

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

T._____, à [...], agissant par sa mère **A.**_____, recourant, représenté par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 13 LAI ; 1, 2 et chiffre 210 OIC

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'enfant, l'assuré ou le recourant), né le [...] 2005, représenté par sa mère, a déposé une demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus le 27 mai 2005. Il était indiqué s'agissant du genre de l'atteinte « Affection néonatale ».

Dans un rapport médical du 30 juin 2005, consécutif à un séjour de l'enfant du 24 mars 2005 au 27 avril 2005, le Professeur P._____, associé de la division de néonatalogie du CHUV, a posé les diagnostics de syndrome de détresse respiratoire (SDR) sur pneumopathie infectieuse, d'incompatibilité Rhésus, d'hypocalcémie néonatale transitoire et de kyste sous-épendymaire post-hémorragique droit. Il indiquait que l'enfant remplissait les chiffres OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21) 497, 495. La discussion et l'évolution du cas de l'assuré étaient décrites comme il suit :

“Discussion et évolution

Durant son séjour en Néonatalogie, T._____ a présenté les problèmes suivants:

- Prématuré de 33 semaines 4/7, PN 2640 g : En raison du syndrome de détresse respiratoire présent d'emblée à la naissance, l'enfant est maintenu initialement à jeun avec introduction d'une perfusion de Glucose 12.5% et Vamine 7%. L'alimentation entérale est débutée à J2 avec une bonne tolérance. Les apports entéraux sont progressivement augmentés, sans difficulté. La perfusion est définitivement arrêtée le 31.3. Le poids minimal est de 2370 g à J5. Le poids de naissance est repris à J15. A sa sortie, l'enfant est alimenté par lait maternel à la demande.
- SDR sur probable pneumopathie infectieuse : D'emblée à la naissance, apparition d'un SDR avec besoins d'oxygène croissants dans les premières heures de vie jusqu'à 80 %, nécessitant intubation de l'enfant à 7h de vie. Il bénéficie d'une dose de surfactant avec bonne réponse clinique, permettant ainsi de diminuer les besoins d'oxygène. T._____ est extubé à J5 avec mise sous CPAP sous air ambiant. L'évolution clinique est dès lors favorable. La CPAP peut être sevrée le 2.4. L'enfant reste eupnéique sous air par la suite. L'évolution clinique et radiologique suggère le diagnostic de pneumopathie infectieuse avec probable consommation secondaire de surfactant. A signaler la présence d'un souffle cardiaque dès J6. L'échocardiographie révèle un coeur anatomiquement et fonctionnellement normal, avec la persistance

d'un petit foramen ovale perméable avec shunt G-D. T. _____ présente des épisodes de bradycardies non stimulées diminuant progressivement jusqu'à disparition dès le 21.4.05.

- Incompatibilité Rhésus, Iso-immunisation ABO, Anémie hémolytique : A la naissance, l'enfant présente une hyperbilirubinémie indirecte précoce sur incompatibilité ABO et Rhésus avec Coombs positif (1/64) et présence d'anti-D et anti-B. En présence d'une anémie hémolytique avec une Hb à 137 g/l, l'enfant reçoit une transfusion de sang et bénéficie d'une dose d'immunoglobulines à J1. La photothérapie est introduite de J2 à J9. Les contrôles de bilirubinémie ultérieurs sont dans les normes.
- Probable pneumonie néonatale sans germe isolé : Dans le cadre du SDR important et de la prématurité, l'enfant est mis d'emblée sous antibiothérapie de Clamoxyl et Garamycine. L'antibiothérapie est modifiée à J2 pour du Fortam et de la Vancomycine en raison d'un Staphylocoque coagulase négative retrouvé dans les hémocultures prélevées à J1. Le bilan infectieux (deux hémocultures, sécrétions endotrachéales) reste par la suite stérile. L'antibiothérapie est poursuivie pour une durée de 7 jours. L'infection est mise sur le compte d'une pneumopathie, confirmée par les images radiologiques et l'évolution clinique.
- Hypocalcémie néonatale : Une hypocalcémie à 1.07 mmol/l nécessite une substitution par Gluconate de calcium de J3 à J4.

Status à la sortie :

Poids: 3010 g (P10-50), Taille: 51 cm (P10-50), PC: 34.5 cm (P10-50).

Système respiratoire : eupnéique, ampliation symétrique, auscultation symétrique, pas de râle ausculté.

Système cardiovasculaire : pouls fémoraux normaux et symétriques, B1 et B2 bien frappés, pas de souffle.

Système digestif : abdomen à niveau, souple, sans masse palpable, foie de consistance normale à 1 cm du RC, rate non palpable, bruits intestinaux présents et sp.

Système urogénital : OGE sp, vessie sp.

