

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu, juge, et Perreten, assesseur
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant,

et

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

**Art. 9 Cst ; art. 53 al. 2 LPGA ; art. 13 LAI ; ch. 163 de l'annexe à
l'OIC-DFI**

E n f a i t :

A. Le 28 septembre 2023, N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé, par l'intermédiaire de sa mère, une demande de mesures médicales pour mineurs auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), laquelle tendait à la prise en charge du traitement de l'infirmité congénitale répertoriée au ch. 163 de l'annexe à l'OIC (désormais OIC-DFI [ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.211], en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli diverses pièces, dont :

- un rapport du 19 juillet 2023 du Dr Z._____, spécialiste en pédiatrie aux hôpitaux K._____, lequel posait le diagnostic de *pectus excavatum* ; et
- un rapport du 5 octobre 2023 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie aux mêmes hôpitaux, lequel faisait état d'une malformation thoracique qui était à l'origine d'une grande gêne sur le plan psychologique pour l'assuré.

Par communication du 1^{er} décembre 2023, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale susmentionnée pour la période courant entre le 25 septembre 2023 et le 30 septembre 2026.

Le 13 décembre 2023, l'assuré a été opéré par le Dr F._____, lequel a effectué une procédure de Nuss, avec la mise en place de deux barres au thorax. Dans un compte-rendu opératoire du 11 janvier 2024, ce spécialiste a mis en évidence le diagnostic de *pectus excavatum* asymétrique et inesthétique.

Dans un avis du 15 mars 2024, la Dre [...], médecin auprès du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que l'intervention chirurgicale avait été réalisée dans un seul but esthétique.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a informé la mère de l'assuré qu'il comptait refuser la prise en charge des coûts de l'opération.

Dans un courrier du 28 mars 2024, le Dr F. _____ a demandé à l'OAI de revoir sa position. Il a expliqué que les enfants présentant une malformation thoracique vivaient une réelle souffrance, que ce soit sur le plan médical ou psychologique. Ainsi, « *le traitement chirurgical leur permet[tait] d'échapper à cette spirale infernale* ».

Le 11 avril 2024, l'assuré, par l'entremise de sa mère, s'est opposé à ce projet de décision, soutenant qu'il n'était pas acceptable que l'OAI revienne *a posteriori* sur sa communication du 1^{er} décembre 2023, alors que l'opération de son thorax avait déjà eu lieu.

Par nouveau projet de décision du 2 mai 2024, l'OAI a fait savoir à la mère de l'assuré qu'il envisageait de reconsidérer ladite communication et de supprimer le droit à la prise en charge des mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale sous ch. 163 de l'annexe de l'OIC-DFI dès le premier jour du mois qui suivrait sa décision.

Dans un courrier du 30 mai 2024, la mère de l'assuré a signalé à l'OAI que l'intervention chirurgicale subie par son fils se déroulait en deux temps, les barres ayant été posées dans son thorax devant être retirées dans un délai de deux ans à deux ans et demi. Elle lui a alors demandé de garantir la prise en charge de cette seconde opération, dont la date n'avait pas encore été fixée.

Par décision du 11 juin 2024, l'OAI a confirmé le projet de décision du 2 mai 2024.

B. Le 10 juillet 2024, N._____, par sa mère, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation.

Par réponse du 27 septembre 2024, l'OAI a maintenu la suppression, avec effet au 1^{er} juillet 2024, des mesures médicales allouées à tort, sous réserve de la prise en charge, le moment venu et sur nouvelle demande, des actes indispensables et étroitement liés à l'opération du 13 décembre 2023, sous la forme du retrait du matériel mis en place, cela pour autant que les mesures soient effectuées avant le [...], à savoir avant que l'assuré ait atteint l'âge de vingt ans.

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 des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI pour le traitement de l'infirmité congénitale référencée au ch. 163 l'annexe de l'OIC-DFI pour la période courant entre le 1^{er} juillet 2024 et le 30 septembre 2026.

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, la demande de mesures médicales a été déposée le 28 septembre 2023. De plus, le diagnostic de *pectus excavatum* a été retenu pour la première fois en octobre 2022 par les médecins du [...] (cf. rapport du 28 mars 2024 du Dr F. _____). Les pièces médicales au dossier (rapports et tests effectués) sont au demeurant toutes postérieures au 1^{er} janvier 2022, si bien qu'il convient d'appliquer le nouveau droit.

