

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 5 vom 22. Februar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-02-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__5)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 5 du 22 février 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 5 del 22 febbraio 2024

### Regeste

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, REJET DE LA DEMANDE, ERGOTHÉRAPIE, PHYSIOTHÉRAPIE | 12 LAI, 13 LAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 5

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, REJET DE LA DEMANDE, ERGOTHÉRAPIE, PHYSIOTHÉRAPIE | 12 LAI, 13 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 372/19 - 64/2024 ZD19.049612 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 22 février 2024 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher ,

présidente Mme Berberat et M. Wiedler, juges Greffière : Mme Meylan \*\*\*\*\*

Cause pendante entre : Y. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par son père

XY. \_\_\_\_\_ , également à [...], et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 12 et 13 LAI E n f a i t : A. Y. \_\_\_\_\_

(ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], atteint d'un syndrome polymalformatif (agénésie rénale gauche et double système collecteur rénal droit, communication interauriculaire et foramen ovale perméable), représenté par ses parents, a déposé des demandes de mesures médicales auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date des 19 avril et 9 août 2018. Outre le diagnostic principal précité, l'assuré souffre également d'une malformation anorectale avec iléus obstructif, d'une malformation du 1<sup>er</sup> arc branchial gauche, d'un kyste branchial du 4<sup>e</sup> arc à droite, d'un appendice pré-auriculaire droit, de l'absence de conduit auditif externe à gauche et d'une surdité à 80 dB (cf. rapports des 4 mai 2018 de la Dre F. \_\_\_\_\_ , spécialiste en pédiatrie, et 25 mai 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_ , spécialiste en pédiatre et médecine intensive). Hospitalisé depuis sa naissance, l'assuré a subi une colostomie de décharge pour malformation anorectale basse le 12 avril 2018 ainsi qu'une cure par abord sagittal postérieur de cette malformation de type fistule périnéale le 20 août 2018.

L'appendice pré-auriculaire et le kyste branchial ont également été excisés le 20 août 2018.

Y. \_\_\_\_\_ , toujours représenté par ses parents, a ensuite formulé une demande

d'allocation pour impotent le 28 août 2018. B. A l'occasion d'un entretien téléphonique du 7 septembre 2018, l'OAI a informé le père de l'assuré que l'ostéopathie, la psychomotricité et la logopédie n'étaient pas des mesures qui relevaient de l'assurance-invalidité.

Hospitalisé du 4 octobre au 18 décembre 2018, initialement en raison d'une bronchiolite,

l'assuré a été diagnostiqué avec un syndrome d'apnée obstructive sévère. Par rapport du

11 octobre 2018, C. \_\_\_\_\_ , physiothérapeute, a indiqué que l'évolution de l'assuré était assez favorable du fait des limitations imposées par sa stomie, ses nombreux vomissements et ses problèmes de santé. Au moment de la rédaction dudit rapport, la motricité globale de