Système nerveux : fontanelle antérieure normale, réflexes ostéo—tendineux vifs et symétriques, réflexes archaïques sp, comportement normal, cri normal, tonus normal.

Système ostéo-articulaire : Ortolani normal. Pas de déformation ni de fracture.

Le reste du status est dans les normes."

Par décision du 21 avril 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale n° 497, du 24 mars 2005 jusqu'à la fin du traitement intensif, soit au plus tard jusqu'au 27 avril 2005.

B. Le 21 mars 2012, la mère de T._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour mineurs, en indiquant s'agissant du genre de l'atteinte « Problèmes dentaires et douleurs » depuis la naissance.

A teneur d'un rapport d'examen médico-dentaire des 4 et 5 juin 2012, le Dr B._____, médecin-dentiste et spécialiste en orthodontie, a posé le diagnostic de prognathie mandibulaire héréditaire (« classe 3 squelettique + hypodéveloppement maxillaire ») en indiquant que l'enfant remplissait ainsi le chiffre 210 OIC. Il ressortait d'une téléradiographie réalisée le 27 janvier 2012, une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de -1° combiné à un angle maxillobasal de 24° . Ce dentiste mentionnait le Dr Q._____ à [...] en tant que spécialiste en orthopédie dentaire-faciale SSO au choix de l'assuré et chargé pour l'AI de poursuivre l'instruction de la demande.

Dans un rapport médical du 30 octobre 2012, le Dr Q._____ a formulé les remarques suivantes sur l'état de santé de l'enfant :

“6. Remarques

Les conditions du chiffre 210 OIC sont parfaitement claires voir le fascicule « information à l'usage des médecins-dentiste[s] concernant l'assurance-invalidité fédérale (AI) » sous chiffre II cf. chiffre 210 OIC.

Dans le cas de la prognathie inférieure congénitale (chiffre 210 OIC), l'appréciation céphalométrique ne peut être établie qu'après l'apparition des incisives définitives. Pour ce cas, il faut attendre l'éruption des incisives supérieures « 12 à 22 » et inférieures « 42 » et « 32 ».

Actuellement seules les dents de lait « 52 à 62 » sont présentes ainsi que les « 82 » et « 72 ». Par ailleurs, il faudra, en temps opportun, réaliser 2 téléradiographies de profil : 1x en intercuspitation maximale et 1x en relation centrée, toujours dans le respect des conditions du chiffre 210 OIC.”

Par projet de décision du 13 novembre 2012, l'OAI a fait part de son intention de rejeter la demande de prestations quant à la prise en charge d'un traitement dentaire de l'assuré au vu de la situation médicale de ce dernier.

Dans ses objections formulées le 30 novembre 2012 sur le projet de refus de prestations précité, la mère de l'assuré a informé l'Office AI qu'un dossier complémentaire lui parviendrait en début d'année 2013.

Le 26 mars 2013, l'assuré agissant par sa mère et dès lors représenté par Me Séverine Berger, a produit les deux pièces médicales suivantes :

- un rapport du 21 février 2013 du Dr V. _____, médecin-dentiste SVMDSO, adressé à son conseil et dont la teneur était la suivante :

“Je suis T. _____ pour ses contrôles depuis 2010. Le manque de place ainsi que la Cl. III squelettique a été détectée très rapidement. On remarquait aussi une scoliose très marquée avec une tendance pour T. _____ à avoir le dos rond. Les deux incisives définitives (11 et 21) semblaient coincées par l'étroitesse du maxillaire supérieur et ne faisaient pas leur éruption normale, les dents de lait ne bougeaient même pas. J'ai dès lors conseillé à Mme A. _____ de consulter un orthodontiste pour une prise en charge rapide en vue d'un traitement interceptif qui constitue à élargir le palais. On a extrait ses deux incisives centrales (51 et 61) le 11.05.2012 car le patient se plaignait de douleurs dans cette région ainsi que des maux de têtes.

Aujourd'hui j'ai revu T. _____ : ses douleurs ont disparu, l'incisive 11 commence son éruption et il se tient beaucoup plus droit, la scoliose de la colonne est beaucoup moins marquée !

Donc l'évolution a été favorable pour T. _____ depuis le début de ce traitement orthodontique.”

- un « Status résumé » du 17 mars 2013 établi par le Dr B. _____ et dont il ressort ce qui suit :

“Il était fortement déconseillé d'attendre la sortie des incisives définitives pour satisfaire aux critères de l'A.I. car nous sommes en présence d'une croissance en classe 3 squelettique due à une forte composante d'insuffisance tridimensionnelle de croissance du maxillaire, avec hypo développement des chambres sinusales (étoile jaune sur la radio de profil) associée à une macrodontie relative (les molaires de 6 ans n'arrivent pas non plus à sortir même en rongant les racines distales de 55 et 65 = étoiles vertes sur la radio panoramique).

