

## VD\_FINDINFO AI 184/15 - 31/2016 vom 15. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_184\\_15\\_-\\_31\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_184_15_-_31_2016)

FR: VD\_FINDINFO AI 184/15 - 31/2016 du 15 février 2016

IT: VD\_FINDINFO AI 184/15 - 31/2016 del 15 febbraio 2016

### Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, PSYCHOSE, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION, THÉRAPIE | 12 LAI, 13 LAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.02.2016 AI 184/15 - 31/2016

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, PSYCHOSE, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION, THÉRAPIE | 12 LAI, 13 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 184/15 - 31/2016 ZD15.026647 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 15 février 2016 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Berberat ,  
présidente M. Neu, juge, et M. Gutmann, assesseur Greffière : Mme Barman Ionta  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_ , à [... ] , recourante, agissant par sa curatrice  
F. \_\_\_\_\_ de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne, et Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 12  
et 13 LAI ; ch. 406 de l'annexe à l'OIC E n f a i t : A. a) T. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée),  
née le [...] 1996, a présenté des troubles des pré-requis nécessaires à l'acquisition du  
langage. Ensuite d'une demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20  
ans révolus déposée le 7 juin 2004, elle a obtenu de l'assurance-invalidité, au titre de la  
formation scolaire spéciale, un traitement logopédique du 19 décembre 2003 au  
31 décembre 2005 (décision du 30 juillet 2004), prolongé jusqu'au 31 décembre 2007  
(décision du 11 octobre 2006). Il résulte notamment des documents remis à l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) un rapport du Centre  
vaudois des praticiens indépendants pour les troubles du langage du 30 août 2006, faisant  
état du diagnostic de dyslexie-dysorthographe, ainsi qu'un rapport médical du  
22 septembre 2006 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, lequel faisait part des  
considérations suivantes : « A l'âge de 6 ans (soit en février 2002) je l'ai adressée en  
ergothérapie pour un bilan et une prise en charge, ceci en raison de difficultés d'attention,  
un refus des jeux de type toboggan, des difficultés à la rencontre d'autres enfants. Madame  
signalait également une maladresse motrice et dans le cadre scolaire des difficultés de  
réalisation. Sa prise en charge s'est terminée en juin 2003. Fin 2003, j'ai adressé  
T. \_\_\_\_\_ à l'Unité de développement du [...] suite à un bilan (KABC) de la psychologue  
scolaire, décrit comme étant dans la norme inférieure avec un déficit d'attention et de  
mémoire immédiate, des difficultés d'apprentissage du langage écrit, une mauvaise  
perception de l'espace et des connaissances dans la moyenne inférieure. Ces difficultés sont  
confirmées, avec de plus la mise en évidence d'un graphisme pauvre et de grandes  
difficultés en arithmétique. Sur le plan psychologique, une immaturité et des signes  
dépressifs. Elle sera suivie à la fois en psychomotricité et en logopédie (cabinet [...]).

Malgré une prise en charge depuis deux ans, à raison de deux fois par semaines, T. \_\_\_\_\_ fait peu de progrès et l'on constate toujours une mauvaise mémoire à court terme et des difficultés de lecture mais également des difficultés de compréhension, une mauvaise représentation temporelle et une quasi-impossibilité à produire des calculs simples. Un examen fait à mon cabinet le 30 août montre un enfant plutôt vive et joyeuse, avec une distance adéquate vis-à-vis de l'examineur, un bon contact visuel et une collaboration bonne, bien qu'il faille souvent la recadrer. Elle est de petite taille [...]. L'examen physique, sensoriel et neurologique partiel est dans la norme. » b) Le 2 avril 2013, les parents de T. \_\_\_\_\_ ont déposé auprès de l'OAI une demande d'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle. Ils énonçaient des difficultés d'apprentissage de tous genres, existant depuis la naissance. L'OAI a interpellé l'Institution Y. \_\_\_\_\_ où l'assurée était en préformation (aide aux choix professionnels) depuis le mois d'août 2012. Selon le rapport pédagogique du 31 mai 2013, l'assurée était une jeune fille discrète et réservée, souvent en retrait, voire mutique ; elle pouvait toutefois être plus expansive et bavarder avec ses pairs si elle se sentait bien intégrée au groupe. Ne sachant pas encore très bien quelle direction prendre, elle avait été encouragée à effectuer de nombreux stages « pour les adultes » ; peu s'étaient révélés concluants. La première expérience positive résultait d'un stage d'employée de bureau de deux jours, en avril 2013, dans un secrétariat [...], au terme duquel l'assurée souhaitait poursuivre dans cette direction et renouveler l'expérience du stage. Selon les termes du rapport, l'assurée avait certaines capacités pour avancer mais devait absolument gagner confiance en elle et acquérir de la maturité dans ses choix et son fonctionnement face au monde du travail. Dans un rapport du 17 juin 2013 établi à la demande de l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de retard global du développement/retard mental d'origine non déterminée (F 70), évoqué pour la première fois en février 2003. Cet état de santé avait nécessité une aide pédagogique dès août 2002, sans que n'apparaisse le besoin d'aide supplémentaire ou de surveillance personnelle, comparativement à une personne du même âge en bonne santé. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ relatait un développement psychomoteur dans les temps jusqu'à l'entrée à l'école, reprenait l'anamnèse développée dans son rapport du 22 septembre 2006, soulignant le déficit de compréhension de consignes mêmes simples, le déficit en mathématique et le déficit d'attention important. Il produisait un certain nombre de rapports médicaux, rédigés entre février 2002 et mai 2008, lesquels révélaient des difficultés d'apprentissage, avec un retard scolaire d'environ deux ans (estimé en 2007-2008), et un déficit d'attention. Particulièrement, un rapport de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, du 18 juin 2004, faisait état, « en résumé », d'une fillette immature, manquant d'autonomie, ayant des difficultés d'attention importantes et se montrant plutôt renfermée, triste et mal à l'aise dans le contact ; elle présentait un développement à la limite inférieure de la norme sur le plan verbal, avec une pauvreté de l'expression et une dyslexie. Au chapitre « discussion », il était relevé qu'en raison des difficultés, tant dans ses apprentissages que sur le plan psychologique, l'assurée présentait effectivement des traits dépressifs ainsi que des difficultés marquées sur le plan de l'attention mais qui pouvaient être liées à son manque de motivation et à son opposition. Il figure également un rapport de K. \_\_\_\_\_, psychologue FSP, laquelle suivait l'assurée depuis septembre 2003. Dans son rapport du 10 avril 2008, elle mentionnait un enfant ayant peu accès à ses désirs, à son monde imaginaire et émotionnel. Elle restait fragile sur le plan de la construction de sa personnalité, mais paraissait néanmoins plus solide qu'il y a quelques années sur le plan de l'estime de soi. L'indice de raisonnement perceptif se situait dans une catégorie juste à la limite de la