l'assuré semblait assez harmonieuse et variée. Il mobilisait bien les membres supérieurs et le pédalage des membres inférieurs était dans la norme. Sa mobilité de nuque était tout à fait satisfaisante tant dans la rotation que dans l'inclinaison ; il restait cependant un plat postérieur esthétique. La physiothérapeute précisait que son travail consistait surtout à stimuler le développement global moteur de l'assuré et à enseigner à la famille la stimulation de ce développement, ainsi qu'à contrôler sa motricité pour pouvoir réagir au plus vite si des troubles apparaissaient. Il lui était difficile de prévoir une durée de prise en charge. Selon le rapport du 16 octobre 2018 des Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, spécialistes en neurochirurgie, une IRM [imagerie par résonance magnétique] du névraxe avait été effectuée et mettait en évidence une moelle qui descendait jusqu'à L2 avec un lipome du filum terminal, sans malformation de Chiari associée, et également une suspicion de fusion au niveau des vertèbres cervicales, toutefois non confirmée au vu du jeune âge de l'assuré. Neurologiquement, l'assuré ne présentait pas de problème, avec une bonne motricité, un bon tonus au niveau des membres inférieurs, une interaction avec l'entourage et un suivi du regard. D'un point de vue neurochirurgical, il n'y avait pas d'acte chirurgical à prévoir, au vu de l'absence de traduction clinique de sa moelle attachée basse. Il était toutefois remarqué une discrète plagiocéphalie postérieure, pour laquelle il avait été expliqué aux parents de poursuivre avec les mesures positionnelles. Dès le 21 novembre 2018, l'assuré a pu bénéficier du port d'un implant auditif à ancrage osseux. L'assuré a ensuite subi un rétablissement de continuité colique le 3 décembre 2018 ainsi qu'une exploration scrotale droite en urgence, un sondage transurétral, une ponction d'hydrocèle droite et une ligature du canal péritonéo-vaginal droit en date du 11 décembre 2018. Dans son rapport du 26 décembre 2018, M. \_\_\_\_\_, ergothérapeute pédiatrique au Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : Q. \_\_\_\_\_), a mentionné que l'assuré avait bénéficié de séances d'ergothérapie à raison d'une à deux séances hebdomadaires du 19 octobre au 18 décembre 2018 à la demande du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, pour suivi et adaptation du silicone de l'oreille gauche, du coussin de tête, ainsi que pour soutenir son développement sensori-moteur. Elle précisait également que l'assuré était suivi en ergothérapie depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018 pour la mise en place d'une adaptation en élastomère vert pour favoriser l'ouverture de l'oreille gauche qui était régulièrement modifiée. Les objectifs étaient de : soutenir le développement psychomoteur au quotidien par le biais de stimulations sensori-motrices réalisées en partenariat avec les parents, éviter la péjoration de la brachycéphalie en conseillant les parents et en favorisant des positionnements variés et efficaces, et favoriser le développement de l'oreille gauche par le biais d'adaptations dans l'attente d'une intervention chirurgicale. Il était prévu un suivi en physiothérapie deux fois par semaine, à domicile, par C. \_\_\_\_\_, ainsi qu'une fois toutes les trois semaines en logopédie avec V. \_\_\_\_\_. Le suivi en ergothérapie était prévu avec L. \_\_\_\_\_, à domicile, une fois par semaine, en continuité du suivi en ergothérapie au Q. \_\_\_\_\_ pour les aspects de chirurgie pédiatrique pour l'oreille gauche ainsi que pour le suivi de la brachycéphalie. C. Dans le cadre de l'instruction des demandes pour mesures médicales, l'OAI a, par communications du 17 janvier 2019, informé l'assuré de la prise en charge : - des coûts d'ergothérapie ambulatoire médicalement prescrite en rapport avec les infirmités congénitales ch. 441 OIC et ch. 444 OIC (aplasie majeure de l'oreille gauche et surdité transmissionnelle), du 2 mai 2018 au 30 avril 2023, à raison de deux à trois séances hebdomadaires ; - d'un appareil acoustique à ancrage osseux (appareil acoustique BAHA 5) ; - des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 313 OIC (communication interauriculaire), du 2 mai 2018 au 30 avril 2038 ; - des coûts du traitement de l'infirmité