A noter la nette composante posturale négative avec rotation de la 1^{ère} cervicale (flèches jaunes) et l'effacement de la lordose cervicale (flèches bleues).

Il est donc facile de comprendre les fortes douleurs provoquées par la compression des germes dans un maxillaire trop petit et de voir

aussi que de toute façon l'évolution des incisives supérieures (flèche rouge sur la radio de profil) se fera en articulé inversé par rapport aux incisives inférieures (flèche bleue).

La cessation des douleurs et l'évolution actuelle de la 11 (incisive supérieure droite) en bout à bout, grâce au grain volumétrique de la base osseuse maxillaire apporté par la disjonction de la suture médio palatine, prouvent d'ailleurs le bien-fondé de cette intervention précoce."

L'assuré estimait sur la base de ces explications complémentaires que si ses dents définitives n'étaient pas encore sorties, cela l'était précisément en raison de l'infirmité congénitale dont il souffrait. La méthode décrite au chiffre 210 de l'annexe à l'OIC pour juger de la gravité d'une prognathie ne saurait lui être appliquée, dès lors qu'il se trouverait ainsi devant une preuve impossible à amener selon dite méthode. Or son cas était manifestement grave puisque la prognathie empêche ses incisives de sortir. Il en résulterait ainsi une inégalité de traitement avec le cas de l'assuré dont les incisives définitives sortent, malgré sa pathologie et qui peut bénéficier de prestations de l'AI alors que tel n'est pas le cas de celui dont la maladie empêche la sortie des incisives. L'assuré a avancé pour terminer que le projet de décision irait à l'encontre des buts de la prise en charge des infirmités congénitales par l'AI, à 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. L'interprétation et l'application strictes de l'annexe à l'OIC aboutirait à retarder le traitement jusqu'à la sortie des incisives définitives et reviendrait à faire endurer des souffrances inutiles ainsi qu'à opter pour un traitement plus risqué et plus cher. Dans ces circonstances, l'assuré estimait que la prise en charge (depuis son début) du traitement orthodontique préconisé par le Dr B. _____ afin de remédier à sa prognathie incombait à l'OAI.

Par décision du 13 août 2013, l'Office AI a confirmé son refus de servir ses prestations en lien avec le traitement dentaire précoce entrepris par l'assuré. Ses constatations étaient les suivantes :

"[...]"

Vous faites valoir les arguments suivants, auxquels nous répondons comme suit:

1. Nous ferions, à tort, une interprétation littérale du chi. 210 OIC:

Selon la jurisprudence, (voir notamment ATF 2C_728/2011 du 23 décembre 2011), lorsqu'un texte est clair, comme c'est le cas du chi. 210 OIC, il n'y a pas de place pour l'interprétation. Rechercher les buts et principes de la LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] ne fait donc pas sens ici.

2. Si le critère de gravité exigé par le chi. 210 OIC venait à être atteint, nous devrions prendre en charge le traitement dès son début.

Suite à l'arrêt auquel vous faites référence (ATF 120 V 89), l'OIC a été modifiée pour devenir d'une clarté limpide. Ainsi, le chapeau du chapitre IV. Face, dit: « Lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'un examen céphalométrique (chi. 208, 209 et 210), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions céphalométriques sont remplies. ». Il s'agit clairement d'un critère temporel: la prise en charge débute le jour où les critères céphalométriques sont remplis, et pas avant. Il s'ensuit que l'assuré a une année depuis ce moment-là pour déposer sa demande, afin de ne pas perdre des prestations.

Dès lors, nous rendons une décision conforme à notre projet du 13 novembre 2012:

Selon le rapport du Dr B._____, T._____ présente une atteinte du maxillaire classe III squelettique; le médecin annonce le chiffre 210 OIC.

Les assurés âgés de moins de 20 ans ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)). Ces affections sont mentionnées de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance y relative (OIC).

Le chiffre 210 annexe OIC permet la prise en charge du traitement de la prognathie inférieure congénitale.

- Lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANS d'au moins -1 et qu'au moins deux paires antagonistes de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout ou
- Lorsqu'il existe une divergence de + 1° combinée à un angle maxillobasal de 37° et plus, ou de 15° et moins.

- Selon le dossier médical, le recensement des dents montre que les incisives définitives « 12 à 22 » et « 42 » et « 32 » n'ont pas encore fait éruption.
- Dès lors, l'appréciation céphalométrique, telle que définie par le chiffre 210 OIC précité, ne peut être faite, si bien que la preuve de

l'existence du degré de gravité exigé par l'OIC ne peut être apportée.