3. **a)** 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 sont accordées pour le traitement des malformations congénitales, des maladies génétiques ainsi que des affections prénatales et périnatales qui font l'objet d'un diagnostic posé par un médecin spécialiste (let. a), engendrent une atteinte à la santé (let. b), présentent un certain degré de gravité (let. c), nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI (let. e). Conformément à l'art. 14^{ter} al. 1 let. b et c LAI, le Conseil fédéral détermine les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI et les prestations de soins dont le coût est pris en charge.

b) Se fondant sur l'art. 14^{ter} al. 4 LAI, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (ci-après : le DFI) la compétence de déterminer les infirmités congénitales donnant droit à des

mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI (art. 3^{bis} RAI). Sur cette base, le DFI a édicté l'OIC-DFI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Cette ordonnance a remplacé l'OIC, abrogée au 31 décembre 2021 (RO 2021 706).

c) Sous le titre II « Squelette », le ch. 163 de l'annexe à l'OIC-DFI prévoit la prise en charge des malformations régionales du squelette, soit, en l'occurrence, un thorax en entonnoir congénital et des déformations congénitales combinées de la paroi thoracique, lorsqu'une opération est nécessaire. La question de savoir si un thorax en entonnoir exige une opération doit être évaluée du point de vue médico-scientifique par un spécialiste compétent et non à l'aune de considérations psychologiques ou esthétiques (TFA I 693/02 du 10 février 2003 consid. 3.1.4 et 3.3 ; cf. également Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 20 *ad* art. 13 LAI).

d) Sur le plan temporel, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 3 al. 1 et 3 RAI). 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 (ATF 120 V 89 consid. 3 ; TF 9C_635/2017 du 5 avril 2018 consid. 4.1).

e) Selon l'art. 14 al. 1 LAI, les mesures médicales comprennent notamment :

- les traitements et examens liés à ces traitements qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (let. a) ;
- les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire (let. b) ;

- les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. c) ; et
- le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e).

4. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut également revenir sur de telles décisions, indépendamment des conditions mentionnées ci-avant, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA). Les mêmes conditions s'appliquent pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 143 V 105 consid. 2.1 ; 138 V 324 consid. 3 ; 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 129 V 110).

b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifellos unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le

caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1 et les références citées).

c) La jurisprudence n'a pas fixé de valeur limite s'agissant de l'importance notable de la rectification. Il convient de se fonder sur l'ensemble des circonstances du cas particulier et notamment sur le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où des prestations indues ont été allouées (ATF 107 V 180 consid. 2b). Le Tribunal fédéral a nié l'importance notable de la rectification s'agissant de la restitution de 601 fr. 20 intervenant deux ans plus tard, de 568 fr. 10 et de 494 fr. survenant respectivement plus d'un an et demi et quelques mois après le versement (TFA C 205/00 du 8 octobre 2002 consid. 5 non publié à l'ATF 129 V 110, avec la jurisprudence citée). En revanche, il a admis une reconsidération portant sur la restitution d'un montant de 706 fr. 25 moins d'une année après l'octroi de la prestation (DTA 2000 n° 40 p. 208). La condition de l'importance notable de la rectification est en principe d'emblée réalisée lorsqu'on est en présence d'une prestation périodique (ATF 119 V 475 consid. 1c ; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5).

d) L'art. 53 LPGa constitue une règle de droit positif sur la possibilité de modifier une décision, de sorte que la pesée des intérêts qui entre en ligne de compte à défaut ne joue pas de rôle. L'application correcte de la disposition légale est d'emblée compatible, du point de vue du droit constitutionnel, avec le principe de la protection de la bonne foi ; sont seules réservées les situations dans lesquelles l'ensemble des conditions de ce principe sont réalisées, ce qui implique de s'écarter d'une solution conforme au droit (Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 39 *ad* art. 53 LPGa).

e) En vertu du principe de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), un renseignement ou une décision erronée peut obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi,

à certaines conditions : il faut, notamment, que l'administré se soit fondé sur le renseignement ou la décision erronée pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice et que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (TF 2C_792/2009 du 17 mai 2010 consid. 4).