moyenne inférieure de la norme attendue chez les enfants de son âge. Les difficultés étaient par contre massives et de l'ordre du retard intellectuel dans les domaines de la compréhension verbale, de la mémoire de travail et de la vitesse de traitement. Dans sa conclusion, la psychologue retenait que l'assurée présentait actuellement un retard intellectuel, ce qui permettait d'écarter les hypothèses diagnostiques évoquées précédemment de TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) et de dyslexie puisque ces deux tableaux impliquaient une intelligence dans les normes. Par communication du 2 septembre 2013, l'OAI a accordé à l'assurée une orientation professionnelle aux fins de déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle. Selon une note de suivi du Service de réadaptation de l'OAI, un collaborateur de ce service s'était entretenu le 12 novembre 2013 avec L. \_\_\_\_\_, psychologue de l'assurée. La note de suivi était rédigée en ces termes : « Suite à notre entretien du 11 novembre 2013 avec l'assurée et sa mère, nous lui indiquons que des MOP ne seront selon toute vraisemblance pas envisageables en été 2014 (date à laquelle elle devra quitter le système scolaire) au vu de son évitement des contraintes, de son manque d'endurance/d'investissement sur la durée, entre autres. Nous pouvons par contre lui proposer une MR, dans un secteur type bureau (p. ex. au Fondation D. \_\_\_\_\_), qui est le seul pour lequel elle marque actuellement une préférence, ou autre secteur à définir. Lors de la rencontre précitée, elle nous a dit souhaiter faire une formation AFP d'assistance de bureau en 2 ans, sans être en mesure de nous dire ce qui l'intéresse dans ce métier, quelle serai(en)t la ou les tâches qu'elle aimerait faire et quels sont les prérequis pour l'accès à cette formation. Elle ne se projette pas dans une réalité concrète. Les enjeux professionnels semblent encore loin d'elle. Mme L. \_\_\_\_\_, qui suit l'assurée depuis 2012, nous confirme qu'elle n'est pas capable de projection ni d'anticipation. Elle est capable de comprendre et de s'adapter à certaines règles, notamment dans le cadre de l'école, mais à la maison son comportement est ingérable, elle fugue, n'en fait qu'à sa tête. Un internat éducatif est souhaitable. Nous précisons que les MR ne peuvent se faire avec internat en principe. Dans ses stages en entreprise, elle est chaque fois partie prématurément en raison, entre autres, de difficultés à comprendre les attentes et trouver sa place. Un coaching individualisé étroit est indispensable sur le plan professionnel. Pour la MR, au vu du retard mental, il faudra privilégier un support d'occupation très concret/pratique. » Par communication du 28 février 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'un stage pratique dans le cadre de l'orientation professionnelle était organisé auprès des ateliers de la Fondation D. \_\_\_\_\_ au [...], du 11 au 14 février 2014. Le 17 mars 2014, un « contrat d'objectifs pour une mesure de réinsertion chez un prestataire » a été signé entre l'OAI (mandant), la Fondation D. \_\_\_\_\_ (prestataire) et l'assurée. La mesure de réinsertion consistait en un entraînement progressif d'une durée de trois mois, soit du 31 mars au 27 juin 2014, et avait pour objectif de développer chez l'assurée les compétences sociales (coopération et collaboration, ouverture aux autres), les compétences personnelles (capacité de concentration et attention, capacité d'apprendre, souplesse et adaptation à la situation, mémoire et mise en pratique) et les compétences techniques (apprentissage des techniques arithmétiques de base). Dans un rapport du 8 mai 2014, L. \_\_\_\_\_ et la Dresse B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ont mentionné, dans leur anamnèse, que l'assurée avait eu tendance, dès son jeune âge, à réagir au stress par de forts changements de température (fortes poussées de fièvres) et des maux de ventre, ce qui avait été à l'origine d'une hospitalisation en 2000 lorsque sa mère était enceinte de son frère. Une nouvelle hospitalisation avait eu lieu plus récemment, en 2008, apparemment due à de fortes angoisses en rapport avec l'école et le rejet de ses pairs.

Elles énonçaient par ailleurs ce qui suit : « Difficultés actuelles Antérieurement le dysfonctionnement de Mademoiselle T. \_\_\_\_\_ a été essentiellement mis sur le compte de ses difficultés intellectuelles et des problèmes familiaux. Depuis le début de notre suivi thérapeutique, il s'est avéré qu'elle est avant tout, entravée et mise en danger par son fonctionnement psychotique, et c'est probablement sa psychose qui est à l'origine de son retard mental. Cette maladie l'empêche de se construire une image mentale et d'anticiper les situations. Cette lacune la rend réfractaire aux explications et à l'attitude bienveillante de son entourage et la pousse à des passages à l'acte dès qu'un changement se présente dans sa vie. Peu importe si elle a elle-même souhaité un changement comme par exemple son retour à la maison, ou [s'il] lui a été imposé comme le départ de l'école en fin d'année, le changement la plonge dans tous les cas, dans un mal-être innommable. Sa conviction inébranlable « de ne pas trouver sa place » provoque un effondrement psychique dans lequel elle est inatteignable. Elle prend alors la fuite, disparaissant sans donner signe de vie et en inquiétant au plus haut point son entourage. Invitée à s'expliquer sur ces phénomènes internes, qu'elle n'arrive pas à nommer, elle se saisit soit de problèmes mineurs contextuels (petites histoires entre camarades) soit d'histoires anciennes (conflits parentaux) ou encore, elle invente des agressions de tiers afin de satisfaire son interlocuteur et de justifier son attitude. En résumé, on peut dire que Mademoiselle T. \_\_\_\_\_ est une jeune femme qui du fait de sa psychose, n'a pour l'instant pas trouvé d'abri dans le langage. Elle se sert de signifiants qu'elle attrape dans son environnement pour construire un discours qui paraît intelligible mais qui en fait, est factuel et opératoire mais nullement connecté à ce qu'elle peut ressentir. Son ressenti authentique n'a pour le moment pas de voix, elle n'est ainsi pas connectée au monde mais seulement enveloppée par le monde extérieur. Ceci explique pourquoi chaque changement présente pour elle une source d'angoisse terrifiante, ressemblant à l'anéantissement de son existence. Événements récents Tout en exprimant son désir, voire la nécessité pour elle de rester éternellement à l'école, T. \_\_\_\_\_ avait manifesté un vague intérêt pour le travail de bureau. Pour cette raison, elle a été orientée vers le Fondation D. \_\_\_\_\_. Malgré un accompagnement très serré par sa famille et son enseignante et encore une attention particulière donnée à son encadrement sur place, elle n'arrivait pas à y « prendre racine ». Soit elle ne se rendait pas au travail soit elle s'éclipsait sous toute forme de prétexte. Si les tâches qu'elle avait à y effectuer ne lui posaient pas de problème particulier, elle s'y trouvait apparemment dans un mal-être diffus. Son égarement actuel a été amplifié par une péjoration de sa relation et finalement par une rupture avec son copain, qui fréquente la même structure scolaire qu'elle. Il semble que cette situation sentimentale l'ait poussée à fuguer pendant trois jours fin février 2014. Très bizarrement T. \_\_\_\_\_ disparaissait pendant le week-end et la nuit mais se rendait à l'école et en psychothérapie ! On peut faire l'hypothèse qu'il y a quelque chose de l'ordre institutionnel qui présente un abri pour elle, mais qu'elle n'a pas encore la capacité et la solidité psychique pour s'enraciner dans un lieu de travail. Même si ce lieu a des aspects institutionnels il exige néanmoins qu'elle s'auto-positionne un tant soit peu. Théoriquement T. \_\_\_\_\_ pourrait retourner à la préformation jusqu'aux vacances d'été mais ce retour ne paraît guère indiqué. Son ex-ami a réussi à y faire régner une ambiance tout à fait persécutrice pour elle, se prolongeant sur des réseaux sociaux. Si cette situation la fait provisoirement souhaiter de quitter la préformation et d'aller au Fondation D. \_\_\_\_\_, elle a vite été rattrapée par son désir de se trouver dans son contexte scolaire et social niant le changement qui s'y était produit. Actuellement T. \_\_\_\_\_ fait beaucoup d'efforts pour se trouver un nouveau copain, la seule chose pouvant à ses yeux la « sauver », mais il est à

craindre que certaines de ses démarches ne la mettent en danger. » c) Le 21 juillet 2014, T. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI pour adultes, en complément de la demande du 2 avril 2013. A titre d'atteinte à la santé, elle mentionnait un retard intellectuel existant depuis la naissance et, s'agissant de sa formation, le suivi d'un stage d'insertion professionnelle en vue d'une formation future, expérience interrompue prématurément en juillet 2014 en accord avec l'OAI. Dans un « rapport initial et final mineur » du 7 août 2014, P. \_\_\_\_\_, psychologue au sein de l'assurance-invalidité, a mentionné l'organisation, par l'OAI, d'une mesure de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) destinée à construire la capacité de travail de l'assurée en vue de mesures d'ordre professionnel ultérieures, soulignant que, pour l'heure, de telles mesures étaient prématurées, l'assurée n'était manifestement pas prête mais devait quitter le système scolaire en été 2014 au plus tard, soit à ses dix-huit ans. La psychologue rappelait que la mesure de réinsertion avait été organisée à la Fondation D. \_\_\_\_\_ dès le 31 mars 2014, eu égard à l'intérêt pour les tâches de bureau découvert par l'assurée dans le cadre de son stage dans un secrétariat municipal, mais qu'il y avait été mis fin le 15 mai 2014, une rupture sentimentale survenue pendant les fêtes de Pâques ayant complètement déstabilisé l'assurée et compromis le déroulement de la mesure. Au terme du rapport, il était cautionné la prise en charge des frais de la mesure de réinsertion au sens de l'art. 14a LAI, constaté le côté prématuré des mesures de réadaptation et préconisé une prise en charge thérapeutique de l'assurée, d'une certaine durée. L'OAI a de ce fait confirmé à l'assurée, par communication du 15 août 2014, son droit aux mesures de réinsertion, respectivement la prise en charge des frais liés à l'entraînement progressif effectué durant deux mois et demi auprès de la Fondation D. \_\_\_\_\_. Le cas de l'assurée a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), lequel s'est prononcé dans un rapport du 15 août 2014. Une psychose déficitaire (F 29) était reconnue comme atteinte principale à la santé, ainsi qu'une incapacité de travail totale dans toute activité dès l'âge de dix-huit ans. Le SMR relevait que l'assurée présentait des troubles du comportement sévères qui s'ajoutaient à ses limitations cognitives marquées, et une activité en économie libre n'était actuellement pas possible. Il était préconisé une réévaluation dans trois ans au vu du jeune âge de l'assurée. Dès août 2014, l'assurée a été placée à l'Institut O. \_\_\_\_\_, établissement de soins spécialisés en psychiatrie. Par projet de décision du 18 septembre 2014, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2014, soit dès le mois suivant son 18<sup>e</sup> anniversaire. En substance, l'OAI retenait, sur la base de l'avis de son service médical, que l'assurée n'était actuellement pas à même de se soumettre à des mesures professionnelles ou exercer une activité dans l'économie libre en raison de son atteinte à la santé, et présentait de ce fait une incapacité de gain totale. Ce projet a été confirmé par décision du 28 octobre 2014. Dans un rapport établi le 28 novembre 2014 à la demande de l'OAI, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a mentionné le diagnostic de psychose infantile aggravée d'une légère déficience mentale, posé pour la première fois en janvier 2008, ainsi que le chiffre 406 en référence à l'annexe de l'OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 ; RS 831.232.21), et indiqué un suivi médical depuis septembre 2012. Elle exposait que dans des moments de grands mal-être, l'assurée n'arrivait pas à se rendre d'un endroit à un autre, et qu'elle avait besoin d'une psychothérapie et d'une prise en charge dans un centre thérapeutique avec internat. Dans un complément annexé au rapport, la Dresse B. \_\_\_\_\_ rappelait les considérations émises dans son rapport du 8 mai 2014, avant de se prononcer comme il suit sur le pronostic : « Dans l'état actuel des choses il est difficile de prévoir

l'évolution de Mademoiselle T. \_\_\_\_\_. Elle répond toutefois favorablement au cadre thérapeutique que lui offre l'Institut O. \_\_\_\_\_. Progressivement, elle investit les activités qui lui sont proposées et timidement elle commence à faire des liens entre les événements de sa vie et son ressenti. Toutefois, Mademoiselle T. \_\_\_\_\_ n'est, pour l'instant, pas à l'abri d'un « décrochage ». Dès que le rapport entre une situation relationnelle et son vécu intérieur devient obscur pour elle, elle se trouve dans un état de mal-être innommable, coupée de toute relation humaine. Nous espérons que la thérapie individuelle, la prise en charge thérapeutique intensive à l'Institut O. \_\_\_\_\_, et la collaboration entre les deux, permettront à Mademoiselle T. \_\_\_\_\_ d'identifier de mieux en mieux ses points de décrochage et d'être ainsi mieux armée pour affronter, d'ici quelques années, la vie professionnelle. » Par courrier du 24 décembre 2014, F. \_\_\_\_\_, de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles du canton de Vaud, a informé l'OAI de sa nomination en qualité de curatrice de l'assurée, par décision du 27 août 2014 de l'autorité de protection de l'adulte des districts du [...]. Par décisions des 9 février et 10 mars 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente extraordinaire d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2014. Le cas de l'assurée a été soumis une nouvelle fois au SMR, lequel s'est prononcé dans un avis du 10 avril 2015, en ces termes : « Cette jeune femme présente une psychose déficitaire telle qu'une activité en économie libre a été jugée nulle. La Dresse B. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 28.11.2014, demande la prise en charge du suivi psychiatrique par l'AI. A la lecture du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ daté du 22.09.2006, on ne peut pas dire que des troubles manifestes étaient présents chez la patiente avant la fin de la 5<sup>ème</sup> année de vie. Il convient donc de refuser le suivi psychiatrique sous couvert du chiffre OIC 406. Si on examine le cas sous l'angle de l'art. 12 LAI, on ne peut également que refuser la prise en charge. En effet, le pronostic est défavorable et le traitement ne va pas augmenter sa capacité de gain de manière importante et durable. Il est vraisemblable que cette capacité sera nulle durant toute la vie de la patiente. La durée du traitement sera très probablement illimitée dans le temps. » Par décision du 26 mai 2015, confirmant un préavis du 17 avril précédant, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures médicales, la psychothérapie indispensable au traitement de l'affection comme telle ne relevant pas de l'assurance-invalidité. En substance, l'office excluait la prise en charge sous l'angle de l'art. 13 LAI en l'absence d'infirmité congénitale reconnue conformément au ch. 406 de l'annexe à l'OIC. Par ailleurs, les conditions restrictives mises à l'octroi de prestations sous l'angle de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplies en raison d'un pronostic défavorable et d'un traitement qui n'allait pas augmenter sa capacité de gain de manière importante et durable. Par courrier du 7 mai 2015 à l'OAI, après avoir contesté le projet de décision du 17 avril 2015 puis consulté le dossier de l'assurance-invalidité, A. \_\_\_\_\_, assurance-maladie de l'assurée, a reconnu qu'il lui appartenait de servir des prestations selon ses obligations légales. B. T. \_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de sa curatrice F. \_\_\_\_\_, a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 mai 2015, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que les mesures médicales demandées lui sont accordées et prises en charge par l'OAI. Elle soutient que les conditions énoncées à l'art. 13 LAI sont remplies, que l'infirmité congénitale « 406 OIC » est présente et que les symptômes étaient manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Elle se réfère notamment au diagnostic de psychose infantile posé dans un rapport du 25 janvier 2014, cosigné par la Dresse B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, rapport qu'elle produit et dont le contenu (« anamnèse » et « difficultés actuelles ») est similaire à celui figurant dans le rapport du 8 mai 2014 des mêmes auteurs. Elle retranscrit par ailleurs le contenu d'un

courriel du 25 juin 2015 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, qu'elle produit également, et dont la teneur est la suivante : « En effet notre rapport, à Mme L. \_\_\_\_\_ psychothérapeute déléguée et moi-même, pédopsychiatre, évoque un diagnostic de psychose infantile au vu de l'anamnèse de la petite enfance et de l'évolution de cette jeune fille. Le service médical de l'AI se base sur le rapport du pédiatre, de septembre 2006, pour dire que les troubles manifestes n'étaient pas présents avant la 5<sup>ème</sup> année, condition nécessaire à la reconnaissance de ce diagnostic, n° 406 OIC. Or, au contraire le pédiatre décrit tout une série de signes, qui sont cohérents avec ce diagnostic, mais qui n'y ont pas été reliés, parce que pas vus justement par un spécialiste, pédopsychiatre qui aurait pu les rapporter à une grille de lecture, tenant compte du status psychique. Il relève, existant avant l'âge de 6 ans - puisqu'ils sont anamnestiques au moment où il prescrit de l'ergothérapie - "des difficultés d'attention, un refus des jeux de type toboggan, des difficultés à la rencontre d'autres enfants, des difficultés de réalisation dans le cadre scolaire et une maladresse motrice". Il parle d'une "immaturité et de signes dépressifs". Nous avons rajouté dans les éléments anamnestiques la tendance de cette jeune fille à réagir au stress par des somatisations graves : fortes fièvres, maux de ventre au point d'être hospitalisée pour cela à l'âge de 4 ans une première fois. » La recourante requiert en outre un rapport complet de la Dresse B. \_\_\_\_\_ sur la question des mesures médicales. Par décision du 30 juin 2015, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 29 juin 2015, limitée aux avances et frais judiciaires. La recourante a en outre été exonérée de toute franchise mensuelle. L'OAI conclut au rejet du recours au terme de sa réponse du 28 septembre 2015. En substance, il énonce que les symptômes d'une psychose primaire ne peuvent être reconnus, après coup, comme présents avant la cinquième année de vie s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge. A cet égard, il souligne que des difficultés sont signalées anamnestiquement par le pédiatre dès l'âge de six ans et que l'hospitalisation à l'âge de quatre, pour de fortes douleurs et maux de ventre, ne suffit pas à admettre la preuve de l'existence de symptômes de psychose avant l'âge de cinq ans. Les parties ont maintenu leur position dans leur écriture subséquente, la recourante confirmant en outre sa demande de rapport médical auprès de la Dresse B. \_\_\_\_\_. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre

1979 ; RSV 173.01]). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut bénéficier de mesures médicales (psychothérapie et placement en institut) à charge de l'assurance-invalidité. Singulièrement, la recourante critique la décision du 26 mai 2015, faisant valoir qu'elle présente une psychose primaire du jeune enfant au sens du ch. 406 de l'annexe à l'OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 ; RS 831.232.21), laquelle doit en conséquence être prise en charge par l'intimé sous l'angle de l'art. 13 LAI. Elle se réfère à l'avis de la Dresse B. \_\_\_\_\_ émis notamment dans son rapport du 25 janvier 2014 et son courriel du 25 juin 2015, soutenant par ailleurs qu'il convient de requérir de la pédopsychiatre un rapport complet tendant à préciser les symptômes dont elle souffrait avant sa cinquième année et si ceux-ci pouvaient être considérés comme étant des symptômes précoces de psychose infantile. 3. a) A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 79 consid. 1, 102 V 40 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Une mesure thérapeutique dont l'effet est limité à combattre des symptômes ne peut être considérée comme une mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI, même si elle

est indispensable à une intégration scolaire ou professionnelle. En effet, une telle mesure ne permet ni d'atteindre un état stable, dont il résulterait en comparaison de bien meilleures conditions pour la formation ultérieure et la capacité de gain, ni de changer quoi que ce soit à la persistance d'une évolution labile de la maladie et ne sert ainsi pas à empêcher le caractère labile d'un état pathologique. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a, 115 V 194 consid. 3, 112 V 349 consid. 2, 105 V 19 et 149, 104 V 82, 102 V 42) Des mesures visant la stabilisation s'appliquent toujours à un phénomène pathologique labile. C'est pourquoi une thérapie continue, qui est nécessaire pour empêcher la progression d'une affection, doit être considérée comme le traitement de l'affection comme telle. Par conséquent, un état pathologique qui ne peut être maintenu en équilibre que par des mesures thérapeutiques n'est pas le résultat stable d'une maladie, d'un accident ou d'une infirmité congénitale, quel que soit le genre du traitement. Un tel état est certes stationnaire tant qu'il peut être maintenu en équilibre, mais non pas stable au sens de la jurisprudence. Les mesures médicales qui sont nécessaires au maintien d'un état stationnaire ne peuvent donc être prises en charge par l'assurance-invalidité (TF I 842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1 et les références). 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). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'assurance-invalidité si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (VSI 2000 p. 65; ATF 105 V 19). Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, celle-ci se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b, 101 V 43 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 43 consid. 3c, 98 V 205 consid. 4b). Comme évoqué, chez les mineurs, une psychothérapie ne peut être à charge de l'assurance-invalidité que si elle n'a pas de caractère durable ; elle ne l'est ainsi pas, par exemple en cas de schizophrénie ou de psychose maniaco-dépressive, lorsque le traitement sera nécessairement de durée illimitée (TF 8C\_106/2014 du 9 avril 2014 consid. 5.2, 8C\_269/2010 du 12 août 2010 consid. 2.2). Selon la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (CMRM), les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives (cyclothymie), les psychoses organiques et les maladies du cerveau sont des états pathologiques labiles qui ne fondent aucun droit à des mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (ch. 641–644/841–844). De même, les psychopathies et les névroses – que l'on doit classer, en français, sous la dénomination générale de troubles psychiques, l'expression allemande « Verhaltensstörungen » n'étant pas traduisible par « troubles du comportement » – ne sont pas des états stabilisés qui justifient l'octroi de mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité (ch. 645–647/845–847.1). b) A teneur de l'art. 13 LAI, les assurés ont

droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées ; il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). 4. En premier lieu se pose la question de savoir si l'assurée est atteinte d'une infirmité congénitale au sens de l'ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC ; RS 831.232.21), soit de psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année (ch. 406 de l'annexe OIC). La psychose infantile n'est évoquée au dossier qu'à compter de 2014 ; elle est diagnostiquée, selon la Dresse B. \_\_\_\_\_, depuis janvier 2008 - soit après les cinq ans de l'assurée, née en 1996 - bien que l'anamnèse de la petite enfance et l'évolution de la précitée permettent de reconnaître la présence de troubles manifestes antérieurement à la cinquième année. a) Le Dr Q. \_\_\_\_\_ évoque, dans son rapport du 22 septembre 2006, une prise en charge en ergothérapie dès février 2002, en raison de difficultés d'attention, de refus des jeux de type toboggan, de difficultés à la rencontre d'autres enfants, d'une maladresse motrice et de difficultés de réalisation dans le cadre scolaire. Ensuite d'examens réalisés à la fin 2003 et en 2004, il est retenu que l'assurée présente un déficit d'attention et de mémoire immédiate, des difficultés d'apprentissage du langage écrit, une mauvaise perception de l'espace et des connaissances dans la moyenne inférieure, avec, sur le plan psychologique, une immaturité et des signes dépressifs. Particulièrement, il est fait état, dans un rapport du 18 juin 2004 de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, d'une enfant immature, manquant d'autonomie, ayant des difficultés d'attention importantes et se montrant plutôt renfermée, triste et mal à l'aise dans le contact. Cela étant, l'examen du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 30 août 2006 montre une enfant plutôt vive et joyeuse. Ultérieurement, soit dans son rapport du 17 juin 2013, le Dr Q. \_\_\_\_\_ énonce le seul diagnostic de retard global du développement/retard mental d'origine non déterminée (F 70), posé pour la première fois en février 2003. En 2014, la Dresse B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ soulignent qu'antérieurement, le dysfonctionnement de l'assurée était essentiellement mis sur le compte de ses difficultés intellectuelles et problèmes familiaux, mais que depuis le début de leur suivi thérapeutique, il s'est avéré que l'assurée était avant tout entravée et mise en danger par son fonctionnement psychotique, sa psychose étant probablement à l'origine de son retard mental. Elles énoncent par ailleurs une tendance de l'assurée à réagir au stress par des somatisations graves, soit de fortes poussées de fièvre et des maux de ventre, ayant engendré une hospitalisation pour la première fois en 2000, soit à l'âge de quatre ans, puis ultérieurement en 2008. Cet élément, ajouté aux éléments anamnestiques du pédiatre - qui existaient selon elles avant l'âge de six ans puisqu'à l'origine de la prescription d'ergothérapie -, était cohérent avec le diagnostic de psychose infantile au sens du ch. 406 de l'annexe OIC. b) La Dresse B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ parlent d'une psychose « probablement » à l'origine du retard mental, ce qui ne permet pas d'établir la manifestation de symptômes de la maladie avant les cinq ans de l'assurée. La pédopsychiatre et la psychologue ne suivent T. \_\_\_\_\_ que depuis 2012, ne pouvant ainsi s'exprimer de manière crédible à cet égard sur une période pareillement antérieure. En outre, on ignore sur quel élément se fonde la Dresse B. \_\_\_\_\_ pour établir, aux termes de son rapport du 28 novembre 2014, que le diagnostic de psychose infantile aggravée d'une légère déficience mentale a été posé pour la première fois en janvier 2008. Cela étant, même à retenir cette date, il n'en demeure pas moins que ce diagnostic n'a jamais été ne serait-ce qu'évoqué dans le dossier de l'assurée avant ses douze ans. S'il est fait état de traits dépressifs en juin 2004 (soit à l'âge de six ans ; cf. rapport de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_ du 18

juin 2004 et rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 22 septembre 2006), il n'est pas évoqué l'hypothèse d'un fonctionnement mental marqué par une psychose infantile. La pédopsychiatre et la psychologue ne relèvent pas d'autres indices observés que les éléments énoncés anamnesticquement par le pédiatre (à l'exception de l'hospitalisation en 2000, cf. ci-après), étant rappelé que des difficultés ne sont signalées par ce dernier qu'à partir de l'âge de six ans (février 2002). Les données anamnestiques de la Dresse B. \_\_\_\_\_ mentionnent, en sus, de fortes fièvres et des maux de ventre tels qu'une hospitalisation a été nécessaire à l'âge de quatre ans, symptômes qui constitueraient, selon elle, une somatisation grave en réaction à un stress et seraient à considérer comme symptômes précoces de la psychose. Or on peine à relier ces symptômes à ceux d'une psychose infantile, de sorte que le seul élément d'une hospitalisation à l'âge de quatre ans ne saurait suffire pour admettre la preuve d'un tel diagnostic avant l'âge de cinq ans. En définitive, aucun élément objectif au dossier ne permet de retenir que l'on se trouve en présence du ch. 406 de l'annexe OIC. Pro memoria, le traitement d'une psychose primaire du jeune enfant ne relève de l'assurance-invalidité que lorsque les symptômes se sont manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année ; s'il n'est pas prouvé que ces symptômes existaient avant l'âge de cinq ans, ils ne peuvent être reconnus comme tels, ultérieurement. Aussi est-ce à juste titre qu'aucune infirmité congénitale n'a pu être retenue, sur la base du dossier constitué, à défaut de symptômes manifestes établis avant l'âge de cinq ans. Quand bien même le soutien litigieux vise à l'amélioration des symptômes de l'atteinte psychotique diagnostiquée, il ne peut pas être pris en charge par l'assurance-invalidité par le biais de l'art. 13 LAI, à défaut d'infirmité congénitale reconnue. 5. La recourante ne formule, à juste titre, aucun grief à l'encontre du refus de prise en charge des mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI. Pro memoria, le 28 novembre 2014, la Dresse B. \_\_\_\_\_ demande la prise en charge d'une psychothérapie et d'un placement dans un centre thérapeutique, l'Institut O. \_\_\_\_\_. Dans son rapport, elle énonce qu'en l'état actuel des choses, il est difficile de prévoir l'évolution de l'assurée ; bien qu'elle réponde favorablement au cadre thérapeutique que lui offre l'Institut O. \_\_\_\_\_, elle n'est cependant pas à l'abri d'un « décrochage ». Elle ajoute ensuite ceci : « Nous espérons que la thérapie individuelle, la prise en charge thérapeutique intensive à l'Institut O. \_\_\_\_\_, et la collaboration entre les deux, permettront à Mademoiselle T. \_\_\_\_\_ d'identifier de mieux en mieux ses points de décrochage et d'être ainsi mieux armée pour affronter, d'ici quelques années, la vie professionnelle ». Cet extrait révèle que la thérapie avec la Dresse B. \_\_\_\_\_, débutée en septembre 2012, n'a pas encore pris fin et aucune date butoir n'est en outre mentionnée. La psychiatre évoque certes l'entrée dans la vie professionnelle, qui semble être le but à atteindre dans le temps, mais vraisemblablement, la thérapie se poursuivra durant plusieurs années encore. Soulignons encore que dans son rapport du 8 mai 2014, la Dresse B. \_\_\_\_\_, de concert avec la psychologue L. \_\_\_\_\_, mentionnait que l'assurée n'avait pas encore la capacité et la solidité psychique pour s'enraciner dans un lieu de travail. En août 2014, P. \_\_\_\_\_, psychologue à l'OAI, constatait que des mesures de réadaptation étaient prématurées et préconisait une prise en charge thérapeutique d'une certaine durée. A ce stade, on peut se demander si la durée d'un tel traitement, qui avait débuté près de trois ans auparavant lorsque la décision a été rendue, auxquels il faut peut-être en ajouter autant pour tenir compte de la formation envisagée, n'est pas d'ores et déjà trop importante, voire incertaine, pour être prise en charge au titre de mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI. Par ailleurs, l'affection même dont l'assurée est atteinte, et sur laquelle il y a consensus, est une forme

de psychopathie dont il est admis qu'elle ne constitue pas un état stabilisé (cf. CMRM, ch. 645-647/845-847.1). A défaut de pathologie stabilisée, la durée d'un tel traitement ne peut dès lors qu'être incertaine, tout comme le pronostic. Partant, il ne peut être à la charge de l'assurance-invalidité, par le biais des mesures médicales de l'art. 12 LAI. En outre, il appert des éléments qui précèdent que la thérapie en question vise essentiellement à combattre les symptômes mêmes de la maladie dont la recourante est atteinte et que ce n'est qu'indirectement que ce soutien psychologique peut l'aider dans sa formation. La Dresse B.\_\_\_\_\_ fait surtout référence aux points d'ancrage dans la réalité que devrait trouver l'assurée, grâce au soutien psychologique litigieux. Enfin, la psychothérapie avec la pédopsychiatre et la psychologue précitées n'a pas permis d'améliorer la capacité de travail de l'assurée dès lors qu'elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision du 28 octobre 2014. L'octroi de la rente entière - comme l'abandon de mesures de réadaptation - vient confirmer, si besoin est, à tout le moins l'incertitude du pronostic. Les conditions restrictives mises à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité sous l'angle de l'art. 12 LAI ne sont dès lors pas remplies. 6. Compte tenu de ce qui précède, un nouveau rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_, conformément à la requête de la recourante, n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C\_440/2008 du 5 août 2008). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. De surcroît, on ne voit pas dans quelle mesure la pédopsychiatre pourrait préciser les symptômes dont souffrait la recourante avant sa cinquième année, puisque le suivi thérapeutique n'a débuté qu'en septembre 2012, la période antérieure résultant de l'anamnèse du pédiatre (cf. consid. 4b supra ). 7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires et aux avances desdits (prononcé du 30 juin 2015), ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante 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 prononce : I. Le recours déposé le 26 mai 2015 par T.\_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision rendue le 26 mai 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. L'émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est laissé à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Office des curatelles et tutelles professionnelles (pour T.\_\_\_\_\_) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit

public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.