- Une intervention financière de notre assurance est exclue dans la situation actuelle.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée dans la situation actuelle.

Lorsque toutes les incisives définitives auront fait éruption, si le médecin- dentiste constatait à ce moment-là que la situation de T._____ satisfait aux exigences légales, nous serions prêts à réexaminer le dossier de T._____ sur demande écrite des parents accompagnée d'une attestation du médecin-dentiste."

C. Par acte du 17 septembre 2013, T._____, agissant par sa mère A._____ et représenté par Me Séverine Berger, a recouru contre la décision de refus de prise en charge du traitement dentaire en question. Il a conclu principalement, à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la prise en charge par l'intimé de sa demande de mesures médicales sur le plan orthodontique et, subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier à l'Office AI pour nouvelle décision. Produisant une téléradiographie de profil réalisée le 26 août 2013 par le Dr B._____, ainsi qu'une comparaison entre les deux téléradiographies effectuées par ce médecin, le recourant observait que le traitement litigieux, appelé traitement interceptif et consistant à corriger une erreur de direction de la croissance squelettique, avait permis une reprise de la croissance normale de toute la partie maxillo nasale (une différence de volume sinusal étant visible entre les deux clichés). Reprenant les critiques de ses précédentes objections du 26 mars 2013, il répétait que si ses incisives n'étaient pas encore sorties au début 2012 (alors qu'il était âgé de 7 ans), cela l'était précisément en raison de son infirmité congénitale, à savoir la prognathie. Il relevait qu'au moment où les mesures prescrites par le chiffre 210 OIC seraient possibles, soit une fois toutes ses incisives définitives apparues, sa prognathie aurait déjà été corrigée compte tenu du suivi du traitement interceptif permettant d'y remédier. Le recourant se disait ainsi dans la situation de devoir rapporter des preuves impossibles à fournir pour l'obtention de la reconnaissance de son infirmité ainsi que la prise en charge du traitement y relatif. Il relevait par ailleurs que la décision litigieuse s'inscrivait en opposition avec le but même de la prise en charge des infirmités congénitales par l'AI en ce sens

qu'entreprendre un traitement interceptif était en effet bien moins lourd et moins onéreux que d'attendre la fin de la croissance et de devoir refaire tout le palais à ce moment-là. Il notait à cet égard l'inexistence de contre-indication s'agissant du traitement anticipé d'une prognathie, sans attendre l'éruption des incisives. Une telle intervention précoce permettait enfin et surtout d'éviter à l'enfant de subir des souffrances importantes durant une longue période. Le recourant répétait que l'interprétation de l'OAI conduirait à une violation du principe de l'égalité de traitement entre l'assuré dont les incisives définitives sortent nonobstant sa pathologie et celui qui, en raison de sa maladie, ne verrait pas ses incisives définitives sortir dans un délai raisonnable, lequel serait privé des prestations de l'assurance en devant attendre que ses incisives sortent pour éventuellement pouvoir en bénéficier. Partant à suivre le recourant, l'Office AI ne saurait faire une application schématique du chiffre 210 OIC en exigeant de sa part la preuve de la gravité de son affection congénitale sur la base d'une appréciation céphalométrique. Le recourant faisait par ailleurs référence à un arrêt du 8 juillet 2013 du Tribunal fédéral (TF 9C_105/2013) relatif au cas d'une contestation sur la prise en charge d'un traitement médicamenteux (Ritaline®) en raison d'une affection congénitale classée sous le chiffre 404 OIC. Il en déduisait que sur la base des radiographies et en l'absence de traitement entrepris, ses incisives définitives auraient satisfait aux critères du chiffre 210 OIC. A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert l'audition de son dentiste traitant (Dr V._____) ainsi que celle de l'orthodontiste ayant procédé au traitement interceptif (Dr B.____). Il sollicite d'autre part, la mise en œuvre d'une expertise médicale portant sur la question des avantages et des inconvénients d'un traitement interceptif ainsi que d'un traitement chirurgical avec comparaison de la facilité, de l'efficacité, des risques, du coût et des douleurs ainsi que portant sur la gravité de son infirmité congénitale.

Dans un courrier du 26 septembre 2013 adressé à l'OAI, le Dr Q._____ a informé celui-ci du fait que l'assuré s'était présenté à son cabinet en date du 12 septembre 2013 pour une analyse de la téléradiographie réalisée précédemment par le Dr B._____ ainsi que

pour une consultation. Selon le Dr Q._____, l'analyse de ladite téléradiographie démontrait jusqu'alors des valeurs insuffisantes pour l'octroi de prestations, soit un angle ANB de 1,5° avec un angle maxillobasal de 27°.