congénitale ch. 441 OIC et ch. 444 OIC, du 2 mai 2018 au 30 avril 2038 ; - des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 342 OIC (agénésie rénale gauche avec deux systèmes collecteurs droits), du 2 mai 2018 au 30 avril 2038 ; - des coûts du traitement des infirmités congénitales ch. 232 OIC (malformation du 1<sup>er</sup> arc branchial gauche et kyste branchial du 4<sup>e</sup> arc à droite avec appendice pré-auriculaire à droite) et ch. 274 OIC (malformation anorectale avec iléus obstructif), du 2 mai 2018 au 30 avril 2038 ; - des coûts du traitement des infirmités congénitales ch. 232 OIC, ch. 274 OIC, ch. 313 OIC, ch. 342 OIC, ch. 441 OIC et ch. 444 OIC, du 11 au 19 avril 2018. L'OAI a également octroyé sa prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 381 OIC (lipome du filum terminal) et des appareils médicalement prescrits nécessaires au traitement, du 2 mai 2018 au 30 avril 2038 (cf. communication du 25 février 2019) ; des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 274 OIC (traitement des troubles alimentaires en lien direct avec la malformation anorectale), du 20 avril 2018 au 2 mai 2018 ; des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 251 OIC (laryngomalacie), du 10 avril 2018 au 31 mars 2023 ; et des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 356 OIC (hydrocèle bilatérale dont le scrotum aigu est une conséquence directe), du 12 juillet 2018 au 31 juillet 2022 (cf. communications du 11 avril 2019). Le 2 mai 2019, l'OAI a dressé un récapitulatif des atteintes reconnues, et a exposé attendre des renseignements complémentaires concernant la suspicion de scoliose et de fusion vertébrale cervicale ainsi que s'agissant de la physiothérapie. A cette occasion, l'OAI a également indiqué ne pas prendre en charge la glossoptose et la rétrognathie. D. Le 8 mai 2019, V. \_\_\_\_\_, logopédiste, a indiqué à l'OAI que dans les suites des malformations cervico-faciales, notamment de la laryngomalacie, rétrognathie et glossoptose, ainsi que la discoordination pharyngo-laryngée, l'assuré avait été pris en charge par l'équipe de logopédistes pédiatriques dès ses premiers jours de vie alors qu'il était hospitalisé en néonatalogie ainsi que tout au long de l'hospitalisation qui avait suivi. Dès son retour à domicile en décembre 2018, la logopédie s'était poursuivie en ambulatoire, à raison de deux séances par mois environ. Les objectifs étaient : le suivi de l'alimentation, la succion, la déglutition et la mastication, en sus de la stimulation des praxies bucco-linguo-faciales et de la normalisation de la sensibilité intrabuccale ainsi que de la stimulation de la communication et des bases du langage. En réponse au courrier précité, l'OAI a expliqué, en date du 14 mai 2019, au père de l'assuré, que selon l'art. 14 LAI, les mesures médicales comprenaient le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (let. a). De plus, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), l'assurance invalidité ne pouvait plus prendre en charge les frais pédagogiques thérapeutiques dont la logopédie faisait partie. Par conséquent, la prise en charge de la logopédie n'était pas de son ressort. E. Le 27 mai 2019, la Prof. R. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a attesté que l'assuré avait été suivi au niveau physiothérapeutique pour un torticolis les 17, 20, 24 et 25 avril ainsi que le 1<sup>er</sup> et 2 mai, notant la poursuite de la physiothérapie à la maison deux fois par semaine pour le positionnement de la tête. Au niveau ergothérapeutique, l'assuré avait été suivi les 13 et 16 avril pour la confection et l'installation d'un coussin de positionnement. Au niveau logopédique, il avait été vu les 23 et 30 avril pour un trouble de la déglutition avec une bonne évolution par la suite. Selon l'avis du 5 juin 2019 de la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, en allergologie et en immunologie clinique, médecin auprès du Service

