pas d'une malformation au sens architectural du terme.

Dès lors, il n'est toujours pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 251."

Le 16 mars 2009, l'OAI a écrit ce qui suit à la Dresse Z. \_\_\_\_\_ :

"Nous nous référons à votre courrier du 3 novembre 2008, contestant notre décision du 22 octobre 2008.

Nous avons alors mandaté notre service médical régional.

Nous ne pouvons que vous demander de vous référer à notre décision du 22 octobre 2008.

La description donnée par la Dresse Barazone du 03.11.2008 (indexée au 11.11.2008) nous apprend qu'en expiration la trachée a un aspect de demi-lune. Il ne s'agit en aucun cas d'une malformation au sens strict.

La conformation de la trachée est parfaitement normale, lorsqu'elle est molle, la trachée diminue de calibre. Il ne s'agit pas là d'une malformation au sens sémantique du terme. Le rapport précité signe bien qu'il s'agit d'un phénomène dynamique et fonctionnel. Dès lors, il ne s'agit pas d'une malformation au sens architectural du terme.

Dès lors, il n'est toujours pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 251"

**B.** Par acte du 8 avril 2009, M. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision de l'OAI au nom et pour le compte de son fils, F. \_\_\_\_\_. Elle a produit une lettre du 6 avril 2009 de la Prof. R. \_\_\_\_\_ qui a la teneur suivante :

"Par la présente, j'aimerais contester la décision AI ainsi que la confirmation de son projet tout dernièrement. J'aimerais donc appuyer le recours des parents de cet enfant.

En effet, les arguments avancés par l'Office de l'assurance invalidité du canton de Vaud ne sont pas acceptables : on ne peut pas dire que la conformation de la trachée est parfaitement normale lorsqu'elle est molle. La trachée n'est pas normale vu qu'elle collabe lors de l'expiration. La trachée normalement ne doit pas collaber.

D'autre part, le terme employé : "il ne s'agit pas d'une malformation au sens sémantique, car ce n'est pas architectural" est également contestable car la trachée ne doit pas collaber à l'expiration et donc elle est architecturalement pas normale si ceci peut se voir au CT-scan et en bronchoscopie."

Par réponse du 25 juin 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours se référant aux avis SMR des 29 mai et 30 juillet 2008 ainsi qu'à celui du 10 février 2009 niant l'existence d'une infirmité congénitale chez le recourant au sens du chiffre 251 OIC.

Dans deux courriers des 29 juin 2010 et 27 juin 2011 adressés au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de trachéomalacie et d'asthme péri-infectieux.

Pour donner suite au courrier du 6 avril 2009 de la Prof R.\_\_\_\_\_, l'OAI a produit par courrier du 8 novembre 2011 un avis médical du SMR établi par le Dr Q.\_\_\_\_\_ le 4 octobre 2011. Cet avis a la teneur suivante :

"Contestation de la Prof. R.\_\_\_\_\_ du 06.04.2009 : il s'agit d'une contestation concernant le chiffre OIC 251.

Ce rapport signale l'élément suivant : "on ne peut pas dire que la conformation de la trachée est parfaitement normale lorsqu'elle est molle. La trachée n'est pas normale vu qu'elle collabe lors de l'expiration".

La définition de la trachéomalacie est, en termes simples, une trachée molle, qui se relâche au moment de l'expiration. Ceci produit un bruit inquiétant pour les parents. Il s'agit d'une caractéristique propre à tous les petits enfants, qui est plus marqué que la normale. Avec la maturation, ce phénomène disparaît.

Par analogie à un voilier, nous sommes dans une situation où la voile est normale, les haubans et le mât le sont également, mais il n'y a pas de vent, la voile s'affale plus que de normal.

D'autre part, l'OFAS, dans son courrier du 22.08.2011, signale l'élément suivant : "*cette maladie ne consiste donc pas une infirmité congénitale au sens de la loi et ne devrait pas être pris en charge par l'AI à ce titre*".

La liste des OIC est exhaustive et ne peut être en principe ni étendue ni interprétée. Ainsi, l'OFAS prend clairement position concernant la laryngotrachéomalacie : elle ne fait pas partie de la liste des OIC."

