

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 avril 2025

Composition : M. WIEDLER, président
M. Neu et Mme Livet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par ses parents [...] et [...], eux-mêmes assistés par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 3 al. 2 LPGA ; art. 13 LAI ; ch. 462 OIC-DFI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 2011, représenté par sa mère, a déposé le 5 décembre 2022 une demande de prise en charge de mesures médicales auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant un problème de croissance et un déficit en hormone de croissance.

L'OAI s'est fait remettre un rapport du 28 novembre 2022 du Dr H._____, spécialiste en pédiatrie et en endocrinologie-diabétologie pédiatrique, dans lequel il retenait le diagnostic de retard de croissance dû à un déficit partiel en hormone de croissance, au vu des résultats des tests dynamiques à l'hormone de croissance à l'Arginine et à la Clonidine du 28 octobre 2022 et du bilan sanguin du 27 octobre 2022, dont les résultats étaient annexés. Le Dr H._____ relevait que le test dynamique à l'hormone de croissance avait mis en évidence une insuffisance partielle en hormone de croissance avec un pic à 6.85 µg/l, tandis que les autres axes hormonaux n'étaient pas touchés et que le facteur de croissance IgF1 restait en dessus de la limite inférieure de la norme. Le diagnostic retenu justifiait, selon lui, un traitement de Norditropine Flexpro 10 mg. Une imagerie par résonance magnétique cérébrale (ci-après : IRM) était prévue.

Sollicité pour avis, le service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a constaté le 10 février 2023 qu'il ne disposait pas des rapports de consultation, de la détermination de l'âge osseux et du résultat de l'IRM cérébrale. La valeur de IgF1 semblait dans la norme à plusieurs reprises, selon le stade pubertaire théorique de l'assuré, et un seul test de stimulation semblait avoir été réalisé. Il n'était pas possible d'affirmer avec certitude que l'atteinte de l'assuré remplissait les critères du chiffre 462 de l'Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (ci-après : OIC-DFI). Avant de se prononcer, le SMR a requis que lui soient remis tous les rapports de consultation en endocrinologie pédiatrique, les courbes de croissance, la vitesse de croissance sur une année minimum et les résultats d'un deuxième test de stimulation.

Le 8 mars 2023, l'OAI s'est vu remettre par le Dr H. _____ une courbe de la taille et du poids de l'assuré complétée entre ses 10 ans et 11,5 ans, une courbe de la vitesse de croissance pour la même période, des résultats d'analyse du 21 mars 2022, le rapport d'IRM cérébrale et de l'hypophyse du 1^{er} décembre 2022 et un rapport du 6 avril 2022 du Dr H. _____. L'IRM mettait en évidence des résultats dans la limite de la norme, sans argument en faveur d'un microadénome, avec une neurohypophyse sans particularité et une tige pituitaire non déviée. Dans son rapport, le Dr H. _____ retenait le diagnostic de retard de croissance dans le contexte d'un retard de croissance intra-utérin sans rattrapage. Il relevait que l'assuré présentait un retard de croissance avec une taille qui était passée du 15^{ème} percentile à l'âge de 3 ans à une taille 1 cm en dessous du 3^{ème} percentile. Le bilan sanguin parlait contre un trouble hormonal sous-jacent, notamment une hyperthyroïdie ou un déficit en hormone de croissance. Une cœliaque pouvait être également écartée. Le médecin constatait un retard de l'âge osseux de 2 ans par rapport à l'âge chronologique qui permettait de calculer un pronostic de taille adulte à 169,2 cm. La seule piste pour sa petite taille était, de l'avis du Dr H. _____, le retard de croissance intra-utérin. Un contrôle dans 6 mois était à prévoir.

Dans un avis du 14 mars 2023, le SMR a estimé que les conditions pour retenir le diagnostic de déficit en hormone de croissance comme cause principale de la petite taille chez l'assuré, au sens du ch. 462 de l'OIC-DFI, n'étaient pas réunies. Il a relevé que le diagnostic de déficit partiel en hormone de croissance avait été vraisemblablement posé après le test de stimulation du 28 octobre 2022, réalisé avec une administration combinée d'Arginine et de Clonidine, sans deuxième test de stimulation. Les examens montraient également une courbe de croissance avec une taille inférieure au percentile 3 (P3) et une vitesse de croissance dans la norme (50-75 %) chez un enfant en prépuberté selon les critères de Tanner.