médical régional (ci-après : SMR), il n'y avait pas d'infirmité congénitale sous laquelle la physiothérapie et l'ergothérapie pouvaient être prises en charge. En outre, bien que la physiothérapie et l'ergothérapie hebdomadaires étaient médicalement justifiées, les critères pour les octroyer sous couvert de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplis. La physiothérapie et l'ergothérapie traitaient l'affection de l'assuré comme telle et n'avaient pas un but de réhabilitation. La durée de ces mesures était vraisemblablement longue, car il s'agissait d'un assuré très jeune, qui présentait des comorbidités susceptibles de diminuer l'autonomie et la perte de gain par elles-mêmes, chez qui il était difficile de faire un pronostic. C'est ainsi que par communication du 17 juin 2019, l'OAI a informé le père de l'assuré de la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 251 OIC (en raison de la sténose distale malformative de la trachée et du syndrome d'apnée obstructive sévère), sous forme de l'appareil respiratoire (CPAP) et de la physiothérapie respiratoire, du 1<sup>er</sup> février 2019 au 31 mars 2023. Il a également informé l'assuré de la prise en charge des coûts liés à l'alimentation artificielle du 20 mars 2019 au 31 mars 2021 sous ch. 274 OIC (cf. communication du 12 juin 2019, remplacée par celle du 4 juillet 2019). Le 23 juin 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son père, a formulé des objections à l'encontre de ces communications, souhaitant une prise en charge antérieure au 1<sup>er</sup> février 2019. Il a, par ailleurs, rappelé attendre une décision quant à la prise en charge de la physiothérapie pour le développement. Interpellé par l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport sur la prise en charge ergothérapeutique en date du 26 juin 2019, duquel il ressort que l'assuré présentait un examen neurologique normal, sans signe pyramidal, extrapyramidal ou cérébelleux. Il souffrait toutefois d'un discret décalage du développement moteur au moment de sa sortie d'hospitalisation en décembre 2018, un enfant de huit mois commençant à pouvoir tenir assis, à supporter son poids en position ventrale, position qu'il n'avait que très peu explorée au cours de ses longues hospitalisations depuis sa naissance. Il ne disposait également que de peu de motricité fine. Ce décalage était mis « sur le compte des longues hospitalisations et en l'absence de troubles neurologiques « francs » avec de bons espoirs d'évolution favorable avec la poursuite de la prise en charge ». Ce praticien a ajouté que les problématiques congénitales, notamment les malformations faciales et auriculaires étaient prises en charge par la chirurgie pédiatrique du Q. \_\_\_\_\_ ainsi que par les ergothérapeutes, si bien qu'il ne pouvait se prononcer sur l'indication d'ergothérapie pour ce domaine. Par projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'OAI a refusé la prise en charge de l'ergothérapie et de la physiothérapie. Bien que suivi par l'ergothérapeute depuis le 19 octobre 2018 et pour de la physiothérapie depuis le 14 mai 2018, ces traitements ne pouvaient pas être pris en charge par l'assurance-invalidité car ils n'étaient pas motivés par l'une des infirmités congénitales reconnues. L'OAI a observé que, dans son rapport du 11 octobre 2018, la physiothérapeute affirmait que les nombreux problèmes de santé et la lourde prise en charge médicale entravaient un développement moteur normal. L'objectif de la physiothérapie était de stimuler le développement moteur global, prévoir une durée de la prise en charge était difficile. Le pronostic était favorable. Par ailleurs, de l'ergothérapie était aussi effectuée à raison d'une séance par semaine à domicile par L. \_\_\_\_\_ et un suivi ponctuel par le service d'ergothérapie ambulatoire du Q. \_\_\_\_\_ pour l'appareillage de l'oreille gauche ainsi que pour le coussin de positionnement de la tête. Outre la physiothérapie respiratoire admise par ses soins, bien que la physiothérapie et l'ergothérapie hebdomadaires ambulatoires étaient médicalement justifiées, ces traitements n'étaient pas motivés par une infirmité congénitale reconnue et relevant de l'assurance-invalidité. Une prise en charge sous l'angle de l'art. 13 LAI était exclue. Quant

à l'art. 12 LAI, le SMR concluait que l'ergothérapie et la physiothérapie traitaient l'affection comme telle et n'avaient pas un but de réhabilitation. La durée de ces mesures était vraisemblablement longue, car il s'agissait d'un assuré très jeune, qui présentait des comorbidités susceptibles de diminuer l'autonomie et la perte de gain par elles-mêmes, chez qui il était difficile de faire un pronostic. Dans de telles circonstances, une intervention de sa part sous l'angle de l'art. 12 LAI était également exclue. Faisant suite à ce projet, dans son rapport du 18 juillet 2019 à l'attention de l'OAI, la Dre B.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a expliqué que les multiples affections congénitales dont souffrait l'assuré avaient mené à de multiples hospitalisations. Ces hospitalisations qui avaient pour conséquence un alitement pendant des semaines, avaient eu un impact sur le développement moteur de l'assuré, qui avait développé une hypotonie globale, ainsi qu'une plagiocéphalie, lesquelles avaient nécessité une prise en charge par l'ergothérapie et la physiothérapie dès ses premiers mois de vie. De plus, l'assuré avait présenté dès les premiers mois de vie des difficultés respiratoires, directement liées aux multiples malformations et qui avaient nécessité une prise en charge par la physiothérapie respiratoire assez rapidement (et non seulement depuis février 2019). Ces mesures avaient été mises en place pour éviter de futures séquelles qui entraveraient la capacité du gain de l'assuré, d'une durée limitée et dont le pronostic était favorable. Elles remplissaient donc, à son avis, les critères de l'art. 12 LAI. Selon le rapport d'ergothérapie du 23 juillet 2019 de L.\_\_\_\_\_, cette dernière avait rencontré l'assuré pour la première fois à son domicile le 15 janvier 2019 pour un retard du développement sensori-moteur et était dès lors intervenue de manière irrégulière en raison de multiples hospitalisations et maladies. Les premières séances avaient été axées sur la mise en place de matériels plus adaptés aux difficultés (chaise de positionnement, siège de bain, etc.). Ces aménagements avaient rapidement permis à l'assuré d'être plus actif en raison d'un meilleur positionnement, ce qui avait positivement influencé les activités de la vie quotidienne telles que les repas (prenait spontanément et de manière autonome avec les mains), les moments de jeux assis à table avec sa famille et le bain (jouait avec l'eau et avec de petits objets). Étant plus actif en position assise, cela avait amélioré son tonus postural. L'assuré pouvait également se retourner lorsqu'il était couché sur le ventre ou le dos et commençait à marcher si un adulte lui donnait la main. Les passages de position lui posaient encore problème et l'empêchaient d'être totalement autonome dans ses mouvements et déplacements. Il avait donc encore besoin d'être stimulé pour passer de la position couchée à assise et d'assise à debout. Malgré son retard, il présentait un bon potentiel de développement. De plus, durant les séances d'ergothérapie centrées sur le développement sensori-moteur, les parents avaient reçu beaucoup d'informations sur comment stimuler de manière efficace, au quotidien leur enfant. La poursuite du traitement d'ergothérapie était nécessaire afin de veiller au bon développement sensori-moteur, mais aussi de vérifier que le matériel utilisé au quotidien restait adapté. En parallèle, de la physiothérapie, une séance d'ergothérapie par mois était considérée comme suffisante. De plus, au vu des progrès qu'il avait déjà faits, le suivi ne devait vraisemblablement pas durer plus d'un à deux ans. L'assuré a été hospitalisé en date du 6 août 2019 et a subi une résection trachéale sous ECMO [extracorporel membrane oxygenation] avec exérèse de quatre anneaux circulaires ainsi que la pose d'un drain transtympanique à droite les 7 et 19 août 2019. Par courrier du 5 août 2019, l'assuré a notamment présenté ses objections au projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2019. Le 12 septembre 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, a indiqué suivre l'assuré pour son syndrome malformatif de type VACTERL avec,