Au terme de sa réponse du 2 décembre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision litigieuse. Il s'est déterminé comme il suit sur les arguments avancés par le recourant à l'appui de son écriture du 17 septembre 2013 :

"[...]

1. Le chi. 210 OIC n'est pas sujet à interprétation

La prognathie colloquée au chi. 210 OIC est une infirmité congénitale avec degré de gravité selon l'art. 2 al. 2 OIC, article qui distingue les infirmités qui se présentent aussi bien sous une forme légère que grave en n'admettant la prise en charge que de la forme grave. Ainsi, l'art. 2 al. 2 dispose que «lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe est nécessaire, le droit prend naissance au début de l'application de cette mesure». Suite à l'ATF 120 V 89, l'entête du chapitre IV «Face» a été modifiée pour devenir très claire: « lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'un examen céphalométrique (chi 208, 209 et 210), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions céphalométriques sont remplies». S'il faut attendre une mesure céphalométrique après l'apparition des incisives c'est que, selon la SSO [Société suisse des médecins-dentistes], durant l'apparition de la seconde dentition frontale, les angles ne peuvent pas être mesurés avec exactitude les examens AI doivent être entrepris seulement après l'apparition de la seconde dentition frontale. En principe, les dents frontales doivent être apparues. La présence des dents 11 et 21 est indispensable (chi. 208-210.5 CMRM [Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI]). Les Offices AI sont tenus d'appliquer l'OIC, dont le chi. 210 est parfaitement clair. Or rappelons que selon la jurisprudence constante (par exemple ATF 2C_728/2011 du 23 décembre 2011), lorsqu'un texte est clair, comme le chi. 210 OIC, il n'y a pas de place pour l'interprétation.

2. La prognathie dont souffre T._____ n'est pas suffisamment grave pour être une infirmité congénitale à charge AI.

Comme le relève le recourant, seules les affections congénitales d'une certaine gravité peuvent être prises en charge par l'assurance-invalidité (recours p. 4). L'assurance-invalidité vise en effet, comme le rappelle le recourant (recours p. 5) à corriger des handicaps assez graves pour être de nature à réduire la capacité de gain de l'assuré à l'âge adulte. S'agissant de la prognathie inférieure (chi. 210 OIC), elle ne peut être reconnue comme infirmité congénitale que s'il existe des déviations verticales ou sagittales

extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire (chi. 208-210.1 CMRM).

Comme l'explique le recourant, le traitement interceptif consiste en un élargissement progressif du palais au moyen d'un appareil amovible. La correction intervient avant l'éruption des incisives définitives. A noter que contrairement à l'allégation du recourant, le traitement interceptif existait déjà dans les années 60, soit avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1972, de la première version de l'OIC. Au moment où les mesures prescrites par le chiffre 210 OIC seront possibles, à savoir quand les incisives définitives seront toutes apparues, la prognathie aura été corrigée. Le traitement interceptif aura en effet permis de remédier à cette infirmité congénitale et aux douleurs y relatives, de manière précoce. Le traitement a en effet déjà aujourd'hui permis de remédier en grande partie à la prognathie (recours page 5). Comme l'expose le recourant, si l'on attend l'éruption des incisives définitives, deux opérations chirurgicales sont la plupart du temps nécessaires un allongement de la maxillaire supérieure et un raccourcissement de la mandibule. Il s'agit d'un traitement plus lourd, plus risqué et plus cher que le traitement interceptif. Si la prognathie peut être soignée précocement par un traitement interceptif, qui est relativement simple, exempt de risques et d'un moindre coût, il est normal qu'elle n'entre pas dans la définition de la prognathie à charge AI qui figure au chi. 210 OIC. En effet, comme déjà dit, la volonté du législateur est que seules les infirmités congénitales qui atteignent un certain degré de gravité soient à charge [de l'] AI (par délimitation d'avec l'assurance-maladie).

3. De l'ATF 9C_105/2013

Quant à la référence avec l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_105/2013, nous ne comprenons pas l'analogie. En effet, dans le cas jurisprudentiel, il était question de juger du caractère arbitraire ou non de l'appréciation des preuves d'une OIC 404 par l'autorité cantonale. Le Tribunal fédéral a tranché qu'il n'y avait pas d'arbitraire parce que les rapports médicaux permettaient d'établir à satisfaction que toutes les exigences à la reconnaissance d'une OIC 404 étaient remplies et que l'Office AI était malvenu de faire état d'une insuffisance de l'instruction (sous forme de tests psychologiques), alors qu'il aurait dû la faire d'office. Alors que dans le cas d'espèce, il est question de demander la possibilité de rapporter la preuve de la gravité de la prognathie autrement que par une appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives alors même que la prognathie n'est suffisamment grave pour être prise en charge que si elle ne peut pas être traitée par un traitement interceptif. [...]"