Dans un projet de décision du 17 mars 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait refuser de prester, reprenant les termes de l'avis du SMR du 14 mars 2023.

Dans un rapport du 23 mars 2023, le Dr H._____ a demandé à l'OAI de réexaminer le dossier de l'assuré. Il a signalé une erreur de lecture des données de la part du SMR, relevant avoir effectué deux tests de stimulation le même jour, le premier étant avec l'Arginine et le deuxième avec le Clonidine, de sorte que répéter les mêmes tests ne ferait aucun sens. Il a précisé que la vitesse de la croissance correspondait au 35^{ème} percentile, et non un percentile entre 50 et 75 %.

Le 6 avril 2023, l'assuré, représenté par sa mère, a confirmé contester le projet de décision.

Dans un avis du 26 avril 2023, le SMR a préconisé la réalisation d'une expertise en endocrinologie pédiatrique par le Dr M._____, spécialiste en pédiatrie et endocrinologie-diabétologie pédiatrique. Le SMR a relevé que deux tests de stimulation de la sécrétion d'hormone de croissance étaient recommandés, avec stimuli différents et différés, ce qui n'avait pas été le cas chez l'assuré, où les deux stimuli avaient été administrés le même jour. Au-delà des tests de stimulation, les diagnostics de retard de croissance intra-utérin sans rattrapage d'abord, et de déficits en hormone de croissance ensuite, n'avaient pas été discutés par le Dr H._____ et la décision de traiter par hormone de croissance avait été prise rapidement, après 8 mois de suivi. Le SMR a indiqué que les éléments cliniques et biologiques qui motivaient un traitement substitutif en raison d'un déficit avéré d'hormone de croissance n'étaient pas convaincants : la taille cible familiale n'était pas précisée, les paramètres auxologiques de l'assuré étaient dans la limite de la norme (la taille étant juste en dessous de la limite de la norme, mais vraisemblablement pas inférieure à -2DS standards et la vitesse de croissance pendant le suivi du Dr H._____ était au 35^{ème} percentile, soit dans la norme), l'âge osseux était en retard, mais pas franchement pathologique et l'IgF1 était normal à plusieurs reprises. Pour déterminer si

le traitement par hormone de croissance pouvait être pris en charge sous couvert du ch. 462 de l'OIC-DFI, il était nécessaire de confirmer que le diagnostic de déficit partiel en hormone de croissance avait été effectué selon les règles de l'art à la lumière des recommandations actuelles, et, si ceci était le cas, d'estimer si le déficit partiel en hormone de croissance était la cause principale de la petite taille chez l'assuré, avec antécédents de retard de croissance intra-utérin sans rattrapage. Le dossier de l'assuré devait être complété avant d'être soumis à l'expert.

A la demande de l'OAI, la pédiatre T. _____ a transmis une courbe de taille et de poids de l'assuré entre l'âge de 4 et 10 ans, un rapport de l'allergologue [...] du 7 octobre 2020 et un rapport du 8 mai 2017 du Dr [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

Le 8 juin 2023, la Dre Z. _____, spécialiste en pédiatrie, a informé l'OAI qu'elle ne disposait pas de rapport d'hospitalisation en néonatalogie et que l'assuré n'était plus suivi dans son service depuis août 2017. Elle a transmis une lettre du service de chirurgie pédiatrique du Centre hospitalier [...] du 30 janvier 2012 et les courbes de croissance entre 0 et 6 ans environ.

L'OAI a informé l'assuré le 22 novembre 2023 avoir sollicité un complément d'informations auprès du Dr M. _____.