notamment, d'un point de vue maxillofacial, une micromandibulie congénitale selon le ch. 208 OIC, puisqu'il présentait un retentissement respiratoire avec SAOS nécessitant une CPAP nocturne. Dans son rapport, il a relevé que l'assuré avait bénéficié, depuis sa naissance, de physiothérapie, ergothérapie, logopédie et ostéopathie, qui avaient eu un effet fortement bénéfique dans son évolution. Ce praticien demandait ainsi à l'OAI de se positionner quant à la prise en charge d'un tel traitement. Entretemps, par communication du 7 octobre 2019, l'OAI a indiqué prendre en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 208 OIC, y compris les consultations en chirurgie maxillo-faciale, ORL, orthodontie et examens radiologiques, du 22 novembre 2018 au 30 avril 2038. Par décision du 7 octobre 2019, suivant l'avis du 3 octobre 2019 du SMR, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2019 refusant la prise en charge des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie. En effet, la prise en charge ergothérapeutique n'avait pas de lien avec une des infirmités congénitales reconnues chez l'assuré. Les séances, bien que prévues pour une durée limitée, n'étaient vraisemblablement pas suffisantes pour obtenir des résultats importants en termes d'autonomie dans un délai de deux ans, étant donné que l'assuré était encore très jeune et qu'il présentait plusieurs comorbidités, qui étaient en parties encore à investiguer (par exemple : atteinte neurologique et atteinte vertébrale). Les conditions pour l'octroi de l'ergothérapie sous couvert de l'art. 12 LAI n'étaient pas réunies. Quant à la physiothérapie, l'assuré bénéficiait de physiothérapie respiratoire sous couvert du ch. 251 OIC. A leur connaissance, l'assuré ne bénéficiait pas d'un suivi neurologique et il n'y avait pas d'éléments cliniques pour une infirmité congénitale neurologique. L'assuré avait été vu en physiothérapie, vraisemblablement entre avril et mai 2018, pour un torticolis. Cette atteinte ne remplissait pas les critères d'une infirmité congénitale. Il n'y avait pas de nouveaux éléments pour octroyer la prise en charge de la physiothérapie sous couvert des infirmités congénitales déjà reconnues chez l'assuré ni sous couvert de l'art. 12 LAI. F. Également par décision du 7 octobre 2019, l'OAI a refusé la prise en charge des mesures médicales concernant la suspicion de fusion des vertèbres cervicales. En effet, les examens radiologiques réalisés mentionnaient qu'une fusion des vertèbres cervicales C5-C6 ne pouvait être exclue, mais en l'absence de répercussion fonctionnelle, il n'y avait pas la nécessité de confirmer cela par un scanner. En l'état du dossier, l'existence d'une infirmité congénitale relevant de l'infirmité congénitale ch. 152 OIC n'avait pas pu être démontrée. G. Parallèlement aux mesures médicales, l'OAI a, par décision du 29 octobre 2019, octroyé à l'assuré une allocation d'impotence dès sa naissance. H. Par acte du 7 novembre 2019, Y. \_\_\_\_\_, représenté par son père, a recouru à l'encontre de la décision du 7 octobre 2019 de l'OAI refusant la prise en charge de l'ergothérapie et de la physiothérapie devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la prise en charge par l'assurance-invalidité de tous les frais de physiothérapie, ergothérapie, logopédie et ostéopathie dès sa naissance et pour le futur, et également sous l'angle de l'art. 12 LAI. A l'appui de son recours, il a fait référence aux rapports du 18 juillet 2019 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et du 12 septembre 2019 du Dr X. \_\_\_\_\_. Il a également produit un rapport du 31 octobre 2019 de la Prof. R. \_\_\_\_\_ et de la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, lequel a la teneur suivante : « Votre enfant présente donc de multiples malformations, touchant sévèrement plusieurs systèmes (pulmonaire, digestif, rénal, système ostéoarticulaire, ORL, sensoriel). Durant les premières semaines de vie, il a présenté des anomalies de tonus et de posture (notamment torticolis débutant et raideur de nuque) qui ont motivé une prescription de physiothérapie positionnelle puis neurodéveloppementale. Après un bref séjour à la maison, il a dû être réhospitalisé pour des