Dans sa lettre d'accompagnement du 8 novembre 2011, l'OAI a expliqué que, interrogé dans une affaire similaire, l'OFAS avait répondu que *"la laryngomalacie ne figure pas en tant que telle dans la liste des IC, car il ne s'agit pas d'une "malformation congénitale du larynx et de la trachée" (ch. 251 OIC) "originaire". D'un point de vue médical, on peut dire qu'il y a un manque de **calcium** dans le squelette du larynx (carence spécifique) et que, dans la majorité des cas (90 %), la guérison est spontanée. Cette maladie ne constitue donc pas une infirmité congénitale au sens de la loi et ne devrait pas être pris en charge par l'AI à ce titre."*

Par courrier du 21 novembre 2001 adressé à la Cour de céans, la mère de l'assuré a écrit notamment que son fils faisait du hockey mais restait limité par le souffle, qu'il ne pouvait pas courir de longue distance ni faire du vélo en montée.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2011, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a écrit la lettre suivante à l'attention de la Cour de céans :

"Je suis le pédiatre et pneumologue pédiatre qui a eu F.\_\_\_\_\_ comme référant en première ligne en raison de ses toux et infections pulmonaires à répétition, associées aux difficultés à l'effort.

Cette pathologie est présente très tôt puisque dès six mois il commence à présenter une toux très particulières (caverneuse), associé à des infections à répétition nécessitant le plus souvent des antibiotiques pour s'en sortir et, plus grand, pour éviter la mise sous antibiotiques, l'utilisation d'un percussionnaire qui permet de mieux évacuer les sécrétions au niveau trachéal.

Si le recours aux antibiotiques est nettement diminué actuellement sous ce traitement, F.\_\_\_\_\_ a toujours des difficultés à l'effort et parfois présente des spasmes à l'inspiration trop forte qui clairement le cloue sur place (en particulier dans son sport favori le hockey).

La bronchoscopie met clairement en évidence une trachée molle (mur antérieur) qui collabe à l'expiration normale et non pas à l'expiration forcée. Ce phénomène est d'ailleurs très bien visible sur le scanner qui avait été réalisé préalablement à la bronchoscopie, lors d'une expiration normale, la trachée se collabe plus que 50 % (définition internationale) pour cette pathologie.

Permettez-moi donc de réagir au courrier que la maman m'a fait transmettre en date du 17.11.2011 où l'on parle d'une laryngomalacie (troisième paragraphe) plutôt que d'une trachéomalacie ce qui n'est pas le même endroit de l'arbre bronchique. La trachéomalacie primaire (et non secondaire) est effectivement une mollesse de la trachée liée à une diminution de la structure fibrocalcique du mur antérieur de la trachée, la guérison n'est malheureusement pas si évidente que cela avec l'âge et F.\_\_\_\_\_, qui a actuellement 11 ans, est encore bien gêné par cette problématique.

Je suis consciente que chacun peut interpréter à sa manière les éléments, en particulier lorsque la définition de base de trachéomalacie n'a pas été clairement définie dans votre catalogue OIC.

Clairement, nous ne pouvons ni interpréter, ni étendre les OIC ce qui n'est pas notre rôle.

Par contre, en tant que professionnel, nous nous appuyons sur les faits, constatations cliniques évolution ainsi qu'aux examens complémentaires irréfutables pour signaler que dans le cas de F.\_\_\_\_\_ la trachéomalacie qu'il présente n'est pas une pathologie transitoire de la petite enfance."

Le 24 février 2012, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a établi un nouvel avis médical dans lequel on peut lire notamment ce qui suit :

**"Impression :**

Les documents cités en marge [i.e. les courriers du 27 juin 2011 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, du 21 novembre 2011 de la maman de l'assuré et du 1<sup>er</sup> décembre 2011 de la Dresse Z.\_\_\_\_\_] décrivent un asthme sévère qui exige un traitement relativement lourd. Cette maladie, acquise, est une atteinte de la partie distale de l'arbre bronchique et n'est en aucun cas la conséquence d'une éventuelle trachéomalacie.