Par réplique du 10 février 2014, le recourant a confirmé les conclusions de son recours. Il évoquait en premier lieu une méprise de la part de l'Office AI s'agissant du traitement interceptif mis en oeuvre, lequel consistait en réalité en une expansion rapide de la structure médio-palatine par écarteur collé. Ceci consistait en une méthode encore très peu pratiquée et qui n'existait pas depuis les années soixante. Il produisait

à cet égard un rapport établi le 3 février 2014 par le Dr B._____ qui décrivait les détails du traitement interceptif en cours. Le recourant précisait par ailleurs que son traitement n'était alors pas encore terminé (la part d'excès en taille de la mandibule n'ayant pas été corrigée), de sorte qu'il était inexact de la part de l'OAI d'affirmer que dit traitement aurait résolu la prognathie simplement et définitivement. Le recourant soulignait que cette intervention était toutefois moins complexe que si la mâchoire supérieure avait dû être opérée. Concernant les moyens invoqués par l'OAI dans sa réponse, T._____ contestait le raisonnement de sa partie adverse voulant qu'une prognathie serait forcément légère ou non grave, et donc non prise en charge par l'assurance-invalidité, à partir du moment où les critères prévus par le chiffre 210 OIC ne pouvaient être retenus. A le suivre, l'application de ces seuls critères, alors qu'ils ne pourraient concrètement lui être appliqués, serait arbitraire. Il soutenait que cela était d'autant plus vrai que le traitement préventif litigieux était inconnu en 1972, contrairement aux affirmations de l'OAI dans sa réponse. De plus, des cas objectivement moins graves que le sien auraient été pris en charge par l'assurance-invalidité. Il répétait qu'il était impossible que les critères du chiffre 210 OIC ne fussent pas remplis par la suite, si aucune intervention n'avait eu lieu compte tenu de la position des dents de lait. Le recourant reproche à l'OAI de considérer qu'une affection pouvant être améliorée par un traitement relativement léger doive nécessairement être comprise comme étant peu grave. A son avis, la gravité d'une affection ne saurait se mesurer sur la base du caractère lourd ou long du traitement envisagé. Une telle manière de faire irait à l'encontre des buts poursuivis par l'assurance-invalidité car revenant à privilégier des traitements plus lourds, plus chers et plus risqués, lesquels seraient alors seuls pris en charge au détriment du traitement interceptif. Le recourant renouvelle par ailleurs l'ensemble des requêtes de mesures d'instruction formulées dans son recours du 17 septembre 2013, proposant comme expert le Dr K._____ à [...].

Au terme de sa duplique du 4 mars 2014, l'Office AI a maintenu sa position concluant au rejet du recours. Il observait l'absence de nouveaux arguments soulevés par le recourant à l'occasion de sa

réplique. L'OAI se déterminait comme il suit s'agissant des mesures d'instruction demandées par sa partie adverse :

“Au moment où les mesures prescrites par le chiffre 210 OIC seront possibles, soit lorsque les incisives définitives seront toutes apparues, la prognathie aura été corrigée. Il est donc impossible que les conditions du chi. 210 OIC soient remplies, ni maintenant, ni dans le futur. Partant, nous ne voyons pas l'utilité d'entendre le Dr B. _____ ni de mettre sur pied une expertise.

Toutefois, si vous jugiez une expertise utile, nous suggérons en qualité d'expert, le Dr R. _____, rue de [...], [...], lequel est, contrairement au Dr K. _____, membre de la Société suisse des médecins-dentistes SSO, en qualité de médecin spécialiste en orthodontie et reconnu par l'Assurance-Invalidité pour effectuer des examens d'orthopédie dento-faciale (concernant chiffres 208, 209, 210, 214 et 218 OIC).”

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 (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément. L'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée et compte tenu des fêtes d'été 2013 (cf. consid. 38 al. 4 let. b LPGA), 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 loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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 let. a LPA-VD).

2. a) La contestation porte sur le droit de l'assuré à des mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI.

b) Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Il incombe au Conseil fédéral d'établir une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées (al. 2, 1^{ère} phrase). Dans l'établissement de la liste, le Conseil fédéral pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2, 2^{ème} phrase).

Cette liste est incluse dans l'OIC.

La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA ("Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant"). La prise en charge des traitements médicaux, dans le cadre de l'assurance-invalidité, est définie par les prescriptions spéciales de la législation sur l'assurance-invalidité, notamment l'ordonnance concernant les infirmités congénitales. Celle-ci contient donc une liste, en annexe, qui énumère les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 OIC).

Sous le chapitre IV « Face », la liste OIC mentionne en particulier à son chiffre 210 l'infirmité congénitale suivante :

"Prognathie inférieure congénitale, lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout, ou lorsqu'il existe une

divergence de +1 degré et moins combinée à un angle maxillobasal de 37 degrés et plus, ou de 15 degrés et moins."