5. 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).

6. a) En l'espèce, par communication du 1^{er} décembre 2023 – rendue selon la procédure simplifiée de l'art. 51 LPGA –, l'intimé a octroyé au recourant des mesures médicales sous la forme de la prise en charge, du 25 septembre 2023 au 30 septembre 2026, du traitement de l'infirmité congénitale classée au ch. 163 de l'annexe de l'OIC-DFI. L'assuré a été opéré le 13 décembre 2023 par le Dr F. _____ et a bénéficié de la pose de deux barres dans la région du thorax. Par décision du 11 juin 2024, l'OAI a toutefois reconsidéré et annulé la communication précitée,

supprimant de ce fait le droit aux mesures médicales à partir du 1^{er} juillet 2024. Finalement, au stade de sa réponse au recours du 27 septembre 2024, elle a conclu à la confirmation de la suppression desdites mesures médicales allouées à tort, sous réserve de la prise en charge, le moment venu, des actes indispensables et étroitement liés à l'opération du 13 décembre 2023, soit le retrait du matériel mis en place, pour autant que les mesures soient effectuées avant que le recourant ait atteint l'âge de vingt ans.

b) Cela étant, il s'agit de déterminer si l'intimé était légitimé à revenir – par le biais d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) – sur sa communication du 1^{er} décembre 2023, au motif que l'intervention chirurgicale dont a bénéficié le recourant ne visait que la correction de l'aspect inesthétique de la malformation de son thorax.

c) Selon la doctrine médicale (cf. Thierry de Trey et alii, Minimal invasive repair of pectus excavatum (=MIRPE) d'après Nuss, *in Paediatrica* 1/2022 [vol. 33] p. 32 ss, p. 33), le traitement chirurgical d'un *pectus excavatum* est indiqué surtout pour les patients avec une profondeur prononcée de l'entonnoir, une forte souffrance subjective, des anomalies anatomiques du cœur ou une limitation des performances physiques. L'indication est toujours donnée par l'ensemble de ces facteurs. Par ailleurs, l'assurance-invalidité décide de la prise en charge des coûts de l'opération sur la base de ces mêmes facteurs. D'après la littérature, au moins deux des points suivants doivent être présents pour que le patient soit éligible à un traitement chirurgical :

- le scanner ou l'IRM (imagerie par résonance magnétique) thoracique (ou la radiographie) montre un index de Haller égal ou supérieur à 3,25 ;
- les investigations complémentaires révèlent une compression cardiaque, un déplacement du cœur, un prolapsus de la valve mitrale, un souffle cardiaque ou des troubles de la conduction ;
- les fonctions pulmonaires mettent en évidence une restriction ou une obstruction ;
- des opérations de correction antérieures ont échoué.

d) Il ressort du dossier que la correction chirurgicale du thorax en entonnoir du recourant a été envisagée uniquement pour des raisons psychologiques, voire esthétiques, sans qu'une telle intervention ne se soit imposée d'un point de vue médico-scientifique. En effet, outre un index de Haller supérieur à 3.25, les médecins consultés n'ont attesté aucune compression cardiaque, déplacement du cœur, prolapsus de la valve mitrale, souffle cardiaque ou troubles de la conduction. Le Dr F. _____ a, à cet égard, relevé, dans son rapport du 28 mars 2024, qu'« *il n'y a[vait] pas eu de déplacement ou de compression du cœur mais seulement du foie* », sans toutefois soutenir que cet élément avait été pris en compte dans l'évaluation de la nécessité d'une opération. Ce médecin a de surcroît fait état, dans ses rapports des 5 octobre et 15 décembre 2023, de bilans pneumologique et cardiologique dans la norme. Le Dr Z. _____, quant à lui, n'a signalé, dans son rapport du 19 juillet 2023, aucune difficulté respiratoire ni syndrome obstructif grossier. En définitive, c'est principalement une gêne psychologique due à la malformation thoracique qui a été dépeinte dans les différents avis médicaux.

e) Dès lors, la communication du 1^{er} décembre 2023 de l'intimé s'avère manifestement erronée, dans la mesure où cette autorité, laquelle n'a pas soumis le cas à son service médical avant de statuer, avait considéré, à tort, que le recourant remplissait les conditions permettant la prise en charge des coûts liés au ch. 163 de l'annexe de l'OIC-DFI. Il convient en outre d'admettre que la rectification de cette communication revêtait une importance notable, étant donné que cette prise en charge courrait jusqu'au 30 septembre 2026, soit sur plus de trois ans. Il s'ensuit que l'OAI était légitimé à faire application de l'art. 53 al. 2 LPGA pour corriger sa communication du 1^{er} décembre 2023 et établir la décision litigieuse du 11 juin 2024. C'est également à juste titre que cette autorité a supprimé la prestation à compter du 1^{er} juillet 2024, à savoir à partir du mois qui a suivi sa nouvelle décision, conformément à l'art. 85 RAI.

7. a) Le recourant se prévaut implicitement du principe de la bonne foi. A ce titre, il reproche à l'intimé d'être revenu sur sa décision de prendre en charge les frais du traitement de son *pectus excavatum* après que l'opération du 13 décembre 2023 ait été réalisée. Il allègue au surplus que l'intervention chirurgicale doit se dérouler en deux temps, avec l'ablation des barres de Nuss dans un délai d'environ deux ans à deux ans et demi après leur pose, rappelant que cette seconde étape n'est pas une option.

b) Il convient de constater qu'avant la reddition de sa communication du 1^{er} décembre 2023 relative à la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale référencée au ch. 163 de l'annexe de l'OIC-DFI pour la période du 25 septembre 2023 au 30 septembre 2026, l'intimé avait été informé par le bureau de gestion des dossiers médicaux des hôpitaux K. _____ que l'opération était prévue pour le 13 décembre 2023. L'OAI était par ailleurs en possession du rapport du 5 octobre 2023 du Dr F. _____, lequel exposait qu'un traitement chirurgical par procédure de Nuss constituait la solution la mieux adaptée pour résorber la malformation du thorax, tout en spécifiant que cette intervention allait avoir lieu en décembre 2023. Il disposait également du rapport du 19 juillet 2023 du Dr Z. _____, lequel ne retenait aucune « *contre-indication à la prise en charge du pectus de N. _____, par voie a priori chirurgicale* ».

S'agissant d'une reconsidération avec effet *ex nunc* et *pro futuro*, la jurisprudence a limité la portée du principe de la bonne foi. Elle a considéré qu'en présence d'une telle décision, l'administré ne peut en principe pas se prévaloir du droit à la protection de la bonne foi, puisque l'autorité est justement revenue sur la décision erronée qui avait fondé la confiance de l'intéressé. Même si l'administré a pris des dispositions qui continuent de produire des effets dans l'avenir et sur lesquelles il ne peut revenir, les principes de la légalité et de l'égalité de traitement l'emportent, dans ce cas, sur le droit à la protection de la bonne foi (TF 8C_906/2014 du 30 novembre 2015 consid. 6 ; TF 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 5 ; TFA I 161/03 du 21 février 2005 consid. 3 ; TFA I 453/02

du 21 octobre 2003 consid. 4.2.2). Toutefois, dans le cas d'espèce, l'intimé a rendu une décision incluant la prise en charge chirurgicale d'un thorax en entonnoir qui s'effectue en deux temps, ce qui a incité le recourant à croire qu'il pourrait bénéficier de la seconde intervention consistant en l'ablation des barres de Nuss, lesquelles doivent obligatoirement être retirées dans les deux à quatre ans. Pour ces motifs, le moyen tiré de la violation du principe de la bonne foi se révèle bien fondé, à condition que l'ablation des barres soit réalisée avant que l'intéressé n'ait atteint l'âge de vingt ans.

c) Partant, sur le vu de ce qui précède, il sied de constater que le moyen tiré de la violation du droit à la protection de la bonne foi se révèle bien fondé. L'intimé l'a d'ailleurs admis au stade de la réponse, en consentant finalement à la prise en charge des coûts de la seconde intervention chirurgicale.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 11 juin 2024 par l'intimé réformée en ce sens que l'OAI est tenu de prendre en charge les coûts liés à l'opération de retrait des barres de Nuss, sous réserve que cette dernière soit réalisée avant le [...].

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision rendue le 11 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que ce dernier est tenu de prendre en charge les coûts liés à l'intervention de retrait des barres de Nuss.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 :

- N. _____,
- 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 :