Dans un rapport du 29 novembre 2023 à l'OAI, le Dr H. _____ a rappelé que l'assuré avait un net retard de croissance avec une taille se situant 2 cm en dessous du 3^{ème} percentile alors que la taille cible parentale se situait au-dessus de la moyenne de la population. Le diagnostic avait été confirmé par deux tests de stimulation à l'hormone de croissance et le traitement avait été introduit le 12 décembre 2022. Un contrôle effectué en octobre 2023 avait mis en évidence une croissance de rattrapage avec une taille de 142,1 cm. La bonne réponse clinique confirmait davantage le diagnostic. En tant que spécialiste, le Dr H. _____ estimait qu'un deuxième avis endocrinologique était superflu, le traitement devant au demeurant débuter avant l'âge de 11

ans. Le 6 mars 2024, le Dr H._____ a précisé avoir opté pour l'introduction immédiate du traitement, celui-ci devant débuter avant les 12 ans de l'assuré, et avoir demandé à la pharmacie d'avancer le médicament en attendant que les démarches soient réglées.

Le Dr M._____ a rendu son rapport le 15 mars 2024. Il a relevé que l'assuré présentait une croissance ayant évolué dans les normes (taille > -2DS) entre 2017 et mars 2022, date de sa première évaluation endocrinologique, avec une vitesse de croissance normale, mais en dessous de la cible parentale. Un retard de la maturation osseuse constaté en mars 2022 permettait une prédiction de taille adulte entre 169 cm et 173,9 cm, soit dans le bas de la cible parentale (178,5 cm, +/- 8,5 cm). Les investigations qui avaient été faites en 2022 ne montraient pas d'altération des facteurs de croissance ou du bilan thyroïdien, ni phosphocalcique suggérant un trouble de la sécrétion d'hormone de croissance ou autre trouble hypophysaire, et l'examen ne semblait pas suggérer une autre cause systémique. L'enfant était décrit prépubère. Il présentait des facteurs de croissance dans les normes et l'IRM parlait en première ligne pour un retard de croissance constitutionnel. L'absence de signes pubertaires pourrait également parler pour ce diagnostic. Le Dr M._____ a précisé que le test de stimulation de l'hormone de croissance était un élément important de l'évaluation d'un enfant pour lequel un déficit en hormone de croissance était suspecté. Étant donné le nombre d'enfants en bonne santé à la croissance normale dont les résultats étaient inférieurs aux limites, une réponse inadéquate à deux tests provocateurs différents était nécessaire pour poser le diagnostic de déficit en hormone de croissance. Les résultats devaient être évalués en tenant compte des méthodes de test utilisées et des autres paramètres cliniques et biochimiques. Chez les enfants présentant un retard constitutionnel de croissance et de puberté, la diminution normale de la vitesse de croissance pré-pubertaire était prolongée et pouvait conduire à une vitesse de croissance inférieure à 3 cm/année. Ce phénomène s'accompagnait d'une réduction de la réponse de l'hormone de croissance à des stimuli provocateurs et l'administration de stéroïdes sexuels était préconisée avant le test de provocation. Le Dr M._____ a ainsi retenu

que les examens effectués en raison d'une vitesse de croissance abaissée ne permettaient pas d'affirmer la présence d'un déficit en hormone de croissance avec certitude, ni de l'écarter. La réponse au traitement ne constituait pas en soi un élément en faveur d'un diagnostic de déficit en hormone de croissance.

Sollicité pour avis, le SMR a retenu que l'assuré ne présentait pas de déficit sévère de croissance, que sa « petite » taille n'était pas causée par le retard de croissance intra-utérin permettant de retenir une indication à un traitement par hormone de croissance pour cette atteinte, et que le diagnostic de déficit congénital en hormone de croissance n'avait pas été posé selon les règles de l'art. Il y avait donc lieu de suivre les conclusions de l'expert et de retenir un retard de croissance constitutionnel, lequel ne correspondait pas à une atteinte à la santé. Il n'y avait donc pas de droit à des mesures médicales sous couvert du ch. 462 de l'OIC-DFI. Le SMR a cependant recommandé de transmettre le rapport du Dr M._____ à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), au vu de ses conclusions ne pouvant ni infirmer ni confirmer le diagnostic (avis du 19 mars 2024).

Le 8 mai 2024, l'OFAS a estimé que le diagnostic de déficit en hormone de croissance ne pouvant être ni confirmé, ni infirmé, la preuve qu'il existait un défaut d'hormone de croissance n'était pas apportée. Les conditions de prise en charge n'étaient pas remplies.

Par décision du 6 juin 2024, l'OAI a refusé les mesures médicales sollicitées, considérant qu'au vu des conclusions du Dr M._____, le diagnostic de déficit en hormone de croissance ne pouvait être définitivement ni confirmé, ni infirmé, de sorte que la preuve n'était pas apportée qu'il existait un défaut d'hormone de croissance.

B. Par acte de son mandataire du 4 juillet 2024, C._____, représenté par ses parents, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à sa réforme en ce sens que la demande de mesures

médicales soit admise et le traitement par hormone de croissance pris en charge, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a reproché à l'OAI de s'être fondé sur un dossier incomplet, le SMR ayant relevé l'absence d'un deuxième test de stimulation. L'appréciation de l'expert mandaté ne pouvait en outre pas être suivie, celle-ci ayant été réalisée sans examen et sur la base des analyses du Dr H._____ que l'expert avait au demeurant interprétées contradictoirement. Il y avait lieu de suivre l'avis du Dr H._____ qui avait suivi régulièrement le recourant, qui était spécialiste en endocrinologie pédiatrique, avait travaillé comme chef de clinique auprès du service d'endocrinologie pédiatrique du [...] et avait expliqué en détails les motifs l'amenant à retenir son diagnostic. En outre, selon le Dr H._____, le traitement par injections quotidiennes devait impérativement se poursuivre, sans interruption, sous peine de conséquences graves. Dès lors que le trouble de croissance était attesté largement au degré de la vraisemblance prépondérante par le Dr H._____, l'OAI devait prendre en charge cette mesure médicale. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise complète.

Le 25 juillet 2024, le recourant a adressé à la Cour de céans un courrier du 18 juillet 2024 de l'assurance-maladie, acceptant de prendre en charge l'hormone de croissance Norditropine Flexpro. Dès lors que la quote-part était encore à sa charge, il demeurait un intérêt juridique au maintien du recours.

Par réponse du 31 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'avis du SMR du 19 mars 2024. Il a rappelé que le traitement ayant débuté, il faudrait arrêter le traitement durant trois mois au moins pour effectuer un deuxième test de stimulation. Les résultats obtenus seraient difficiles à interpréter.

Par réplique du 4 septembre 2024, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a soutenu que les renseignements médicaux recueillis avaient permis d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un déficit en hormone de croissance, rappelant la spécialisation et

l'expérience du Dr H._____ et son appréciation, et déplorant que l'OAI ne se soit pas prononcé sur ses arguments. Ce silence était d'autant plus étonnant que l'assurance-maladie obligatoire avait accepté de prendre en charge le médicament, en application de conditions sensiblement identiques qu'en matière d'assurance-invalidité. Le Dr M._____ n'ayant pas écarté le diagnostic de déficit en hormone de croissance, c'était à juste titre que le traitement avait été prescrit par le Dr H._____ et débuté avant les 12 ans du recourant.

Dupliquant le 4 octobre 2024, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des frais de son traitement par hormone de croissance par l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si les conditions de la reconnaissance de son atteinte à la santé en tant qu'infirmité congénitale au sens du ch. 462 de l'annexe à l'OIC-DFI sont remplies.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3).

Dans le cas présent, le recours est dirigé contre une décision rendue le 6 juin 2024, à la suite d'une demande du 5 décembre 2022. Partant, la réglementation topique doit être appliquée dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

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

généétiques 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. 14^{ter} al. 1 let. b LAI et 3^{bis} al. 1 RAI dans leur teneur depuis le 1^{er} 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, 1^{ère} 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 : CMRM) 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

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).

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

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).

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 1^{er} 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

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 suffisent 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,

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

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 3^{ème} 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,

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.

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,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- 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.

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 :