Il est précisé en marge du chapitre IV « Face » que lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'un examen céphalométrique (ch. 208, 209 et 210), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions céphalométriques sont remplies.

3. a) aa) A teneur de l'art. 2 al. 2 OIC, lorsque le traitement d'une infirmité congénitale n'est pris en charge que parce qu'une thérapie figurant dans l'annexe 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. Sont réputés mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC).

Ainsi que le Tribunal fédéral a eu l'occasion de le relever dans son arrêt de principe rendu le 10 mars 1994 en la matière (cf. ATF 120 V 89 consid. 2), certaines affections congénitales ne sont reconnues comme invalidantes que lorsqu'elles atteignent un degré de gravité bien précis. Pour ces affections-là – et celle qui est en cause en l'espèce (ch. 210 OIC) –, le Conseil fédéral s'est écarté de la définition qu'il avait lui-même donnée à l'art. 1 al. 1 OIC (à savoir que sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI, les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant). Il a qualifié 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'assurance-invalidité. La Haute cour a relevé en particulier que la prognathie inférieure congénitale est reconnue comme infirmité congénitale que lorsque l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins - 1° (respectivement +1° et moins combiné à un angle maxillobasal de 37°

et plus, ou de 15° et moins) et lorsque au moins deux paires antagonistes antérieures de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout (ch. 210 OIC).

bb) S'agissant du début du droit à ces prestations, le Tribunal fédéral a précisé (cf. ATF 120 V 89 consid. 3) que 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, 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 étant 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. La Haute cour a au demeurant noté que l'art. 2 al. 1 et 2 OIC posait le principe de la rétroactivité de la prise en charge des mesures médicales, depuis le moment où le traitement s'avèrait nécessaire, même si l'on ne découvrait l'infirmité que plus tard.

cc) Dans le cas particulier, sur la base des téléradiographies des 27 janvier 2012 et 26 août 2013, on observe avec le Dr Q. _____ que le recourant présente alors des valeurs insuffisantes pour l'octroi de prestations – ce que l'intéressé ne paraît, au demeurant, pas contester. D'autre part et comme le recourant le relève lui-même, le suivi du traitement interceptif permet de corriger sa prognathie dans une mesure telle qu'au moment où les valeurs prescrites sous le chiffre 210 OIC seraient envisageables, à savoir une fois que l'ensemble de ses incisives définitives seront sorties, il aura déjà été remédié à l'affection congénitale en question. Comme le relève à raison l'intimé dans sa réponse, à la suite de l'ATF 120 V 89, le titre marginal du chapitre IV « Face » précise de manière claire que lorsque la reconnaissance d'une infirmité congénitale dépend d'un examen céphalométrique (ch. 208, 209 et 210), les prestations de l'AI ne débutent qu'au moment où les conditions

céphalométriques sont remplies. Partant, le droit auxdites prestations ne commence qu'à partir de ce dernier moment précis. Or pour réaliser un tel examen céphalométrique, la présence des dents 11 et 21 est indispensable, les dents frontales devant être apparues (cf. Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM] dans sa version à partir du 1^{er} mars 2012, chiffre 208-210.5). Durant l'apparition des incisives permanentes (ou seconde dentition frontale), les angles ne peuvent en effet pas être mesurés avec exactitude, de sorte que les examens nécessaires à la reconnaissance d'une infirmité de l'AI ne doivent être entrepris qu'après cette période, soit après l'apparition de la seconde dentition frontale (cf. CMRM *loc. cit.* et les directives de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] en collaboration avec la Société suisse des médecins-dentistes [SSO] « Informations à l'usage des médecins-dentistes concernant l'assurance-invalidité fédérale (AI) », édition mai 2009, chiffre 210 en P. 9). Dans ces circonstances et quoiqu'en dise le recourant, vu l'absence des incisives définitives n° 12 à 22, 42 et 32 au moment de la décision litigieuse, une appréciation céphalométrique susceptible de prouver l'existence du degré de gravité exigé selon le chiffre 210 OIC ne pouvait être réalisée. L'Office AI était ainsi bien-fondé à retenir qu'à cette époque, la prognathie du recourant n'était pas de nature à lui ouvrir le droit à une prise en charge sur la base du chiffre 210 OIC. Partant, les arguments évoqués quant à une éventuelle interprétation de la prognathie colloquée au chiffre 210 OIC tombent à faux.

b) Se référant à un arrêt rendu le 8 juillet 2013 par le Tribunal fédéral (TF 9C_105/2013), le recourant soutient qu'il dispose d'un droit à apporter la preuve de la gravité de son affection congénitale d'une manière autre que sur la base d'une appréciation céphalométrique. A l'instar de l'intimé, on observe que dans l'arrêt précité, la Haute cour a dû juger du caractère arbitraire ou non de l'appréciation de preuves par l'instance cantonale précédente en relation avec le cas d'une infirmité congénitale selon chiffre 404 OIC (troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la

concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année). Le Tribunal fédéral a indiqué, à cette occasion, que les rapports médicaux au dossier étaient suffisants à établir que les critères d'exigence prévus au chiffre 404 OIC étaient remplis, l'Office AI étant malvenu de se prévaloir d'un manque d'instruction de son dossier (tests psychologiques) alors même qu'il lui incombait d'instruire d'office la demande. Or à l'instar de l'intimé, on ne voit pas – et le recourant ne l'expose d'ailleurs pas – quels motifs justifieraient une application analogique de cette solution au cas d'espèce. On se trouve effectivement ici, d'une part, dans le cas d'une affection congénitale totalement distincte de celle prévue sous chiffre 404 OIC. D'autre part, il ne saurait être question pour le recourant de se voir reconnaître par ce biais, un droit à rapporter la preuve de la gravité de sa prognathie autrement que par celui d'une appréciation céphalométrique réalisée après l'apparition des incisives permanentes (ou seconde dentition frontale). Il est également le lieu de souligner à l'attention du recourant que la prognathie n'est considérée comme suffisamment grave pour sa prise en charge par l'AI au sens du chiffre 210 OIC que si dite atteinte à la santé n'est pas en mesure d'être corrigée par un traitement interceptif, de sorte qu'elle ne peut être reconnue en tant qu'infirmité congénitale que tant qu'il existe des déviations sagittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire (cf. CMRM, *op. cit.*, chiffre 208-210.1). L'arrêt cité n'est ainsi d'aucun recours au recourant.

c) L'argument de l'absence de contre-indication quant au traitement interceptif débuté avant de satisfaire aux critères de l'AI (à savoir quand les incisives définitives sont toutes apparues) invoqué par le recourant, comme celui voulant que la méthode employée en l'espèce soit postérieure à l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 1972, de la première version de l'OIC ne changent rien au fait qu'à défaut d'en satisfaire les critères déterminants selon chiffre 210 OIC, la prognathie dont il est affecté ne saurait lui ouvrir le droit aux prestations litigieuses.

d) Quant à l'argument invoqué de « cas objectivement moins graves que le sien » qui auraient donné lieu à une prise en charge par l'AI,

il est ici le lieu de rappeler au recourant qu'à supposer que tel ait effectivement pu être le cas, on doit alors admettre que les décisions ainsi rendues l'ont été de manière erronée, de sorte qu'il ne lui est pas possible de s'en prévaloir sauf exception d'une pratique illégale constante de la part de l'administration, dont rien n'indique au dossier qu'elle soit réalisée en l'espèce. La jurisprudence ne reconnaît en effet pas le droit à l'égalité dans l'illégalité (ATF 131 V 9 consid. 3.7 et 126 V 390 consid. 6a ; TFA C 304/2005 du 20 janvier 2006, consid. 2.4 ; sur cette dernière notion, cf. Moor/Flückiger/Martenet, Droit administratif Volume I, Les fondements, 3^{ème} éd. mise à jour, Berne 2012, n°4.1.1.4 P. 627 ss.). Partant l'argument invoqué par le recourant tombe une nouvelle fois à faux.

e) Pour terminer l'argumentation selon laquelle en l'absence du traitement interceptif suivi, les critères du chiffre 210 OIC eussent de toute façon été remplis par la suite ne peut être suivi. Vu l'absence de mesure céphalométrique en ce sens au dossier, il n'en pas possible d'en déduire l'existence d'une prognathie ouvrant nécessairement le droit aux prestations litigieuses.

f) La prognathie mandibulaire affectant le recourant n'est en définitive pas constitutive d'un cas grave, tel que prévu sous chiffre 210 OIC. L'OAI était par conséquent bien-fondé à lui refuser l'octroi des mesures médicales requises sur la base de l'art. 13 LAI compte tenu de la situation médicale. Cet office s'est toutefois dit disposé à réexaminer le dossier du recourant sur demande écrite des parents accompagnée d'une attestation du médecin-dentiste dans l'éventualité où, une fois toutes les incisives définitives sorties, il serait alors constaté que sa situation satisferait aux exigences légales posées par le chiffre 210 OIC.

g) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des

preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_486/2010 du 25 novembre 2010, consid. 3.1, 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008). En l'occurrence, le dossier étant complet du point de vue médical, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant.

4. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'AI 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 mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de T. _____ qui succombe.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverine Berger (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :