

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 289 vom 24. März 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-03-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_289](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__289)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 289 du 24 mars 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 289 del 24 marzo 2016

### Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION, MOYEN AUXILIAIRE | 12 LAI, 13 LAI, 1 OIC, 2 al. 1 OMAI, 2 al. 2 OMAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.03.2016 Arrêt / 2016 / 289

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, MESURE MÉDICALE DE RÉADAPTATION, MOYEN AUXILIAIRE | 12 LAI, 13 LAI, 1 OIC, 2 al. 1 OMAI, 2 al. 2 OMAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 106/15 - 85/2016 ZD.15.016840 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 24 mars 2016 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Berberat , présidente

M. Reinberg et Mme Rossier, assesseurs Greffière : Mme Berseth Béboux \*\*\*\*\*

Cause pendante entre : A.M. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 12 et 13 LAI ; art. 1 OIC ; art. 2 al. 1 et 2 OMAI E n f a i t :

A. a) A.M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...], est née le [...] au terme d'une grossesse sans particularités. A compter du mois de janvier 2013, elle a présenté des spasmes lesquels ont nécessité une prise en charge en urgence du 22 au 24 janvier 2013 au X. \_\_\_\_\_ (ci-après : X. \_\_\_\_\_). Dans un rapport de sortie du 28 février 2013, les médecins de l'établissement précité ont posé comme diagnostic principal une suspicion du syndrome de West et comme diagnostics secondaires et comorbidités actives un retard du développement psychomoteur et une otite moyenne aiguë gauche. L'assurée, représentée par son père, B.M. \_\_\_\_\_, a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), soit des mesures médicales en raison d'une épilepsie infantile, par dépôt du formulaire ad hoc le 28 mai 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Par courrier du 24 juin 2013 à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en neuropédiatrie, a indiqué que l'assurée présentait une tétrasomie 15q associée à une hypotonie (diminution du tonus musculaire), un retard de développement et une épilepsie réfractaire. Elle était actuellement au bénéfice d'un traitement de Sabril et de Rivotril. L'assurée avait présenté des spasmes infantiles en janvier 2013. Pour le surplus, le médecin se référait à ses courriers des 16 janvier, 12 février, 5 mars et 5 avril 2013 adressés à la Dresse N. \_\_\_\_\_, pédiatre traitante. Le 5 juillet 2013, par l'intermédiaire du service d'ergothérapie de X. \_\_\_\_\_, l'assurée a sollicité la prise en charge d'un moyen auxiliaire d'un montant de 1'632 fr. 20 sous la forme d'une coque de posture thoraco-pelvienne dynamique avec appuie-tête en plastazote et watercolor moulée sur mesure et fixée sur un support en bois avec repose-pieds réglable. Une petite table à encoche complétait l'installation de manière amovible. Dans un rapport du 23 septembre 2013 à la Dresse N. \_\_\_\_\_, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint à l'Unité de

neuropédiatrie de X. \_\_\_\_\_, a confirmé les diagnostics de tétrasomie 15q associée à une épilepsie et un retard de développement global. S'agissant de l'appréciation du cas et des propositions, il a notamment relevé ce qui suit : « A.M. \_\_\_\_\_ présente un retard de développement global assez homogène avec, toutefois, des progrès qui se font de manière régulière. Sur le plan de la prise en charge thérapeutique toutes les mesures nécessaires ont d'ores et déjà été mise[s] en place. Vous avez effectué une demande de R.S. \_\_\_\_\_ [R.S. \_\_\_\_\_]. Cette prise en charge n'a pas encore débuté et on ne peut que souhaiter que celle-ci puisse démarrer prochainement. J'ai évoqué le fait qu'à partir de l'âge de 18 mois environ, il serait certainement utile d'ajouter aux prises en charge qui se mettent en place et en complément à la physiothérapie, une ergothérapie hebdomadaire, axée sur les aspects sensori-moteurs et praxiques. Concernant les équipements, les moyens de positionnement assis me semblent tout à fait adéquats. J'ai évoqué ce jour le fait qu'aussi vers l'âge de 18 mois, en fonction de l'évolution de A.M. \_\_\_\_\_, on pourrait envisager la mise en place d'une orthèse de verticalisation afin d'encourager l'acquisition de la position debout et d'améliorer encore le tonus axial et la mise en charge. Sur le plan assécurologique, les démarches sont en cours pour l'attribution du code OIC 387 épilepsie. Un contact a eu lieu avec Mme C.D. \_\_\_\_\_ des J.K. \_\_\_\_\_ [J.K. \_\_\_\_\_] Toutes les démarches administratives semblent très bien suivre. (...) ». Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à l'examen de son Service médical régional AI (SMR). Par avis médical du 14 février 2014, le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit : « Cette enfant présente une tétrasomie 15q associée à une épilepsie et à un retard de développement global. Elle bénéficie d'un traitement de l'épilepsie. La tétrasomie 15q est caractérisée par une hypotonie centrale précoce, un retard de développement, un déficit intellectuel, une épilepsie et des troubles du spectre autistique. En vertu du 6 CMRM, seules les mesures médicales concernant son épilepsie peuvent être prises en charge sous couvert du chiffre OIC 387. Ceci signifie pratiquement que les consultations chez le Dr B. \_\_\_\_\_, neuropédiatre, les traitements anti-épileptiques et les investigations en relation avec son épilepsie peuvent être prises en charge sous couvert du chiffre OIC 387. Le suivi à l'Unité de neuro-réhabilitation pédiatrique, chez le Dr T. \_\_\_\_\_, ainsi que l'ergothérapie, ne relèvent pas de l'AI car ils s'adressent à l'hypotonie sévère et au retard de développement qui sont des conséquences directes de sa tétrasomie 15q ». Par communication du 25 mars 2014, l'OAI a accordé à l'assurée la prise en charge des coûts afférents au traitement spécifique de l'épilepsie sous couvert du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC (réd. : chiffre de la liste des infirmités congénitales selon l'annexe à l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC ; RS 831.232.21]), soit les consultations chez le Dr B. \_\_\_\_\_, les traitements anti-épileptiques et les investigations en relation directe avec l'épilepsie et ce, du 16 janvier 2013 au 30 juin 2022. Par projet de décision du 25 mars 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser l'octroi de mesures médicales nécessaires sur le plan neuro-moteur (suivi à la consultation de neuroréhabilitation pédiatrique de X. \_\_\_\_\_, physiothérapie, ergothérapie, coque de posture, etc.). En effet, l'anomalie chromosomique présentée par l'assurée ne figurait pas dans la liste annexée de l'OIC et, partant n'ouvrait pas droit aux mesures de l'art. 13 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Par ailleurs, le dossier médical ne décrivait pas l'existence d'une autre atteinte à la santé satisfaisant aux critères de l'un ou l'autre des chiffres OIC sur le plan neurologique. Le 4 avril 2014, l'assureur-maladie de A.M. \_\_\_\_\_, à savoir A. \_\_\_\_\_, a contesté le projet précité, tout en précisant qu'il attendait des renseignements complémentaires avant de communiquer à l'OAI sa position

définitive. Le 15 mai 2014, l'assurée par l'intermédiaire de ses parents, eux-mêmes représentés par leur conseil, soit Me Anne-Sylvie Dupont, a contesté le projet de décision précité. Tout en constatant que le refus de mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI était motivé par le fait que l'anomalie chromosomique ne figurait pas dans l'annexe de l'OIC, l'assurée se prévaut de l'art. 12 LAI. Elle a soutenu qu'elle n'était pas en mesure d'exercer les travaux habituels qui sont ceux d'un enfant de son âge en raison de son trouble de la motricité. Elle a relevé que dans les cas répertoriés sur internet, les adultes souffrant de la même pathologie qu'elle avaient pu effectuer une formation scolaire voire professionnelle simple. Dans ce sens, le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que le suivi à la consultation de neuroréhabilitation devaient être compris comme des mesures visant à prévenir l'invalidité. Il en allait de même pour la coque de posture, dont la prise en charge peut être envisagée sous l'angle du chiffre 13.02\* de l'annexe à l'OMAI (ordonnance du DFI du 29 novembre 2976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité ; RS 831.232.51). L'assurée a complété son écriture le 30 mai 2014 en précisant qu'elle présentait une hypotonie qui pouvait être corrigée par des mesures médicales se référant à cet égard au rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 29 janvier 2014. A défaut, elle ne pourrait acquérir un tonus suffisant pour se tenir assise, puis debout, ce qui la priverait de toute possibilité d'acquérir une formation professionnelle. Par courrier du 9 mai 2014 à X. \_\_\_\_\_, l'OAI a souhaité être renseigné sur le but et le motif des prestations fournies en urgence le 22 décembre 2013. Le 2 juin 2014, plusieurs documents ont été versés au dossier, notamment un rapport du 21 décembre 2013 des urgences de pédiatrie de X. \_\_\_\_\_ faisant état comme diagnostic principal d'une infection aiguë des voies respiratoires supérieures avec comme diagnostics secondaires/comorbidités des crises convulsives toniques et une tétrasomie 15q. Par courrier du 16 juin 2014 à l'OAI, A. \_\_\_\_\_ a reconnu qu'il lui appartenait de servir ses prestations selon ses obligations légales. Dans un rapport médical du 30 juin 2014 faisant suite à un séjour du 28 mai au 10 juin 2014 et adressé à la Dresse N. \_\_\_\_\_, les médecins du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) de X. \_\_\_\_\_ ont notamment exposé ce qui suit : « Synthèse - Discussion et évolution A.M. \_\_\_\_\_ est hospitalisée pour surveillance clinique et observation d'épisodes de bruits respiratoires intermittents associés de façon intermittente à des pertes de contact, dans un contexte de nombreuses crises répétées sur les dernières 24h avant l'hospitalisation. Sur le plan neurologique Elle est initialement hospitalisée au F.G. \_\_\_\_\_ [F.G. \_\_\_\_\_], où elle reçoit une dose de phénytoïne i v. 20mg/kg avec résolution des épisodes de respiration bruyante Elle est ensuite transférée à l'étage de pédiatrie de X. \_\_\_\_\_ où elle bénéficie d'un EEG [électroencéphalographie ] pendant le sommeil, qui registre des crises à prédominance temporale gauche, nouvelles chez elle. Ces épisodes de respiration bruyante avec regard fixe sont donc mis sur le compte d'un phénomène épileptique et nous augmentons la dose d'Orfiril du soir. A noter qu'une composante mécanique obstructive liée à l'hypertrophie amygdalienne est possible. Suite à l'adaptation du traitement, A.M. \_\_\_\_\_ ne présente initialement plus d'épisodes de désaturation ni de respiration bruyante, mais elles se manifestent de nouveau et à plusieurs reprises les premières nuits après amygdalectomie. Il s'agit d'épisodes d'obstruction haute avec bruits respiratoires, associés à des désaturations jusqu'à 82% et regard fixe, d'une durée maximale de 40sec. Nous décidons donc d'augmenter le Lamictal, avec bonne évolution du point de vue des crises. Le 06 et le 07 06 A.M. \_\_\_\_\_ présente des crises de pleurs incoercibles, presque en continu, avec un status clinique qui reste superposable aux jours précédents, sans fièvre, et sans qu'on puisse mettre en évidence une cause

douloureuse, et qui ne se calment pas avec les antalgiques. On effectue un US [ultrason] abdominal à la recherche d'une invagination ou des signes d'appendicite, qui revient dans la norme. Devant ce tableau de pleurs, on évoque le diagnostic différentiel soit d'une irritabilité d'origine médicamenteuse due à l'augmentation du Lamictal, d'où la décision de le stopper le 08.06, soit de douleurs liées à l'adéno-amygdalectomie ayant eu lieu le 03.06 ou d'un nouveau type de crise. Nous n'avons pas d'argument clinique ou radiologique pour les causes somatiques telles qu'invagination, appendicite, infection (otite, méningite, angine, autre). Cette irritabilité avec pleurs importants disparaît le 09.06 nous menant à prendre surtout en considération l'hypothèse d'effet secondaire du Lamictal. Par contre les crises avec bruits respiratoires et désaturations se représentent le 10.06 matin, d'où la décision d'augmenter encore l'Orfiril long. On la laisse rentrer à domicile le 10.06 avec poursuite du suivi ambulatoire en neuro-pédiatrie. Sur le plan infectieux A.M. \_\_\_\_\_ présente une rhinite claire dès le début de l'hospitalisation. Elle reste afebrile, mais développe une otite moyenne aiguë séreuse dès le 02.06, raison pour laquelle elle est mise initialement sous traitement d'AINS [anti-inflammatoire anti-stéroïdien] (Méfénacide) d'office. L'évolution est favorable avec résolution de l'otite durant l'hospitalisation. Sur le plan ORL En raison d'une hypertrophie adéno-amygdalienne avec des otites à répétition, elle est retransférée au F.G. \_\_\_\_\_ le 02.06 où elle a bénéficié d'une adéno-amygdalectomie avec paracentèse bilatérale (en raison d'une otite sécrétoire gauche) le 03.06. Les suites post-opératoires sont simples et afebriles. Un traitement prophylactique par Co-Amoxicilline 30mg/kg/j d'Amoxicilline est débuté dès le 03.06, pour une durée totale de 8 jours. Sur le plan digestif A.M. \_\_\_\_\_ reste à jeun dans le post-opératoire immédiat avec perfusion complète ; par la suite elle reprend une alimentation entérale dès le 04.06 avec bonne tolérance, raison pour laquelle on peut sevrer la perfusion ». Dans un rapport du 18 juillet 2014 intitulé « observations pédagogiques », le R.S. \_\_\_\_\_ (ci-après : R.S. \_\_\_\_\_) a décrit la situation générale de la manière suivante : « A.M. \_\_\_\_\_ habite à [...] avec ses parents et ses [...] grandes sœurs. Son papa travaille à plein temps et sa maman à temps partiel. A.M. \_\_\_\_\_ vit dans une famille où tous sont présents et stimulants avec elle. A.M. \_\_\_\_\_ est accueillie à la garderie du R. \_\_\_\_\_ deux journées complètes et deux demi-journées par semaine depuis qu'elle a quelques mois. Elle bénéficie d'un soutien hebdomadaire de 20h de la T.U. \_\_\_\_\_. Une éducatrice est tout le temps auprès d'elle car elle a besoin d'une surveillance constante. Depuis décembre 2013, A.M. \_\_\_\_\_ est également accueillie au F. \_\_\_\_\_. Elle y va quelques jours par mois selon les besoins de la famille et les disponibilités du F. \_\_\_\_\_. Ce relais est important afin de permettre aux parents de dormir une nuit complète de temps en temps. En effet, les nuits sont difficiles pour A.M. \_\_\_\_\_. A.M. \_\_\_\_\_ est une enfant qui tombe peu malade mais lorsque ça arrive cela peut vite devenir compliqué et nécessiter une hospitalisation A.M. \_\_\_\_\_ est particulièrement fragile au niveau ORL. A.M. \_\_\_\_\_ est suivie en physiothérapie depuis l'âge de 3 mois. Elle bénéficie actuellement de deux séances par semaine avec K. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_. Elle bénéficie également d'ergothérapie avec S. \_\_\_\_\_ pour les moyens auxiliaires et d'une séance bi-mensuelle de logopédie avec H. \_\_\_\_\_. Dès le mois de septembre prochain, A.M. \_\_\_\_\_ aura de l'ergothérapie à domicile avec l'I. \_\_\_\_\_ de la Fondation G. \_\_\_\_\_. Mme M. \_\_\_\_\_ a également pris contact avec la Dresse P. \_\_\_\_\_ de la Consultation Q. \_\_\_\_\_ suite aux traits autistiques qu'elle observe chez sa fille. Le nombre de professionnels autour de A.M. \_\_\_\_\_ est important. Afin de pouvoir se coordonner au mieux, un premier réseau a eu lieu le 13 mai dernier chez la Dresse N. \_\_\_\_\_. (...).

Conclusion et perspectives Comme dit plus haut, A.M.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un grand nombre de suivis. Lors du dernier réseau, nous avons redéfini les priorités afin que l'organisation de la semaine soit acceptable pour A.M.\_\_\_\_\_ et sa famille. Le R.S.\_\_\_\_\_ va alors s'arrêter durant une année scolaire, avant de reprendre au mois d'août 2015 pour la préparation à la scolarité ». Dans un rapport du 22 juillet 2014 à la Dresse N.\_\_\_\_\_, le DMCP a fait état d'un séjour de l'assurée du 14 au 18 juillet 2014 en raison d'une exacerbation des crises épileptiques dans un contexte fébrile. Par communication du 3 septembre 2014 au père de l'assurée (faisant suite à un changement d'agent d'exécution), l'OAI a octroyé des mesures médicales, soit la prise en charge des coûts du traitement spécifique de l'épilepsie sous couvert du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC (consultations dans la division de neuropédiatrie du X.\_\_\_\_\_, traitements anti-épileptiques et investigations en relation directe avec l'épilepsie) du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 30 juin 2022. Afin de déterminer s'il pouvait intervenir pour les mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI, l'OAI a sollicité les rapports médicaux suivants : - un rapport du 6 octobre 2014 du Dr T.\_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante : « Mesures médicales pour intervention financière sous couvert de l'art. 12 LAI Quels sont les bénéfices d'ores et déjà obtenus par la physiothérapie et lesquels sont encore à attendre ? Acquisition de la position assise indépendante. Amélioration de la force, amélioration de la mobilité au sol (retournements). Poursuite du renforcement axial et amélioration de la motricité globale. Quelle est la durée prévisible du traitement de physiothérapie ? Jusqu'en fin de croissance longitudinale. Quels sont les bénéfices escomptés de l'ergothérapie, à débiter en septembre ? L'ergothérapie vise à fournir une stimulation globale, d'une part de la motricité globale et, d'autre part de la motricité fine et des aspects praxiques. Quelle est la durée prévisible de traitement d'ergothérapie ? Jusqu'en fin de scolarité obligatoire. De quelle ampleur est le retard de développement ? Retard de développement global modéré à sévère. Celui-ci peut-il, en tout ou en partie, se combler ? avec quelle probabilité ? Un comblement en totalité ne peut être envisagé. Un comblement en partie peut éventuellement être envisagé mais de manière très partielle. Au vu des données disponibles en particulier du diagnostic, quelles sont les chances pour A.M.\_\_\_\_\_ de suivre une scolarité et d'accéder à une capacité de gains, ne serait-ce qu'en atelier protégé ? Disposez-vous de statistiques relatives au diagnostic génétique ? On peut envisager que A.M.\_\_\_\_\_ puisse accéder à une scolarité en circuit ordinaire, mais au prix d'adaptations importantes. Il est difficile de se déterminer de manière définitive sur la capacité de gain actuellement, mais elle est improbable. Par rapport au diagnostic génétique, je me permets de vous référer à la base de données Orphanet, à laquelle vous pourrez accéder sans difficulté depuis google, où vous trouverez une description détaillée du syndrome sous tétrasomie 15q. Vous êtes déjà en possession de tous nos rapports ». - un rapport médical du 17 octobre 2014 de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, médecin associée à la division de génétique médicale de X.\_\_\_\_\_, - un rapport médical du 1<sup>er</sup> novembre 2014 de la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychologie, laquelle a précisé les éléments suivants : « (...). 2. Avez-vous pu poser un diagnostic ? Sur le plan pédopsychiatrique, A.M.\_\_\_\_\_ présente un autisme infantile qui se surajoute à toutes les autres difficultés qu'elle présente. 3. Avez-vous proposé un traitement, si oui lequel et pour quelle durée prévisible? Pour ses difficultés, A.M.\_\_\_\_\_ doit continuer son plan de traitement décrit sous point 2.7 [Mesures pédagogo thérapeutiques : R.S.\_\_\_\_\_ 1x/sem., et logopédie 1x/sem. ; ergothérapie 1x/sem. ; physiothérapie 2x/sem. et consultations pédopsychiatriques environ 1x/mois chez la Dresse H.I.\_\_\_\_\_]. En ce qui concerne son autisme, A.M.\_\_\_\_\_ nécessite quelques adaptations particulières

en plus dans le cadre de son quotidien et de ses soins et des propositions ont été faites lors d'une réunion avec les professionnels s'occupant de A.M.\_\_\_\_\_. Nous avons également proposé que les parents puissent faire bénéficier A.M.\_\_\_\_\_ d'un programme spécifique pour les enfants avec autisme et troubles du développement.

4. Quelle est l'évolution prévisible des troubles constatés par vos soins et leurs probables répercussions sur la capacité à suivre une scolarité puis une formation? Il est difficile de se prononcer sur l'évolution de A.M.\_\_\_\_\_ car elle est encore très jeune et malgré des difficultés importantes, on peut s'attendre à des progrès, surtout grâce au fait qu'elle soit de sexe féminin et qu'elle bénéficie d'une prise en charge très précoce. Actuellement, on peut prévoir qu'elle va nécessiter une scolarité spécialisée.

5. Pouvez-vous d'ores et déjà dire s'il est envisageable que A.M.\_\_\_\_\_ acquière une capacité de gain, ne serait-ce qu'en atelier protégé? Je pense qu'il ne faut pas prévoir la capacité de gain de A.M.\_\_\_\_\_ avant l'âge de 12 ans environ. (Pour étayer ma réponse, je vous transmets volontiers quelques exemples de mes patients qui ont fait des progrès importants avant l'adolescence) ».

- un rapport médical du 2 décembre 2014 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropédiatrie et médecin associé au DMCP, lequel suit l'assurée depuis mai 2014 pour son épilepsie : « 1. Avez-vous réussi à stabiliser son épilepsie avec un traitement médicamenteux et sinon, espérez-vous encore y parvenir? L'épilepsie de l'enfant susnommée n'est pas encore stabilisée sous une polythérapie. L'espoir de parvenir à stabiliser une épilepsie est toujours présent de manière générale chez un enfant. Pour l'instant on peut qualifier l'épilepsie de A.M.\_\_\_\_\_ comme pharmaco résistante car elle persiste malgré l'utilisation de plus de 2 médicaments antiépileptiques adaptés. Par ailleurs, dans son contexte génétique, il est connu que l'épilepsie peut être difficile à contrôler. Cependant, il est important de considérer les enfants au cas par cas car la réponse aux antiépileptiques et l'évolution de l'épilepsie dans le temps est tout à fait variable. Nous gardons donc l'espoir de parvenir à contrôler l'épilepsie dans un délai qui est encore indéterminé. 2. Est-ce que, indépendamment du retard global de développement, et avec le traitement médicamenteux introduit, l'épilepsie que présente A.M.\_\_\_\_\_ a une influence négative sur sa capacité à suivre une scolarité puis une formation professionnelle? L'épilepsie en elle-même pourra avoir une influence négative sur la scolarité future car les crises et l'activité inter-critique peuvent primordialement affecter le développement cognitif en plus de l'affection génétique dont elle est porteuse ». Par avis médical du 19 décembre 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit : « Une tétrasomie 15 Q a été diagnostiquée chez cette enfant qui présente une épilepsie pharmaco-résistante, une hypotonie, un retard de développement marqué et un autisme. A la lecture des différents rapports fournis, il apparaît certain que le retard pris n'est pas entièrement rattrapable. Le pronostic n'est pas favorable, la durée du traitement apparaît illimitée dans le temps, car liée à son atteinte chromosomique. Une activité en économie libre est avec vraisemblance prépondérante pas envisageable. Une activité en milieu protégé est également très peu probable, cependant sur ce dernier point, vu le jeune âge de l'enfant, il convient de demeurer prudent. Le suivi psychiatrique de l'autisme peut être pris en charge sous couvert du chiffre OIC 405. L'ergothérapie et la physiothérapie ne relèvent toutefois pas de ce chiffre, car elles traitent le retard de développement et l'hypotonie liés en tout premier lieu à son atteinte chromosomique ». Par communication du 23 janvier 2015, l'OAI a pris en charge les frais relatifs à la remise de casques de protection pour épileptiques sur prescription médicale du 28 mai 2014 au 31 mai 2024. L'OAI a en outre accordé la remise en prêt d'un siège de voiture CARROT 3, d'une plaque tournante ISO-TURN pour le siège

de voiture CARROT 3, d'un cadre de marche KIMI taille 2 avec pelotes latérales de bassin, d'un siège de bain Simplex, d'un pousse-pousse Swifty Reha-Buggy aux termes de communications du 23 janvier 2015. Par communication du 28 janvier 2015, l'OAI a pris en charge les mesures médicales, soit les coûts du traitement de l'infirmité congénitale sous chiffre 405 de l'annexe à l'OIC du 11 avril 2014 au 30 avril 2019. Invité à compléter ses affirmations par des références médicales issues de la littérature spécialisée, le Dr W. \_\_\_\_\_ a, par avis médical du 3 février 2015, exposé ce qui suit s'agissant du développement de l'assurée : « Rapport du 18.07.2014 de Mme Z. \_\_\_\_\_ de la Fondation C. \_\_\_\_\_, la fillette est alors âgée de 2 ans : l'enfant est capable alors de sourire, d'exprimer un mécontentement, elle peut suivre un objet du regard, s'orienter vers les sources sonores. Habituellement à cet âge (2 ans), un enfant marche, commence à courir, parle et débute des phrases courtes. Rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 06.10.2014. enfant âgée de 2 ans et 4 mois : « Retard de développement global modéré à sévère ». « Un comblement en totalité ne peut pas être envisagé, un comblement en partie peut éventuellement être envisagé, mais de manière partielle ». « Il est difficile de se déterminer de manière définitive sur la capacité de gain actuellement, mais elle est improbable ». Rapport de M. F.F. \_\_\_\_\_, ergothérapeute, daté du 03.01.2015 : les capacités motrices et participatives de A.M. \_\_\_\_\_ sont minimales. Son maintien en position assise n'est pas stable à 2½ ans. Elle nécessite non seulement d'un pousse-pousse, mais d'un appui-tête, une ceinture 5 points, une pelote de tronc pour contrôler la posture et prévenir des déformations. Pour rappel, un enfant de 2½ ans peut habituellement courir, faire des petites phrases. Lire le rapport d'I.Z. \_\_\_\_\_ sur cette affection très rare : le langage expressif est absent ou très pauvre, souvent écholalique. La compréhension est très limitée et contextuelle. L'intention de communiquer est absente ou très limitée. Ce site est une référence pour les maladies orphelines. D'autres sites consultés disent la même chose. Rapport du 09.12.2014 du Dr V. \_\_\_\_\_, neuropédiatre : « Il s'agit d'une affection rare avec seulement 1000 cas recensés. Le pronostic sur le plan cognitif et épileptique peut être sévère ». En conclusion, cette enfant souffre d'une épilepsie, d'un retard de développement et d'un autisme sur anomalie chromosomique. Elle a sans aucun doute droit à une allocation pour impotence. Nous espérons tous des améliorations de son épilepsie et des progrès dans son développement, mais on doit constater que la différence entre son développement et celui attendu d'un enfant habituel a nettement augmenté en une année. Il est très peu vraisemblable qu'une quelconque activité rémunérée, même très réduite, puisse être envisagée ». Par décision du 6 mars 2015, l'OAI a rejeté la demande d'octroi de mesures médicales liées à l'anomalie chromosomique, que ce soit sous le couvert de l'art. 13 LAI ou de l'art. 12 LAI, sous forme de physiothérapie, ergothérapie, suivi médical, moyens de traitement, standing, coque de posture, investigations auprès du Dr J. \_\_\_\_\_ à [...], etc. Constatant que le refus d'intervenir sous l'angle de l'art. 13 LAI n'était pas contesté, l'OAI a confirmé en sus son projet de décision du 25 mars 2014. Il a en outre indiqué que la prise en charge de la coque de posture sous couvert du chiffre 13.02\* OMAI n'était pas envisageable, car l'assurée n'était pas encore scolarisée. B. Par acte de son mandataire du 27 avril 2015, A.M. \_\_\_\_\_, représentée par ses parents, recourt contre la décision précitée et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit aux mesures médicales nécessaires sur le plan neuromoteur, en particulier à une coque de posture, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle rappelle qu'elle a déposé des demandes distinctes pour les mesures médicales

découlant spécifiquement de l'épilepsie et de l'autisme, les mesures médicales rendues nécessaires par la première ayant déjà été octroyées. La prise en charge de l'autisme a fait l'objet d'une décision de principe, mais la liste des thérapies prises en charge ne lui a pas été communiquée. L'objet du recours est circonscrit aux « mesures médicales rendues nécessaires sur le plan neuro-moteur (suivi à la consultation de neuroréhabilitation pédiatrique de X. \_\_\_\_\_, physiothérapie, ergothérapie, coque de posture, etc.). La recourante ne conteste pas que la tétrasomie qu'elle présente ne figure pas dans la liste établie par le Conseil fédéral en annexe de l'OIC, ni que de cette anomalie chromosomique découlent d'autres pathologies identifiables soit l'épilepsie sous chiffre 387 de l'annexe OIC et l'autisme du chiffre 405 de l'annexe à l'OIC. Elle allègue qu'il n'est pas possible d'exclure que l'autisme soit à l'origine des troubles du développement neuromoteur, l'hypotonie et les difficultés du contrôle postural étant des signes cliniques accompagnant souvent le diagnostic d'autisme. Elle se réfère à ce propos au questionnaire complété par la Dresse P. \_\_\_\_\_ qui a préconisé un traitement d'ergothérapie et de physiothérapie. Elle ajoute qu'elle ne doit pas subir de préjudice de ce que l'anomalie chromosomique ait été mise à jour, car ses parents auraient pu s'opposer à ces investigations génétiques (art. 5 LAGH [loi fédérale du 8 octobre 2004 sur l'analyse génétique humaine ; RS 810.12]). Elle relève que le Dr V. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 9 avril 2015) a confirmé que les enfants atteints de ce syndrome génétique avaient classiquement un syndrome autistique. Elle estime dès lors qu'il est impossible d'exclure que les troubles neuromoteurs qu'elle présente, soient partiellement au moins la conséquence de l'autisme diagnostiqué, si bien qu'elle doit bénéficier de mesures médicales sous l'angle de l'art. 13 LAI. Subsidiairement, elle allègue que les mesures de neuro-réadaptation doivent être prises en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI, précisant que l'affirmation du médecin du SMR en termes de diagnostic et durée du traitement est impossible, la pathologie présentée étant encore mal et peu connue. Dès lors, le traitement de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que le suivi à la consultation de neuroréhabilitation doivent être compris comme des mesures visant à prévenir l'invalidité, au sens de l'art. 12 LAI. Enfin, la recourante constate que la prise en charge de la coque de posture sous l'angle du chiffre 13.02\* de l'annexe à l'OMAI n'exige pas la scolarisation, si bien que l'exigence posée par l'OAI ne découle d'aucune base légale. Elle se réserve le droit de requérir la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neutre. Elle dépose un lot de pièces sous bordereau. Dans sa réponse du 16 juin 2015, l'intimé se réfère au chiffre 11 CMRM (circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI) et à l'avis médical du SMR du 4 juin 2015 pour conclure que les mesures médicales ne peuvent pas être prises en charge sur la base de l'art. 13 LAI. Il estime au demeurant que les conditions cumulatives prévues à l'art. 12 LAI ne sont pas remplies en l'espèce. S'agissant de la coque de posture, l'intimé retient qu'elle s'avère nécessaire en particulier à la crèche et dans le cadre du Service éducatif itinérant, pour que l'assurée puisse participer à la vie sociale, interagir et être en mesure de faire attention à ce qui se passe autour d'elle (cf. rapport de l'ergothérapeute du 13 janvier 2015). L'intimé propose dès lors l'admission du recours en ce qui concerne la coque de posture au titre de moyen auxiliaire au sens de l'art. 21 LAI et le chiffre 13.02\* de l'annexe à l'OMAI. Dans sa réplique du 6 juillet 2015, la recourante note que l'intimé a adhéré à ses conclusions s'agissant de son droit à une coque de posture à titre de moyen auxiliaire au sens de l'art. 21 LAI et du chiffre 13.02\* de l'annexe à l'OMAI, raison pour laquelle le recours doit être admis sur ce point. Elle estime que l'application de l'art. 11 CMRM dans le cadre d'une maladie orpheline conduit à un résultat disproportionné et discriminatoire. Dans sa duplique du 31 août 2015, l'intimé se réfère à la réponse de

l'OFAS du 19 janvier 2015 en lien avec le chiffre 11 CMRM et les maladies orphelines. Il en ressort qu'une révision de la liste annexée à l'OIC est prévue et que l'ajout de certaines pathologies rares sera alors examiné. S'agissant de l'art. 12 LAI, l'intimé rappelle que la disposition précitée ne permet pas d'intervenir pour des mesures médicales qui comme en l'occurrence seront nécessaires pour une durée illimitée ou, à tout le moins, pour une longue durée indéterminée ou lorsque le pronostic favorable quant à l'amélioration de la future capacité de gain est par trop incertain. Dans ses écritures des 23 octobre, 6 et 12 novembre 2015, le conseil de la recourante a produit un rapport médical du 9 août 2015 du Dr J. \_\_\_\_\_ du L.M. \_\_\_\_\_, un extrait du site internet de l'hôpital précité au sujet du Dr J. \_\_\_\_\_, lequel est le Directeur du conseil professionnel de la Dup 15q Alliance, ainsi que différents rapports établis par le N.O. \_\_\_\_\_ de P.Q. \_\_\_\_\_ suite à un séjour de l'assurée du 31 août au 9 octobre 2015. Dans ses déterminations du 30 novembre 2015, l'intimé relève que certains progrès ont pu être constatés lors du séjour en centre de réhabilitation à P.Q. \_\_\_\_\_. De tels progrès, qui sont par ailleurs le but de toute mesure médicale, ne suffisent pas en soi à qualifier les thérapies prodiguées à l'assurée de mesures médicales dites de « réadaptation » au sens de l'art. 12 LAI. Dans son écriture du 8 janvier 2016, le conseil de l'assurée souligne notamment que la documentation disponible sur les personnes atteintes de la même pathologie que l'intéressée prouve que ces dernières sont capables d'évoluer suffisamment pour faire une formation et avoir une activité professionnelle simple. Pour le surplus, elle se réfère intégralement à ses écritures précédentes, précisant que l'argumentation principale du recours est fondée sur l'art. 13 LAI, la voie de l'art. 12 LAI n'étant invoquée qu'à titre subsidiaire. Par courrier du 29 mars 2016, Me Joël Crettaz a fait savoir au Tribunal qu'il avait repris la défense des intérêts de la recourante, en remplacement de Me Dupont. Les parties n'ont pas procédé plus avant. 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. 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 régie 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 a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. 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). 3. Dans un premier moyen, l'assurée recourt contre la décision du 6 mars 2015 en faisant valoir que les troubles neuromoteurs font partie du cortège des symptômes de l'autisme au sens du chiffre 405 de l'annexe à l'OIC et qu'il doivent par conséquent être pris en charge par l'intimé sous l'angle de l'art. 13 LAI se référant à cet égard au questionnaire complété par la Dresse P. \_\_\_\_\_ qui préconisait un traitement d'ergothérapie et de physiothérapie. La recourante a en outre ajouté qu'il « ressort clairement du préavis du 25 mars 2014 que l'objet du présent recours est circonscrit « aux mesures médicales nécessaires sur le plan neuro-moteur (suivi à la consultation de neuroréhabilitation pédiatrique de X. \_\_\_\_\_, physiothérapie, ergothérapie, coque de posture, etc.. » » . a) A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Conformément à l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2). L'existence de l'art. 13 LAI s'explique historiquement par le fait que, lors de l'entrée en vigueur de la LAI (en 1960), il n'y avait pas encore d'assurance-maladie obligatoire. Depuis 1996, l'assurance-maladie obligatoire prend également en charge les conséquences financières des infirmités congénitales, toutefois de manière subsidiaire par rapport à l'AI (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 395/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2, in : SVR 2003 IV n° 12 p. 35). Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC. Aux termes de cette ordonnance, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1, première phrase, OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC). En prenant en charge le traitement des infirmités congénitales des assurés âgés de moins de 20 ans révolus, l'AI encourage et finance dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – de handicaps qui seront susceptibles d'entraver les assurés à l'âge adulte. On notera en particulier que le traitement de l'affection en tant que telle est compris dans le cadre l'art. 13 LAI ; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc). Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexée, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2, deuxième phrase, OIC ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416). Selon la jurisprudence, la liste de l'annexe de l'OIC se fonde sur un critère fonctionnel ; sa systématique permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. Pour des affections polysymptomatiques, le traitement d'une pluralité de troubles est à la charge de

l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC (TF 9C\_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ; TFA I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5a). Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien de causalité adéquate qualifié (ATF 129 V 207 consid. 3.3). Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable (ATFA 1962 p. 48 consid. 1). Il n'est cependant pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse elle-même les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale spécifique ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de la causalité adéquate (VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 75 consid. 3b ; ATF 100 V 41 consid. 1 ; TFA I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b et les références ; cf. également Valterio, op.cit., n° 1552 p. 420). Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate (TF 8C\_80/2010 du 15 juin 2010 consid. 2.2 et jurisprudence citée ; cf. également Valterio, op. cit., ibidem). Dans tous les cas, la reconnaissance du lien de causalité doit être soumise à une appréciation restrictive du fait précisément que l'art. 13 LAI limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale comme telle (VSI 1998 p. 252 consid. 2a). b) En l'occurrence, il sied de constater que dans le cadre de son préavis du 25 mars 2014, l'intimé avait refusé la prise en charge des troubles neuromoteurs sous l'angle de l'art. 13 LAI, faute pour la tétrasomie 15q de figurer dans la liste annexée à l'OIC. Une prise en charge « globale » de toutes les conséquences de cette anomalie chromosomique n'était dès lors pas envisageable sous l'angle de l'art. 13 LAI. Par ailleurs, le dossier médical ne décrit pas l'existence d'une autre atteinte à la santé satisfaisant aux critères de l'un ou l'autre des chiffres OIC sur le plan neurologique. Les rapports du N.O. \_\_\_\_\_ de P.Q. \_\_\_\_\_ produits par la recourante en cours de procédure mentionnent au premier plan le diagnostic de tétrasomie 15q avec notamment comme sous-diagnostic des troubles du spectre autistique, un retard de développement marqué, une épilepsie et une hypotonie. Cette dernière pathologie a été constatée très tôt dès la sortie de la maternité et bien avant les manifestations de l'autisme en avril 2014 et des convulsions apparues six mois après la naissance, soit en janvier 2013. L'intimé a reconnu par communication du 25 mars 2014 que la recourante présente une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, soit une épilepsie correspondant au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et a ainsi octroyé diverses prestations à ce titre, singulièrement des mesures médicales destinées à traiter l'épilepsie (consultations chez le Dr B. \_\_\_\_\_, puis le Dr V. \_\_\_\_\_, traitements anti-épileptiques et investigations en relation directe avec l'épilepsie). Dans le cadre de sa contestation du 15 mai 2014 et de son complément du 30 mai 2014, la recourante n'a pas remis en cause les conclusions de l'intimé sous l'angle de l'art. 13 LAI, mais a soutenu que sa demande de mesures médicales devait également être examinée au regard de l'art. 12 LAI. C'est dans ce contexte que l'intimé a rendu la décision litigieuse du 6 mars 2015, limitée à la question de l'examen des conditions d'application de

l'art. 12 LAI. Dans l'intervalle, soit par communication du 28 janvier 2015, il a toutefois octroyé des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI pour des troubles du spectre autistique correspondant au chiffre 405 de l'annexe à l'OIC et mis en évidence en avril 2014 par la Dresse P. \_\_\_\_\_ – soit postérieurement au préavis du 25 mars 2014 –, précisant que l'assurée recevrait une communication séparée pour les thérapies demandées et que les mandataires chargés de l'exécution étaient la Dresse P. \_\_\_\_\_ pour l'évaluation et la Dresse H.I. \_\_\_\_\_ pour le suivi pédopsychiatrique. c) Au vu des éléments précités, il sied de constater que la recourante ne remet pas en cause le fait que la tétrasomie 15q dont elle souffre ne figure pas dans la liste annexée à l'OIC. A cet égard, il y a lieu de mentionner que le Conseil fédéral est conscient qu'une mise à jour de la liste des infirmités congénitales s'impose, la dernière révision complète datant de 1985 (rapport explicatif du 4 décembre 2015 de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI], p. 21 et ss). Certaines affections «nouvelles», notamment certaines maladies rares, seront introduites dans la liste des infirmités congénitales si elles remplissent les nouveaux critères. En l'occurrence, la prise en charge de la tétrasomie 15q reste à l'heure actuelle exclue sous l'angle de l'art. 13 LAI, sous réserve de deux infirmités congénitales reconnues par l'intimé, soit d'une part une épilepsie correspondant au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC (communication du 25 mars 2014) et d'autre part, des troubles du spectre autistique correspondant au chiffre 405 de l'annexe à l'OIC (communication du 28 janvier 2015). Dans ce contexte, la question de savoir si les troubles neuro-moteurs présentés par la recourante sont liés à l'autisme, indépendamment de l'influence de l'anomalie chromosomique, et s'ils doivent être pris en charge dans le cadre du chiffre 405 OIC, respectivement sous l'angle de l'art. 13 LAI, ne saurait être examinée dans le cadre de la présente procédure. Il appartiendra en effet à la recourante de faire valoir ce grief dans le cadre d'une éventuelle procédure de contestation, respectivement de recours, à la suite de la communication séparée du 28 janvier 2015 relative à l'octroi de mesures médicales en lien avec le chiffre 405 de l'annexe à OIC, laquelle ne fait pas l'objet du présent recours. A cet égard, il convient de rappeler que dans le cadre de son recours, l'intéressée a admis que si la prise en charge de l'autisme avait fait l'objet d'une décision de principe, la liste des thérapies prises en charge ne lui avait pas encore été communiquée. Il est donc prématuré d'examiner si le refus d'un suivi de neuroréhabilitation sous chiffre 405 de l'annexe à l'OIC doit être assimilé à une discrimination contraire au principe d'égalité de traitement, dans l'hypothèse où l'assurée subirait un préjudice en lien avec la mise à jour de son anomalie chromosomique. Sur ce point, le recours doit donc être rejeté. 4. Dans un second moyen, la recourante fait valoir que les mesures de neuro-réadaptation doivent être prises en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI, car elle présente des troubles fonctionnels de la motricité qui l'empêchent d'avoir les mêmes activités qu'un enfant de son âge. En d'autres termes, elle n'est pas en mesure d'exercer les « travaux habituels » qui sont ceux d'un enfant de son âge aux termes de l'art. 12 LAI. Selon le conseil de l'assurée, le développement de cette dernière est stable, sans stagnation, ni régression. Tout en admettant qu'il est impossible de formuler un pronostic en termes de durée du traitement, elle est d'avis que l'absence de prise en charge sur le plan neuro-moteur exclut d'emblée toute possibilité d'acquérir un jour une capacité de travail ou la capacité de vaquer aux travaux habituels d'une personne du même âge sans atteinte à la santé. 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 la 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 81 consid. 1, 102 V 41 consid. 1 ; TF 9C\_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 2.2, 9C\_1074/2009 consid. 2.1). 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. 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). 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'AI 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, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 consid. 3b, 101 V 50 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 52 consid. 3c, 98 V 211 consid. 4b ; TF 9C\_850/2011 du 5 avril 2012 consid. 4.1). b) En l'espèce, il ressort du rapport établi par le Dr V. \_\_\_\_\_ le 9 avril 2015, que la mise en place de diverses mesures thérapeutiques et préscolaires va apporter une évolution positive en terme de confort, d'autonomie et de progrès global à la recourante qui vient d'acquérir la marche, a des capacités de communication non verbales et une épilepsie contrôlée. Sans remettre en cause le but des

mesures précitées visant à assurer le développement de l'assurée, il sied de constater que pour les médecins traitants de l'assurée, la durée des mesures médicales ne peut pas être prévue de manière précise. L'assurée est ainsi suivie en physiothérapie depuis l'âge de 3 mois, à raison actuellement de deux séances par semaine, en ergothérapie et en logopédie par une séance bimensuelle (rapport du 18 juillet 2014 du R.S. \_\_\_\_\_). Le Dr T. \_\_\_\_\_ (rapport du 6 octobre 2014) qualifie le retard de développement global de modéré à sévère, précisant qu'un comblement en totalité ne peut pas être envisagé, un comblement en partie pouvant éventuellement être envisagé, mais de manière partielle. S'agissant de la capacité de gain, il a estimé qu'il était difficile de se déterminer de manière définitive, mais qu'elle était improbable. A cet égard, le Dr J. \_\_\_\_\_ a certes conclu de manière générale que des enfants atteints d'une tétrasomie 15q étaient en mesure de finir l'école obligatoire et d'assumer un emploi peu qualifié. Il ne s'est toutefois pas prononcé quant au cas de l'assurée admettant qu'il était difficile de savoir comme elle allait évoluer (rapport du 19 août 2015). Finalement, le SMR a retenu que le pronostic n'était pas favorable et que la durée du traitement apparaissait illimitée dans le temps, car elle était liée à son atteinte chromosomique. c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans constate que la durée des mesures médicales dépend d'une évolution favorable du cas, dont on ne peut pas dire si elle se réalisera ou non et, le cas échéant, quand. Finalement, la durée du traitement n'est pas déterminée et reste aléatoire. Compte tenu de ces éléments, il apparaît qu'une des conditions d'octroi des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI n'est pas donnée et qu'en conséquence celles-ci doivent être refusées. 5. Il résulte que le recours ne peut être que très partiellement admis, dans une mesure limitée à la prise en charge d'une coque de posture, que l'intimé a accepté de prendre en charge à titre de moyen auxiliaire au sens de l'art. 21 LAI et le chiffre 13.02\* de l'annexe à l'OMAI (cf. réponse du 16 juin 2015, p. 3). Le recours est pour le surplus rejeté. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, qui voit son recours pour l'essentiel rejeté, sont arrêtés à 200 francs. b) N'obtenant gain de cause que dans une mesure extrêmement restreinte, la recourante ne saurait prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). De plus, il convient de souligner que l'intimé a de son propre chef admis la prise en charge de la coque de posture au stade de la réponse. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est très partiellement admis. II. La décision, rendue le 6 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est réformée en ce sens que la coque de posture est prise en charge par cet Office (chiffre 13.02\* de l'annexe à l'OMAI). Elle est maintenue pour le surplus. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Joël Crettaz (pour la recourante), à Lausanne, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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.