

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juillet 2026

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, aux Q***, recourant, agissant par ses parents **C.**_____ et
D._____, aux Q***,

et

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

**Art. 8, 12, 13 et 14 LAI ; 87 al. 2 RAI ; ch. 465 de l'annexe à l'OIC-
DFI**

En fait :

A. a) Né le ***2011, B._____, est atteint de la forme classique du syndrome adrénogénital, avec mise en évidence de deux mutations dans le gène CYP21A2. Il est sous traitement substitutif depuis avril 2011 par hydrocortisone et Florinef®.

b) Par communication du 6 octobre 2011, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a informé les parents de B._____ qu'il prenait en charge, à titre de mesures médicales, les coûts du traitement de l'infirmité congénitale classée sous chiffre 465 (troubles fonctionnels et structurels congénitaux des glandes surrénales [syndrome adrénogénital]) de l'annexe à l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC ; RS 831.232.21]).

c) En date du 20 juin 2024, la professeure G._____, médecin-chef auprès de l'unité d'endocrinologie et diabétologie de la I._____, a sollicité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg la prise en charge d'un traitement par Efmody®. Selon les explications de ce médecin, le contrôle métabolique de l'assuré s'avérait difficile en raison du fait qu'il était probablement un « fast metabolizer ». Pour ce motif, l'hydrocortisone devait être administrée au moyen d'une pompe. En raison de problématiques de peau, une administration par voie orale était cependant nécessaire par moment. L'administration par voie orale était toutefois contraignante car elle requérait la prise de 5 à 7 doses quotidiennes. Le remplacement par une administration par Efmody® permettrait une administration en deux doses par jour. A plus long terme, il serait possible, au terme de la croissance, de remplacer complètement le traitement par pompe par une administration orale par Efmody®.

Par avis du 10 octobre 2024, le Service médical régional BE/FR/SO a préavisé favorablement la prise en charge de l'Efmody®.

Invité à se déterminer sur la prise en charge de l'Efmody®, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a, dans une prise de position

du 5 février 2025, recommandé de ne pas prendre en charge ce médicament. Sur la base des données actuelles, en particulier de la différence non significative entre les groupes de traitement telle qu'elle ressortait d'une récente étude clinique, et compte tenu du fait qu'il existait une alternative thérapeutique reconnue et efficace, il n'était pas possible de conclure à un bénéfice supplémentaire d'Efmody® par rapport du traitement conventionnel.

Par décision du 27 mars 2025, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg a rejeté la demande de prise en charge.

d) Par demande du 29 septembre 2025, complétée le 26 novembre 2025, la professeure G._____ a une nouvelle fois sollicité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud la prise en charge d'un traitement par Efmody®. Selon ce médecin, la situation clinique de l'assuré s'était entre-temps aggravée en raison de problèmes scolaires liés à un déficit d'attention et de problèmes cutanés au niveau des sites d'administration de l'hydrocortisone par pompe ; l'assuré souhaitait également urgemment abandonner le traitement par pompe et passer à un traitement oral. S'agissant plus particulièrement du déficit d'attention, celui-ci pouvait s'expliquer par un traitement à l'hydrocortisone non idéalement adapté ; une thérapie avec Efmody® apporterait une amélioration et ne serait pas plus coûteuse que le traitement par pompe.

Par avis du 13 février 2026, le Service médical régional Suisse romande (SMR) a préavisé favorablement la prise en charge de l'Efmody®.

Dans une nouvelle prise de position du 3 mars 2026, l'OFAS a confirmé sa recommandation de ne pas prendre en charge le traitement par Efmody®.

Par décision du 11 mars 2026, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prise en charge.

B. **a)** Par acte du 7 avril 2026, B._____ a, par l'intermédiaire de ses parents, déféré la décision du 11 mars 2026 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la prise en charge du traitement par Efmody®, à tout le moins pour les périodes durant lesquelles le traitement par pompe doit être interrompu pour des raisons dermatologiques. Il a notamment fourni les explications suivantes :

Traitement actuel et limites médicales

B._____ bénéficie actuellement d'un traitement substitutif par pompe à Hydrocortisone®. Il s'agit d'une pompe à insuline qui délivre de l'Hydrocortisone® plutôt que de l'insuline, et cela selon un cycle circadien. L'Hydrocortisone® est la forme médicamenteuse du cortisol naturel.

Ce traitement par pompe a été mis en place de manière « expérimentale » en 2019, car B._____ ne répondait pas suffisamment au traitement conventionnel oral par Hydrocortisone® dû à son métabolisme. Des tests métaboliques réalisés en 2019 à l._____ ont démontré que B._____ était un métaboliseur rapide, c'est-à-dire qu'il métabolise le cortisol plus rapidement que la moyenne.

Ce traitement par pompe est efficace et reproduit le cycle circadien du cortisol. Cependant, il ne peut pas être suivi en continu. En effet, comme indiqué dans le **rapport de dermatologie du 25 mars 2026**, le traitement par pompe provoque des lésions des tissus sous-cutanés, rendant impossible une administration continue. Des pauses de pompe régulières (qui peuvent durer jusqu'à plusieurs semaines) sont nécessaires afin de permettre aux tissus de se régénérer. Et durant ces pauses, B._____ est contraint de revenir au traitement conventionnel oral par Hydrocortisone®.

Cependant, le traitement conventionnel oral ne reproduit pas le cycle circadien du cortisol et est inadapté au profil métabolique de B._____ (car B._____ est un métaboliseur rapide). Afin de maintenir un taux de cortisol suffisant dans le sang, une prise orale d'Hydrocortisone® est nécessaire toutes les trois heures, dès 4h30 du matin.

Ce « régime » thérapeutique est extrêmement contraignant et entraîne :

- des troubles importants du sommeil avec toutes ses conséquences, chez B._____ et chez nous, parents de B._____ qui devons nous lever à 4h30 du matin afin d'administrer la première dose de cortisol,
- des troubles de l'attention (TDA) et tics de nervosité (voir **rapports de neuropsychologie et de neuropédiatrie du 29 octobre 2025 et 17 mars 2026**), ainsi que
- des conséquences sur le bien-être général et la vie sociale de B._____ qui doit penser constamment à prendre lui-même son médicament à des heures précises quand il est à l'extérieur de la maison.

Analyse de la décision de l'AI

Dans sa décision, l'AI justifie son refus de prise en charge d'Efmody® par les trois arguments principaux suivants, auxquels nous répondons ci-dessous.

a) Selon l'AI, le traitement par pompe suffirait

Comme indiqué dans le rapport de dermatologie du 25 mars 2026, le traitement par pompe ne peut pas être appliqué en continu du fait des lésions cutanées avérées. Ce traitement doit donc être alterné avec le traitement oral conventionnel, mais celui-ci est sous-optimal.

b) L'AI n'a pas reçu de rapport dermatologique attestant des lésions liées à la pompe

Le nouveau rapport de dermatologie du 25 mars 2026, joint à ce courrier, atteste clairement des lésions sous-cutanées dues au traitement par pompe.

c) Selon la littérature scientifique, Efmody® n'apporterait pas d'amélioration significative par rapport au traitement oral conventionnel

Cet argument n'est pas valable/pertinent dans le cas de B._____, car B._____ est un métaboliseur rapide, et le traitement oral conventionnel est sous-optimal pour lui. Pour B._____, Efmody® n'est pas un simple « confort ». Il représente la seule solution de substitution adaptée lorsque le traitement par pompe est interrompu.

Par ailleurs, **des études scientifiques commencent à démontrer la supériorité d'Efmody® sur le traitement oral conventionnel**, car 1) Efmody® reproduit le rythme physiologique/circadien du cortisol dû à son système de libération progressive du cortisol dans l'intestin, et 2) seules 2 doses d'Efmody® par jour suffisent afin de maintenir des taux de cortisol naturel dans le corps. Vous trouverez ci-joint la dernière publication de janvier 2026 démontrant les avantages d'Efmody® sur la qualité de vie des patients.

Efmody® a été autorisé par Swissmedic pour les adultes et enfants dès 12 ans et constitue une alternative reconnue pour les patients.

b) Dans sa réponse du 24 juin 2026, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a indiqué qu'il avait soumis le rapport de dermatologie du 25 mars 2026 à l'OFAS. Dans une prise de position du 20 mai 2026, ce dernier a indiqué que la prise en charge de l'Efmody® pouvait être admise durant les périodes d'exacerbation de l'atteinte cutanée, compte tenu des effets secondaires locaux marqués dus à la pompe. Dans la mesure toutefois où ce rapport avait été produit en cours de procédure judiciaire, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud était

d'avis, dès lors que le recours portait contre une décision de refus d'entrer en matière, qu'il ne pouvait être pris en compte. Pour autant, comme la situation devra dans tous les cas être revue compte tenu de l'avis de l'OFAS, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud préavisait, pour des motifs d'économie de procédure et de célérité, pour l'admission du recours, l'annulation de la décision du 11 mars 2026 et le renvoi du dossier pour qu'il entre en matière sur la demande de l'assuré.

En droit :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'office intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prise en charge d'un traitement par Efmody® dans le cadre de l'infirmité congénitale figurant au ch. 465 de l'annexe à l'OIC-DFI.

3. a) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 du règlement

du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations ou après l'octroi rétroactif d'une prestation limitée dans le temps (ce qui revient à nier – implicitement – le droit à celle-ci pour la période subséquente, cf. TF 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient d'examiner l'affaire au fond et de déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de la personne assurée. Cela revient à examiner si entre la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit – avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à modifier le droit aux prestations s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71), étant précisé qu'une simple appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée est sans pertinence de ce point de vue (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

4. a) En l'occurrence, il y a lieu de constater que l'office intimé, contrairement à la teneur de la décision attaquée, est entré en matière sur la nouvelle demande de prise en charge déposée par le recourant. Il ressort du dossier que le SMR a procédé à un examen détaillé de la situation, en analysant à la fois les explications données par la professeure G. _____ et les éléments apportés par la famille du recourant (avis du 13 février 2026). Au terme de son analyse, le SMR s'est déclaré favorable à la prise en charge du traitement par Efmody® en lien avec les complications cutanées présentées par le recourant, si bien que le dossier a été transmis pour avis à l'OFAS, lequel s'est déterminé de manière négative le 3 mars 2026.

b) Dans ces conditions, il y a lieu de considérer la décision attaquée comme étant une décision de refus de prise en charge du traitement par Efmody®. Aussi convient-il d'examiner si, entre la décision – entrée en force – du 27 mars 2025 et la décision litigieuse du 11 mars 2026, un changement important des circonstances propres à modifier le droit aux prestations s'est produit.

c) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale,

d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

5. 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 assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21 LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures médicales (art. 8 al. 3 let. a LAI).

b) La LAI prévoit l'octroi de mesures médicales en général (art. 12 LAI) et en cas d'infirmité congénitale en particulier (art. 13 LAI).

A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 20 ans, aux mesures médicales de réadaptation qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels. Les mesures médicales de réadaptation doivent être de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de l'assuré à fréquenter l'école, à suivre une formation, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels, ou être de nature à prévenir une diminution notable de cette capacité ; le droit à ces mesures n'existe que si le médecin traitant

spécialisé a posé un pronostic favorable tenant compte de la gravité de l'infirmité (art. 12 al. 3 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 (art. 3 al. 2 LPGA). Conformément à l'art. 13 al. 2 LAI, les mesures médicales au sens de l'al. 1 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 peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI (let. e). En vertu des art. 14^{ter} al. 1 let. b LAI et 3^{bis} al. 1 RAI, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) détermine les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI.

c) Conformément à 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) ainsi que les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire (let. b). Sont considérées comme prestations de soins fournies sous forme ambulatoire au sens de l'art. 14 al. 1 let. b LAI les mesures prises par du personnel soignant à des fins d'évaluation, de conseil et de coordination ainsi que d'examen et de traitement de l'assuré (voir également l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire du 3 novembre 2021 [RS 831.201.21]).

d) Les mesures médicales doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques ; dans le cas des maladies rares, la fréquence de l'apparition d'une maladie est prise en considération (art. 14 al. 2 LAI).

aa) D'après la jurisprudence applicable dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, laquelle s'applique également aux mesures médicales de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 53 consid. 2b/cc ; TF 9C_648/2014 du 3 mars 2015 consid. 2.1), une prestation est efficace lorsqu'il est démontré selon des méthodes scientifiques qu'elle permet d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 145 V 116 consid. 3.2.1 ; 139 V 135 consid. 4.4.1 ; cf. art. 32 al. 1 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal ; RS 832.10]).

bb) L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou avec la solution consistant à renoncer à toute mesure. Est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 145 V 116 consid. 3.2.2 ; 139 V 135 consid. 4.4.2). La question de l'adéquation se confond normalement avec celle de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 loc. cit.).

cc) Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe, dans le cas particulier, plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre les coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse. Le prestataire de soins doit limiter ses prestations à ce qui est indiqué dans l'intérêt du patient et nécessaire à la réussite du traitement (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3).

6. a) En l'occurrence, l'OFAS a, dans sa prise de position du 3 mars 2026 à laquelle l'office intimé s'est rallié dans sa décision du 11 mars 2026, recommandé de ne pas prendre en charge le traitement par Efmody® au

motif que, d'une part, les problèmes cutanés relevés par la professeure G. _____ et par les parents du recourant (à savoir des occlusions répétées de la pompe, des indurations et crevasses persistantes, des douleurs et des tissus qui peinaient à se régénérer) n'étaient pas confirmés par un avis dermatologique circonstancié et que, d'autre part, les données de la littérature scientifique actuelle étaient insuffisantes.

b) A l'appui de son recours, le recourant a produit un rapport du 25 mars 2026 établi par le Service universitaire de dermatologie de l'I. _____, lequel a explicité les problèmes cutanés subis par le recourant au niveau des sites d'administration de l'hydrocortisone par pompe. Aux termes de ce rapport, le traitement actuel par pompe, bien qu'il présentât un bénéfice avéré pour la stabilité de la prise en charge du syndrome adrénogénital, entraînait des effets secondaires locaux marqués, se traduisant par des plaques sclérosées, parfois douloureuses, et la formation d'abcès récidivants, ainsi qu'une absorption potentiellement réduite du principe actif en cas de dermatosclérose ; de plus, les altérations cutanées, associées au port de la pompe, entraînaient une altération psychosociale significative.

c) Dans sa prise de position du 20 mai 2026, l'OFAS a constaté, à la lumière des explications complémentaires mentionnées dans le rapport précité, que le traitement par Efmody® s'avérait justifié au regard des effets secondaires locaux marqués dus à la pompe. Bien que les données actuelles de la littérature médicale ne permettaient pas de conclure à la supériorité du traitement par Efmody® sur le traitement conventionnel, il pouvait néanmoins, selon certains auteurs, s'avérer utile chez les patients présentant un métabolisme rapide du cortisol. Au regard des problèmes liés à la pompe et le métabolisme rapide du recourant qui impliquait la prise de sept doses quotidiennes d'hydrocortisone, une prise en charge d'Efmody® pendant les périodes d'exacerbation de l'atteinte cutanée pouvait néanmoins être recommandée.

d) Dans ces conditions, et compte tenu du fait que l'office intimé a indiqué dans ses déterminations du 24 juin 2026 qu'il allait tenir compte de la recommandation de l'OFAS du 20 mai 2026, il convient de suivre ladite

recommandation et d'admettre le recours dans la mesure indiquée par l'OFAS.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant peut prétendre à la prise en charge du traitement par Efmody® pendant les périodes d'exacerbation de l'atteinte cutanée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est en principe soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Compte tenu des circonstances, il convient néanmoins de renoncer à la perception de frais de justice (art. 50 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause sans le concours d'un mandataire, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 mars 2026 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B._____ a droit à la prise en charge d'un traitement par Efmody® pendant les périodes d'exacerbation de l'atteinte cutanée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- C._____ et D._____, pour B._____,
- 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 :