troubles alimentaires et respiratoires. Son premier vrai retour à domicile a eu lieu à 8 mois de vie. Il a donc nécessité et il nécessitera dans le futur, de nombreuses hospitalisations, ainsi que des interventions chirurgicales (et des anesthésies générales !) qui pourront avoir un impact basé sur l'évidence, sur sa croissance et son développement psychomoteur (cf. dernier rapport de l'unité de développement de juin 2019 en annexe). En tant que médecins responsables de cet enfant, nous avons prescrit les thérapies susmentionnées pour préserver son potentiel développemental au mieux possible afin de lui offrir les meilleures chances scolaires et sociales. Heureusement, et grâce à cette prise en charge précoce, le retard de développement de Y. \_\_\_\_\_ est très minime, et se limite surtout à un retard de la motricité grossière (cf. rapport UD) sans toucher les autres sphères développementales. La prise en charge de Y. \_\_\_\_\_ nous semble donc parfaitement entrer dans le cadre des mesures (art. 12) de nature à améliorer de façon durable et importante les performances et l'intégration de cet enfant. » Par réponse du 16 janvier 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée concernant la décision de refus pour les mesures médicales relatives au ch. 152 OIC. Par réplique du 21 janvier 2020, le recourant a relevé que la réponse de l'intimé n'était pas en lien avec son recours, ce dernier portant sur le refus de prise en charge des frais de physiothérapie, ergothérapie, logopédie et ostéopathie. Par duplique du 24 février 2020, l'OAI a réitéré ses conclusions quant au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, renvoyant aux considérants de la décision. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, l'objet du litige est délimité par la décision du 7 octobre 2019, laquelle a nié le droit à la prise en charge de mesures médicales sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie. Elle ne se prononce en revanche pas sur le droit à des mesures médicales sous forme de logopédie et d'ostéopathie. Dans ces conditions, la conclusion du recourant portant sur la prise en charge des frais de logopédie et d'ostéopathie sort du cadre du litige, si bien qu'elle est irrecevable. c) Par conséquent, le présent litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge, par l'assurance-invalidité, de mesures médicales sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1 er janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du

19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 7 octobre 2019 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 4. a) Selon 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 81 consid. 1 ; 102 V 41 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. 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 ; 104 V 82 et 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). Cette disposition s'applique également aux assurés âgés de moins de 20 ans qui n'exercent pas d'activité lucrative (art. 5 al. 2 LAI). 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 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 ;

ATF 101 V 43 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de l'art. 12 al. 1 LAI 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 ; TF 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3). b) Selon le ch. 32 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), valable à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2019, les critères cumulatifs à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'appliquer l'art. 12 LAI sont les suivants : L'invalidité doit être avérée ou probable. La mesure médicale ne peut pas être prévue pour une longue durée indéterminée. Il ne doit pas y avoir d'affections secondaires importantes susceptibles de leur côté de diminuer la capacité de gain (voir ch. 35 ; VSI 2000, p. 303 ; voir arrêt du TF 9C\_695/2009 du 1<sup>er</sup> décembre 2009, consid. 2.1 ). L'amélioration de la capacité de gain doit être importante et durable. La mesure médicale doit pouvoir se fonder sur un pronostic favorable. La mesure médicale doit être nécessaire, reconnue du point de vue scientifique, simple et adéquate, c'est-à-dire qu'elle doit être économiquement raisonnable. Les infirmités congénitales de peu d'importance ne permettent pas de fonder un droit à des prestations. Il doit exister un rapport raisonnable et acceptable entre les dépenses et le succès de la mesure. Le succès de la réadaptation ne saurait à lui seul représenter un critère valable de délimitation dans le cadre de l'art. 12 LAI. c) S'agissant spécifiquement de l'ergothérapie, la CMRM énonce notamment à son ch. 1014 qu'en vertu de l'art. 12 LAI, cette thérapie est prise en charge par l'assurance-invalidité lorsqu'elle ne fait plus, objectivement et temporellement, partie du traitement de l'affection comme telle. Le ch. 1017 CMRM expose encore que l'ergothérapie doit être ordonnée par un médecin et que l'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'acquisition de capacités ou d'habiletés. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement. d) En ce qui concerne la physiothérapie, le ch. 1038 CMRM prévoit qu'en principe, la physiothérapie en tant que mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI n'est pas nécessairement une mesure médicale de réadaptation. Elle ne le devient que si, nettement séparée du traitement de l'affection primaire, elle s'adresse à des états pathologiques relativement stabilisés et vise directement la réadaptation professionnelle. 5. Aux termes 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). La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA comme toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC qui contient une liste, en annexe, énumérant les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 al. 2 OIC). 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). 6. Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit

litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 7. a) En l'espèce, plusieurs des conditions cumulatives pour une prise en charge des mesures médicales sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie selon l'art. 12 LAI ne sont pas réalisées. On relèvera tout d'abord qu'il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une invalidité pour laquelle il bénéficie d'ailleurs d'une allocation pour impotent ni que la poursuite des deux traitements lui serait bénéfique. Il est indéniable que le recourant a réalisé certains progrès, relevés par les professionnels l'ayant suivi. Ainsi, il disposait d'un meilleur tonus postural ; il pouvait se retourner lorsqu'il était couché sur le ventre ou le dos et commençait même à marcher si un adulte lui tenait la main (cf. rapport du 23 juillet 2019 de L. \_\_\_\_\_). Toutefois, pour que des mesures médicales puissent être octroyées sous l'angle de l'art. 12 al. 1 LAI, une certaine progression ne suffit pas. Ces éléments ne sauraient ainsi être pris en compte pour la prise en charge litigieuse par l'assurance-invalidité. aa) Dans le cas d'espèce, tant la Prof. R. \_\_\_\_\_ que la Dre B. \_\_\_\_\_ ou encore le Dr W. \_\_\_\_\_ ont mentionné que les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie ont été motivés par les multiples hospitalisations causées par les infirmités congénitales dont souffrait le recourant, lesquelles ont eu un impact sur sa motricité (cf. rapports des 26 juin 2019 du Dr W. \_\_\_\_\_, 18 juillet 2019 de la Dre B. \_\_\_\_\_ et 31 octobre 2019 de la Prof. R. \_\_\_\_\_). Ce faisant, ces praticiens admettent que ces thérapies ne traitent pas le syndrome polymalformatif mais visent à soigner les conséquences de cette atteinte au niveau du développement moteur du recourant. Ainsi, on doit considérer, en se fondant sur la jurisprudence, que les mesures médicales qui visent les conséquences de l'affection doivent être considérées comme des mesures ayant pour objet le traitement de l'affection elle-même, ce qui exclut déjà une prise en charge par l'assurance-invalidité. bb) De surcroît, pour être prises en charge, les mesures médicales doivent également pouvoir se fonder sur un pronostic favorable. La Dre G. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré qu'il était difficile de faire un pronostic chez un assuré très jeune, qui présentait des comorbidités susceptibles de diminuer l'autonomie et la perte de gain par elles-mêmes (cf. avis du 5 juin 2019). En réponse aux questions de l'intimé au sujet du pronostic, le Dr W. \_\_\_\_\_ s'est limité à indiquer qu'il y avait de « bons espoirs » d'évolution favorable avec la poursuite de la prise en charge ergothérapeutique, sans se prononcer sur la physiothérapie (cf. rapport du 26 juin 2019). La Dre B. \_\_\_\_\_ s'est, quant à elle, contentée de mentionner que le pronostic était « favorable » sans plus de détails (cf. rapport du 18 juillet 2019). Les praticiens ne se sont ainsi pas prononcés avec précision sur cette question. cc) Enfin, pour pouvoir être octroyées, les mesures médicales ne doivent également pas être prévues pour une longue durée indéterminée. En effet, selon jurisprudence, les mesures médicales doivent notamment permettre d'atteindre un résultat certain dans un laps de temps déterminé (TF 9C\_588/2021 du 27 juin 2022 consid. 6.2.2 et la référence). Or, il ressort des

pièces versées au dossier, que la durée des mesures ne semble pas déterminée en ce sens que la Dre B. \_\_\_\_\_ évoque des mesures d'une « durée limitée » (cf. rapport du 18 juillet 2019), sans indication claire de durée, évoquant au surplus des mesures « mises en place pour éviter de futures séquelles qui entraveraient la capacité de gain du recourant ». Si cette praticienne semble donc considérer qu'une physiothérapie, puis une ergothérapie, sont susceptibles de préserver la capacité de gain du recourant, elle n'indique pas si les mesures préconisées pourront par la suite être levées, de manière prévisible. La Prof. R. \_\_\_\_\_ fait d'ailleurs état de « nombreuses hospitalisations, anesthésies et interventions chirurgicales » dans le futur (cf. rapport du 31 octobre 2019), ce qui permet de conclure qu'en présence d'un si jeune assuré, le délai de deux ans, déterminé par l'ergothérapeute (cf. rapport du 23 juillet 2019), n'apparaît pas suffisant pour qu'il devienne autonome, d'autant plus que la physiothérapeute a elle-même indiqué qu'il lui était difficile de prévoir une durée de prise en charge (cf. rapport du 11 octobre 2018 de C. \_\_\_\_\_). Il convient dès lors de se rallier aux conclusions du SMR, la durée des mesures médicales n'étant pas déterminée et restant aléatoire. dd) A titre exhaustif, il faut souligner que l'indication du traitement d'ergothérapie n'est pas justifiée par des troubles neurologiques tant les spécialistes en neurochirurgie (les Drs N. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 16 octobre 2018) que le pédiatre traitant du recourant, le Dr W. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 26 juin 2019), exposant que le recourant ne présente pas de problèmes neurologiques. b) Au vu de ce qui précède, il apparaît que plusieurs conditions d'octroi de mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI ne sont pas réalisées et que l'intimé était fondé à refuser la prise en charge de la physiothérapie et de l'ergothérapie. c) Finalement, le recourant ne conteste pas le refus de la prise en charge des frais d'ergothérapie et de physiothérapie sous l'angle de l'art. 13 LAI. S'agissant toutefois de sa remarque sur « le code 208 OIC (...) accepté le 7 octobre 2019 », lequel pouvait « donc [être mis en] lien direct [avec] les différentes prestations mentionnées et le code OIC en question » (cf. acte de recours), il sied de relever que l'intimé a octroyé au recourant la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale ch. 208 OIC, y compris les consultations en chirurgie maxillo-faciale, ORL, orthodontie et examens radiologiques, du 22 novembre 2018 au 30 avril 2038, sans mention des frais de physiothérapie ou d'ostéopathie. Le recourant ne formule aucun autre argument ni n'élève aucune prétention à l'égard de l'art. 13 LAI et le dossier constitué ne fournit pas d'élément permettant d'admettre que les conditions citées pour l'application de l'art. 13 LAI sont remplies en l'espèce, d'autant plus que les mesures réclamées par le recourant n'ont pas pour but de traiter l'une des infirmités congénitales reconnues mais consistent à stimuler son développement moteur global. C'est donc à juste titre que l'intimé a également rejeté la demande du recourant sous cet angle. 8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 200 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause et ayant procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. II. La décision rendue le 7 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge du recourant. 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 : ■  
XY. \_\_\_\_\_ (pour Y. \_\_\_\_\_), ■ 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.