L'asthme est une maladie acquise qui touche les petites bronches, ramifications distales de l'arbre bronchique. Dans le cas d'espèce, l'analyse de la fonction du poumon, réalisé par la Dresse Z.\_\_\_\_\_ en atteste. La difficulté de vidange du poumon est attestée par le peak-flow et certains index de la spirométrie.

Le traitement de Ventolin®/Axotide® vise à augmenter le calibre des bronches, afin de permettre une meilleure vidange de l'air. Le percussaire permet de mobiliser les sécrétions qui obstruent les bronches.

Lien entre asthme et trachéomalacie : la situation décrite n'est absolument pas la conséquence d'une atteinte de la trachée, la description d'affaissement partiel de cette trachée molle, visualisée lors du CT-scan en 2008, est la conséquence de la mécanique

respiratoire qui se met en place à l'occasion d'un asthme. D'ailleurs, la Dresse Barrazone parle bien d'un élément dynamique.

L'OFAS considère que la trachéomalacie n'est pas une malformation. Même si la question reste ouverte, la trachéomalacie ne justifie pas les mesures médicales demandées. En effet, le traitement médicamenteux et le percussioneur sont le traitement habituel d'une maladie acquise qu'est l'asthme.

### **Trachéomalacie :**

Dans le rapport précité, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ signale que la trachée molle est une infirmité congénitale au motif qu'elle n'est pas transitoire et toujours présente chez cet enfant. C'est allé un peu vite en besogne, elle ne donne aucune explication justifiant l'affaissement normal de cette trachée à l'expiration. Comme décrit auparavant, il s'agit-là de la conséquence d'une modification du régime respiratoire, qui est expliqué totalement par la physiopathologie de l'asthme.

Ainsi, l'affaissement de cette trachée est lié à des pressions pulmonaires excessives générées par un asthme chronique. La trachée n'est pas assez forte pour lutter contre l'augmentation des pressions pulmonaires et la trachée se déforme. On comprend que l'association entre trachée molle et un asthme sévère conduit à cette description. Ainsi donc, cette description en est que la stricte conséquence d'une maladie acquise (asthme sévère).

On notera également que la Dresse Z. \_\_\_\_\_ ne conteste pas la définition apportée par l'OFAS et le SMR.

### **Conclusion :**

Le tableau clinique présenté par cet assuré est la conséquence d'une maladie acquise chez un patient présentant une trachée molle.

Il n'y a aucun élément nouveau qui permet de qualifier de congénital ce tableau clinique et cette trachéomalacie.

En conclusion, il convient de maintenir le refus sous 13 LAI OIC 251. Dans le cas contraire, cela reviendrait à traiter un asthme sous 13 LAI."

## **E n d r o i t :**

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que cette loi n'y déroge expressément.

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**c)** A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la Cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA ; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la Cour de céans composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), compte tenu de la nécessité de connaissances scientifiques (37 al. 1 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007, RSV 173.31.1]).

**2.** La contestation porte sur la question de savoir si le recourant dispose d'un droit à des mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI.

**3. a)** Selon 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 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'article 13 alinéa 2, 1<sup>ère</sup> phrase, LAI, le Conseil fédéral a arrêté l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, RS 831.232.21). Au terme de 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 OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, OIC) à savoir notamment le chiffre 251, soit les malformations congénitales du larynx et de la trachée.

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. Le traitement de l'affection en tant que telle est prévu par l'art. 13 LAI. 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. Celle-ci délimite 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 OIC ; cf. également 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).

Dans le cadre de l'art. 13 LAI, tout comme dans celui de l'art. 12 LAI, l'invalidité est réputée survenue au moment où l'infirmité rend objectivement nécessaire pour la première fois un traitement médical ou un contrôle 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). Dans le cas des infirmités congénitales, 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).

**b)** 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 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), qu'à titre subsidiaire, c'est-à-dire 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, 1<sup>ère</sup> phrase, 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 ; RCC 1963 p. 354 ; ch. 7 CMRM [Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'OFAS]).

Si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1, 3<sup>ème</sup> phrase, 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 ; ch. 4 CMRM en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010). 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, 495, 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).

**d)** 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 (ch. 18 CMRM). 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 ; TF 9C\_866/2008 du 8 juillet 2009 consid. 2.2 et 2.3 ; cf. Valterio, op. cit. n° 1551 p. 419 s.). 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).

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 (cf. art. 2 al. 2 OIC et ATF 120 V 89 précité).

**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, 137 IV 180 consid. 3.4 et 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 de 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, 127 V 61 consid. 3a, 126 V 68 consid. 4b, 126 V 427 consid. 5a et les références citées).

En l'occurrence, il convient d'emblée de préciser que la CMRM ne prévoit rien de particulier s'agissant du chiffre 251 OIC.

**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, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

**6. a)** En l'espèce, il ressort du dossier, en particulier du rapport du 16 mai 2007 établi par la Prof. R. \_\_\_\_\_ et la Dresse L. \_\_\_\_\_ que le diagnostic de trachéomalacie primaire a été posé après des examens complets pratiqués à l'Unité de pneumologie de l'Hôpital Z. \_\_\_\_\_. Ce diagnostic a été confirmé par la Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie et en pneumologie pédiatrique dans son rapport du 21 juin 2007. La Cour de céans considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de ce diagnostic émanant de manière concordante de plusieurs spécialistes et cela d'autant plus que dans son avis du 10 février 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ explique que le CD-ROM communiqué par les médecins de l'enfant n'est pas utilisable car le SMR n'a pas les moyens de lire ce type de document. La Cour de céans relève également que le diagnostic de trachéomalacie est doublé d'un diagnostic de laryngomalacie. Ces diagnostics ne sont pas contestés par le SMR puisque dans l'avis médical du 30 juillet 2008, le Dr T. \_\_\_\_\_ écrit que l'enfant souffre "sans aucun doute d'une laryngotrachéomalacie primaire idiopathique" tout en concluant à l'absence de malformation.

Sur ce point précis, la Cour de céans constate que tous les rapports établis par les spécialistes ayant examiné l'enfant sont clairs, cohérents et constants de même qu'ils concluent tous à une malformation de la trachée. Or, on rappellera que l'OIC, à son chiffre 251, concerne les malformations congénitales du larynx et de la trachée et que dans le cadre de la CIM-10, la trachéomalacie figure dans le chapitre "Malformations congénitales de la trachée et des bronches". Dans ces conditions, de l'avis de la Cour de céans, il paraît difficile d'admettre qu'une trachéomalacie n'est pas une malformation de la trachée puisque c'est précisément la définition donnée par la CIM-10. Par surabondance, on relèvera que le recourant souffre des conséquences de cette malformation depuis l'âge de 6 mois au moins.

Quant à l'avis de l'OFAS dont l'OAI se prévaut en particulier dans son courrier du 8 novembre 2001, la Cour de céans considère que l'on ne peut en tirer aucune conclusion car il semble que cet avis concerne uniquement une laryngomalacie (ce que la Dresse Z. \_\_\_\_\_ relève dans

sa lettre du 1<sup>er</sup> décembre 2011 à l'attention de la Cour de céans) dans un contexte et un cas d'espèce dont on ignore tout.

**b)** Dans son avis du 24 février 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_ fait remarquer que le courrier du 27 juin 2011 de la Dresse Z. \_\_\_\_\_, celui de la maman du recourant du 21 novembre 2011 et celui de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2011 décrivent un asthme sévère qui exige un traitement relativement lourd. Selon ce médecin, l'asthme est une maladie acquise qui est une atteinte à la partie distale de l'arbre bronchique et n'est en aucun cas la conséquence d'une éventuelle trachéomalacie. Il mentionne la difficulté de vidange du poumon. Il explique que le percussioneur permet de mobiliser les sécrétions qui obstruent les bronches, que la situation décrite n'est absolument pas la conséquence d'une atteinte de la trachée mais que la description d'affaissement partiel de cette trachée molle est la conséquence de la mécanique respiratoire qui se met en place à l'occasion d'un asthme. Le traitement médicamenteux et le percussioneur sont le traitement habituel d'une maladie acquise qu'est l'asthme.

Toutefois, la Cour de céans relève que dans son courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2011, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ explique que le percussioneur permet de mieux évacuer les sécrétions au niveau trachéal. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ paraît ainsi remettre en cause le diagnostic de trachéomalacie primaire qui avait pourtant aussi été posé par son confrère du SMR, le Dr T. \_\_\_\_\_, dans son avis du 30 mai 2008, pour qui le recourant présente "sans aucun doute une laryngotrachéomalacie primaire idiopathique".

En définitive, la Cour de céans constate que l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ s'avère isolé et est contredit par tous les autres avis figurant au dossier. Or on rappellera que ces avis ont été établis suite à des examens complets de l'enfant notamment CT-scan et fibroscopie, ce qui amène la Cour de céans à les considérer comme probants et à écarter l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_ dans le cas présent, avis qui par surcroît ne repose pas sur une étude complète du dossier, puisque le CD-ROM de données remis par la Prof. R. \_\_\_\_\_ et la Dresse Z. \_\_\_\_\_ n'a pas pu être lu par le SMR.

**7. a)** Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente (ATF 129 V 209 consid. 3.3, 100 V consid. 1a ; TFA I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et les références citées ; TFA I 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1). Pour cela, il doit exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate. Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable. Si ce résultat est strictement démontré, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale. Les conséquences indirectes de l'affection de base peuvent également être dans un rapport de causalité adéquate avec celle-ci (TFA I 283/04 du 15 avril 2005 consid. 3.2 et la référence citée). Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate.

Dans tous les cas, la reconnaissance du lien de causalité doit être soumise à une appréciation restrictive si l'on considère qu'au sens de l'art 13 LAI, le droit de l'assuré est limité au traitement de l'infirmité congénitale en tant que telle. L'AI ne saurait ainsi prendre en charge traitement qui n'est pas en rapport de causalité adéquate avec l'infirmité congénitale au motif, par exemple, qu'il pourrait contribuer à améliorer les perspectives de gain futures de l'assuré. Par ailleurs, la question de la prise en charge par l'assurance-invalidité des effets secondaires d'une infirmité congénitale pour laquelle le Conseil fédéral a lui-même restreint l'étendue des prestations se pose exclusivement dans les limites temporelles qu'il a fixées. Ainsi, par exemple les atteintes secondaires

d'infirmités congénitales mentionnées au chiffre 395 de l'Annexe à l'OIC n'ouvrent droit aux prestations que jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de la vie.

**b)** En l'occurrence, à la lecture des avis et rapports des médecins ayant examiné le recourant, notamment l'avis conjoint écrit le 3 novembre 2008 par la Prof. R.\_\_\_\_\_ et la Dresse Z.\_\_\_\_\_ dans lequel elles indiquent que la trachéomalacie entraîne une perturbation du drainage bronchique et trachéal, la Cour de céans arrive à la conclusion que l'asthme dont souffre le recourant est dû à la malformation congénitale de la trachée. Dans cette perspective, contrairement à ce qu'affirme le Dr Q.\_\_\_\_\_ dans son avis du 24 février 2012, on ne peut pas dire qu'admettre le recours reviendrait à traiter un asthme sous l'article 13 LAI. En effet, le présent cas ne permet pas de généraliser et d'affirmer que tout asthme tomberait sous le coup de l'OIC. Il permet cependant de dire que dans un cas spécifique, comme en l'espèce, un asthme, conséquence et effet secondaire d'une infirmité congénitale selon l'OIC, peut donner lieu à des mesures médicales selon l'art. 13 LAI.

**7. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives au traitement de la trachéomalacie est reconnu au recourant.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause n'a toutefois pas le droit à des dépens, celui-ci ayant agi sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD a contrario).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 16 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit à la prise en charge des mesures médicales relatives au traitement de la trachéomalacie est reconnu au recourant.
  
- III. Les frais judiciaires par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. \_\_\_\_\_ (pour F. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :