

VD_GERICHTE ZD16.028682 vom 6. Februar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.028682

FR: VD_GERICHTE ZD16.028682 du 6 février 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.028682 del 6 febbraio 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 163/16 - 37/2017 ZD16.028682 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 6 février 2017 _____ Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Bonard, assesseur Greffière : Mme Raetz ***** Cause
pendante entre : W. _____, à [...], recourante, agissant par ses parents C. _____ et
Q. _____, audit lieu, eux-mêmes représentés par Me Karim Hichri, avocat auprès
d'Inclusion Handicap, à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR
LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 12 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...],
est née le [...] 2004 au [...] au terme d'une grossesse sans particularités. Elle est entrée en
Suisse le 24 mai 2011 au bénéfice d'un permis B. Le 19 janvier 2012, l'assurée a déposé,
par ses parents, une demande de mesures médicales de l'assurance-invalidité (ci-après : AI)
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI ou
l'intimé), en raison d'une infirmité congénitale, précisant quant au genre de l'atteinte «
paralysie cérébrale, épilepsie ». Dans son rapport du 25 janvier 2012, la Dresse
T. _____, spécialiste en pédiatrie et médecin responsable au Centre Z. _____, a
exposé que l'assurée avait nouvellement intégré cette école spécialisée et a détaillé ses
observations à son sujet. Elle a également indiqué que l'intéressée bénéficiait d'une séance
de physiothérapie par semaine, qui allait être augmentée à deux séances hebdomadaires, et
qu'un traitement en ergothérapie allait débiter prochainement. Par avis médical du 10
janvier 2013, le Dr J. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a
expliqué que la paralysie cérébrale et l'épilepsie n'étaient pas congénitales, mais acquises à
la suite d'une infection, soit une méningite survenue durant la période néonatale. Dès lors, le
suivi et le traitement ne pouvaient être pris en charge sous l'angle des ch. 387 (épilepsies
congénitales) et 390 (paralysies cérébrales congénitales) de l'annexe à l'OIC (ordonnance du
9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21). Ce médecin a
relevé qu'une prise en charge serait néanmoins possible en application du ch. 495 de cette
annexe (infections néonatales sévères), à la condition que l'infection se soit manifestée
durant les 72 premières heures de vie. Le 14 février 2013, sur demande de l'OAI, la mère de
l'assurée a transmis un rapport du 29 juillet 2004 du Dr N. _____ de l'Hospital

- 3 - L. _____, au [...], établi à la suite de l'hospitalisation de l'assurée. Ce médecin a
indiqué que l'enfant avait été admise le 20 juillet 2004, soit à 15 jours, pour des motifs de
fièvre et de gémissements, et qu'auparavant, elle se portait bien. Il a notamment posé le
diagnostic de méningite. Par avis médical du 18 avril 2013, le Dr J. _____ du SMR a
constaté que la méningite avait débuté à 15 jours de vie, de sorte que le ch. 495 de l'annexe
à l'OIC ne pouvait être retenu. S'agissant d'une prise en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI
(loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), il a exposé qu'il était

difficile de se prononcer sur le pronostic et la durée des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie. Il a indiqué qu'il convenait d'en admettre la prise en charge, ainsi que du suivi à la consultation de neuroréhabilitation, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013, et d'examiner l'évolution à la fin de cette période. Par communication du 30 avril 2013, l'OAI a informé le père de l'assurée de la prise en charge du traitement d'ergothérapie, de physiothérapie, ainsi que du suivi à la consultation de neuroréhabilitation, ceci du 12 janvier 2012 au 31 décembre 2013. Par décision du 13 mai 2013, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour une impotence de degré moyen dès le 24 mai 2011, date de son entrée en Suisse, ainsi que d'un supplément pour soins intenses en cas de séjour à la maison. Par courrier du 15 mai 2013, l'OAI a sollicité auprès du Centre Z._____ des renseignements quant aux limitations fonctionnelles de l'assurée lesquelles motivaient la physiothérapie. En réponse à ce courrier, la Dresse T._____, a fait état, le 25 mai 2013, d'un hémisyndrome droit, de chutes fréquentes, d'une course peu efficace, ainsi que de troubles de l'équilibre, de la coordination et du schéma corporel.

- 4 - Par décision du 23 août 2013, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures médicales sur le plan orthodontique. Dans un rapport du 25 février 2014, la Dresse T._____ a exposé ses observations relatives à l'intéressée et a indiqué que cette dernière bénéficiait, par semaine, de deux séances d'ergothérapie, ainsi que de deux séances de physiothérapie l'une à sec, l'autre en piscine. Le 30 avril 2014, la mère de l'intéressée a déposé une demande auprès de l'OAI tendant à la prise en charge des mesures médicales de physiothérapie et d'ergothérapie. Par la suite, l'OAI a prié la Dresse T._____ de lui fournir des informations quant à la description des troubles fonctionnels, à l'évolution sous l'effet des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, aux objectifs thérapeutiques visés, à la durée prévisible, ainsi qu'au pronostic. En réponse à cette demande, la Dresse T._____ a transmis, le 13 novembre 2014, un rapport du 1er avril 2014 de D._____, ergothérapeute au sein du Centre Z._____, exposant les objectifs fixés, ainsi que ses observations. Elle a notamment fait état de quelques progrès de l'assurée, par exemple que cette dernière regardait désormais spontanément s'il y avait des obstacles par terre avant de se déplacer, et a relevé que dans d'autres domaines, tels l'autonomie, elle notait peu de changements. Etaient également joint un rapport de synthèse pour l'année 2014, non daté, établi par K._____, physiothérapeute, qui énonçait les objectifs fixés, tels qu'améliorer la coordination, l'organisation spatio- temporelle ou l'utilisation des membres supérieurs. Par communication du 27 juillet 2015, l'OAI a fait part au père de l'assurée de la prise en charge des coûts d'une orthèse tibiale et d'un support orthopédique selon prescription médicale et ce, du 15 juin 2015 au 31 juillet 2022.

- 5 - Dans un rapport du 19 octobre 2015, V._____, ergothérapeute au Centre Z._____, a notamment indiqué que l'assurée avait fait des progrès au niveau de la mémoire de travail, « mais cela rest[ait] encore très limité », et au niveau grapho-moteur. Elle a conclu que l'assurée progressait continuellement dans tous les domaines. L'intéressée avait besoin de temps et de guidance verbale pour progresser. L'ergothérapeute a en outre noté qu'il était très important que l'assurée continue à entraîner son autonomie et les aspects plus cognitifs et moteurs en ergothérapie. Par avis médical du 20 novembre 2015, le Dr J._____ du SMR a notamment fait état de ce qui suit : « Sous l'angle de l'art. 12 LAI, le pronostic est sombre et la patiente ne pourra pas avoir, avec vraisemblance prépondérante, la moindre activité en économie libre ou même rémunérée à minima. Le suivi à la consultation de neuro-réhabilitation, ainsi que l'ergothérapie et la physiothérapie ne vont

pas améliorer sa capacité de gain ou sa réadaptation, en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, de manière importante et durable. La durée du traitement est illimitée dans le temps. Les conditions pour continuer à admettre la prise en charge des mesures médicales sous couvert de l'art. 12 LAI ne sont pas remplies. » Par projet de décision du 30 novembre 2015, l'OAI a informé le père de l'assurée qu'il entendait refuser la prise en charge du traitement d'ergothérapie et de physiothérapie au-delà du 31 décembre 2013. Se référant à l'avis de son service médical, il a indiqué que ces mesures n'allaient pas améliorer la capacité de gain ou de réadaptation de l'intéressée en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, de manière durable, et que la durée du traitement était illimitée. Ainsi, les conditions pour admettre la prise en charge selon l'art. 12 LAI n'étaient plus réalisées. Par courrier du 20 décembre 2015, le père de l'assurée a contesté ce projet, en expliquant que depuis sa naissance, sa fille avait effectué des progrès que les médecins tenaient pour impossibles. En outre, il a notamment sollicité une réévaluation de l'état de son enfant.

- 6 - Dans un rapport du 8 janvier 2016, la Dresse M. _____, spécialiste en neuropsychologie, et B. _____, psychologue assistante, exerçant au sein de l'Unité de neurologie et de neuroréhabilitation pédiatrique du P. _____ (ci-après : P. _____), ont exposé ce qui suit : « Discussion : Le profil neuropsychologique actuel de W. _____ est relativement similaire à celui observé en 2013. A l'avant plan, nous observons toujours un traitement de l'information visuelle extrêmement particulier, caractérisé par des troubles visuels et oculomoteurs sévères. Ces difficultés sont toutefois concordantes avec les atteintes cérébrales postérieures séquellaires de la méningo-encéphalite néonatale. Un autre aspect qui ressort de façon plus marquée dans ce bilan est le profil comportemental dysexécutif (digressions, comportement d'utilisation, difficultés d'inhibition), qui évoque plutôt une atteinte frontale. Ces difficultés sont actuellement très sévères et ont également un impact sur les capacités d'apprentissage et la gestion des informations mnésiques chez W. _____. Les fluctuations importantes entre les domaines rapportées par l'école et par la maman ne sont donc pas purement mnésiques, mais plutôt une conséquence des difficultés exécutives. En ce qui concerne le fonctionnement cognitif, W. _____ présente toujours un retard mental grave, toutefois elle a montré une belle évolution depuis la dernière évaluation (gagné 1 ½ - 2 ans en 2 ans chronologique). Il semble donc que le changement pharmacologique ait eu un effet vraiment positif et mesurable. A la lumière de ces difficultés, l'enseignement spécialisé dont bénéficie W. _____ semble tout à fait adéquat et adapté à ces difficultés. De plus, à la lumière des progrès observés, il semble que W. _____ bénéficie de ce qu'on peut lui apporter et continue d'évoluer à son rythme. Le bilan de Mme X. _____ dans le domaine visuel permet d'identifier plus précisément les difficultés de W. _____ afin de mieux s'adapter à elles et nous encourageons la mise en pratique des exercices proposés à la fois à l'école et à la maison. » Par courrier du 26 février 2016, la Prof. R. _____, spécialiste en neuropédiatrie, ainsi que les Drs F. _____ et S. _____, tous deux spécialistes en pédiatrie, exerçant au sein de l'Unité de neurologie et de neuroréhabilitation pédiatrique du P. _____, ont exposé soutenir complètement la demande des parents quant aux mesures médicales demandées. Ils ont indiqué que l'assurée nécessitait un soutien par logopédie, ergothérapie et physiothérapie, ainsi qu'une intégration en école spécialisée. Selon eux, cette prise en charge multidisciplinaire avait d'une part permis à l'intéressée de progresser à son rythme dans ses

- 7 - acquisitions et son autonomisation dans la vie quotidienne, et d'autre part de prévenir des complications liées à son infirmité motrice, telles que des contractures ou des

déformations ostéoarticulaires. Le 3 mars 2016, l'OAI a prié la Dresse T. _____ de lui fournir des informations concernant la durée prévisible des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, ainsi que son pronostic par rapport à la scolarité, la future formation et la capacité de gain de l'assurée. L'OAI a également demandé s'il était envisageable que l'intéressée acquière une capacité de gain, le cas échéant en atelier protégé. Dans un rapport du 11 mars 2016, la Dresse T. _____ a indiqué que l'assurée présentait une paralysie cérébrale et que, s'agissant d'une affection définitive sans possibilité de guérison à long terme, la durée des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie était à prévoir tout au long de sa croissance, au minimum pour une durée de deux ans. Elle a ajouté qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur la future capacité de gain de l'assurée. Il était toutefois certain que les prises en charge limiteraient les conséquences secondaires de son atteinte, telles les rétractions musculo-tendineuses, une déformation orthopédique et un retard scolaire. Elles permettraient également une « meilleure autonomie au quotidien et insertion professionnelle ». Etaient annexée à son rapport une synthèse du 10 mars 2015 de la physiothérapeute K. _____, qui relevait les progrès réalisés durant l'année et les différents objectifs fixés. Etaient également jointe une synthèse, datée du même jour, de l'ergothérapeute V. _____, qui concluait que l'assurée progressait à son rythme et qu'elle avait besoin de beaucoup répéter pour intégrer les apprentissages. Par avis médical du 14 avril 2016, le Dr J. _____ du SMR a indiqué que la prise en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI était exclue, car la capacité de gain future de l'assurée, même en atelier protégé, était nulle. Il a relevé qu'elle était au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré moyen et a renvoyé, pour les détails du développement de l'intéressée, au rapport du 16 février [recte : 8 janvier] 2016 de la Dresse

- 8 - M. _____. Le Dr J. _____ a ajouté que la durée des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie n'était pas limitée dans le temps et que le pronostic restait sombre, quand bien même des progrès pourraient être notés. Dans un rapport éducatif du Centre médico-pédagogique du G. _____ établi le 13 mai 2016, FF. _____, responsable pédagogique au sein dudit établissement, a en particulier noté que les importants troubles de vision et d'orientation spatiale de l'assurée faisaient qu'elle ne voyait pas toujours les obstacles ou les personnes se trouvant sur son chemin. Elle devait impérativement être accompagnée pour des déplacements en extérieur ou pour monter ou descendre des escaliers. Une progression lente mais continue dans sa motricité fine et dans ses capacités à réaliser des actes du quotidien avait pu être constatée. Le responsable pédagogique a estimé qu'il y avait donc une importante marge de progression. En outre, il a indiqué qu'il fallait encore travailler à l'amélioration de sa motricité fine, pour aller plus loin dans son autonomie, ainsi que son orientation spatiale, pour lui permettre des déplacements plus autonomes, ceci en lien avec la physiothérapeute. Par décision du 23 mai 2016, l'OAI a confirmé son refus de proroger la prise en charge de l'ergothérapie et de la physiothérapie au-delà du 31 décembre 2013. Se référant à l'avis de son service médical, il a expliqué que l'atteinte ne pouvait être considérée comme congénitale et qu'une prise en charge sous couvert de l'art. 12 LAI était également exclue, car la capacité de gain future de l'assurée, même en atelier protégé, était nulle. En outre, la durée du traitement n'était pas limitée dans le temps et le pronostic restait sombre, même si des progrès pourraient être notés. Dans un courrier du 15 juin 2016, la Prof. R. _____ a énoncé que l'on pouvait argumenter qu'une méningite survenue à deux semaines de vie était la plupart du temps liée à une infection immédiatement pré- ou co-natale survenant dans la filière génitale, donc congénitale. Elle a

- 9 - ainsi demandé à l'OAI de reconsidérer la prise en charge du cas sous l'angle du ch. 390 de l'annexe à l'OIC. B. Par acte du 23 juin 2016, W. _____, par ses parents, eux-mêmes représentés par Me Karim Hichri d'Inclusion Handicap, a recouru contre la décision du 23 mai 2016 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la poursuite de la prise en charge des traitements d'ergothérapie et de physiothérapie au-delà du 31 décembre 2013. Se fondant sur le rapport du 26 février 2016 des spécialistes du P. _____, elle fait valoir que ces traitements permettent de prévenir des complications liées à son infirmité motrice. Elle allègue également, au vu de ses progrès significatifs, que ces mesures médicales améliorent de manière durable et importante ses perspectives d'activités. Par ailleurs, elle relève que ces mesures peuvent être allouées jusqu'à l'âge de 20 ans et qu'elle pourrait donc encore en bénéficier huit ans, et continuer ainsi à réaliser de gros progrès lui permettant, à terme, de mettre à profit sa capacité de travail et de gain. Dès lors, elle considère qu'il est prématuré d'affirmer que le pronostic est sombre et que la durée du traitement illimitée, ce d'autant plus qu'aucune régression ou stagnation de son état de santé n'a été établie. Par conséquent, elle conteste la conclusion de l'intimé selon laquelle sa capacité de gain future serait nulle, même en atelier protégé. Dans sa réponse du 8 septembre 2016, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il énonce que les mesures ne peuvent pas être prises en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI lorsqu'elles sont nécessaires indéfiniment et qu'elles n'amélioreront probablement pas de façon importante la future capacité de gain, comme en l'espèce. Il précise qu'il s'agit alors du traitement de l'affection « comme telle », dont les frais ne relèvent pas de l'AI, à l'exception du cas de l'infirmité congénitale, qui n'est pas réalisé en l'espèce, la méningite étant survenue à quinze jours de vie. Par déterminations du 3 octobre 2016, le conseil de la recourante confirme ses conclusions.

- 10 - 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). c) Le recours 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.

- 11 - 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, l'OAI a exclu l'octroi de mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, la paralysie cérébrale (ch. 390 de l'annexe à l'OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21]) et l'épilepsie (ch. 387 de ladite annexe) n'étant pas congénitales, mais acquises à la suite d'une infection. Par ailleurs, l'infection ne s'étant pas manifestée durant les 72 premières heures de vie, mais après 15 jours, une prise en charge au sens du ch. 495 de l'annexe à l'OIC n'était pas envisageable. La recourante ne remet pas en question cette exclusion, malgré le courrier du 15 juin 2016 de la Prof. R. _____, laquelle exposait qu'une méningite survenue à deux semaines de vie était la plupart du temps liée à une infection immédiatement pré- ou co-natale survenant dans la filière génitale, et donc congénitale. En effet, les atteintes dont souffre la recourante sont les conséquences d'une infection – survenue à 15 jours de vie – et n'étaient donc pas présentes dès la naissance. Elles ne peuvent donc être considérées comme congénitales au sens de la loi. En tout état de cause, l'avis de la Prof. R. _____ est uniquement basé sur des généralités et ne permet pas de conclure, à un degré de vraisemblance prépondérante, que l'un des cas de figure prévus par l'annexe à l'OIC est réalisé. La recourante soutient toutefois que les conditions de l'art. 12 al. 1 LAI sont réalisées et doivent conduire à la prise en charge – au-delà du 31 décembre 2013 – des frais des séances d'ergothérapie et de

- 12 - physiothérapie dispensées en sa faveur, conformément à sa demande du 30 avril 2014.

3. a) A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. Selon l'al. 2 de cette disposition, le Conseil fédéral est autorisé à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations. 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

- 13 - 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). 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 et 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 et 98 V 211 consid. 4b ; TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2).

- 14 - Le Tribunal fédéral a encore jugé que l'amélioration de la capacité de gain par une mesure médicale peut déjà être qualifiée d'importante, au sens de l'art. 12 LAI, lorsqu'il est possible de prévoir que l'assuré devenu majeur sera capable, grâce à la mesure préconisée, de gagner mensuellement quelques centaines de francs, le cas échéant en travaillant dans un atelier protégé (cf. TF I 408/06 du 15 mars 2007 consid. 4.2 in fine et les références). b) Selon le ch. 32 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), dans son édition du 1er janvier 2016, 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. L'amélioration de la capacité de gain doit être importante et durable. La mesure médicale doit pouvoir se fonder sur un pronostic favorable. Les mesures doivent être indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Les prestations octroyées doivent être économiques. Un contrôle de la réussite thérapeutique du traitement, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement. Les infirmités congénitales de peu

d'importance ne permettent pas de fonder un droit à des prestations.

- 15 - 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 plus spécifiquement de l'ergothérapie, le chapitre 3 de la CMRM, qui a trait à l'obligation de l'AI de verser des prestations en fonction du genre de mesures, prévoit au ch. 1014 que dans le cas des handicapés physiques, l'ergothérapie peut être considérée comme un complément nécessaire à la physiothérapie ou comme une mesure médicale indépendante. En vertu de l'art. 12 LAI, elle est prise en charge par l'AI lorsque, objectivement et temporellement, elle ne fait plus partie du traitement de l'affection comme telle. Le ch. 1017 CMRM précise encore que l'ergothérapie doit être ordonnée par un médecin. 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'habilités. 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. 4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

- 16 - paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 5. a) En l'espèce, il est indéniable que l'assurée a réalisé certains progrès, relevés par les professionnels l'ayant suivie. Ainsi, elle a notamment une meilleure perception corporelle et une meilleure capacité d'imitation (cf. rapport du 10 mars 2015 de K. _____), elle a fait des progrès au niveau de la mémoire, « mais cela reste encore très limité », et au niveau grapho-moteur, sachant désormais écrire son prénom en lettres majuscules de manière reconnaissable (cf. rapport du 19 octobre 2015 de V. _____). 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. Cette disposition prévoit que ces mesures doivent être de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain de l'assuré ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. En l'occurrence, entre janvier 2012 et mai 2016, l'existence d'une amélioration importante n'est pas rendue vraisemblable, malgré les multiples séances de physiothérapie et d'ergothérapie dont a bénéficié la recourante. En effet, sur de nombreux aspects, son état n'a que peu évolué. A titre d'exemple, dans son rapport du 25 janvier 2012, la Dresse T. _____ a notamment exposé que la recourante s'habillait et se déshabillait seule, mais qu'elle avait encore besoin d'aide pour les fermetures éclair. Deux ans plus tard, cette praticienne a indiqué, dans son rapport du 25 février 2014, que l'aide pour l'habillage et le déshabillage était plus importante qu'avant, avec notamment une aide nécessaire pour mettre le pull et les chaussettes. Par la suite, dans son rapport du

10 mars 2015, K._____ a expliqué que la recourante s'habillait quasiment sans aide, mais qu'une aide était nécessaire pour la

- 17 - fermeture éclair, les boutons, l'orthèse et parfois les chaussures. V._____ a également noté, dans son rapport du même jour, que les fermetures éclair étaient toujours compliquées à fermer pour la recourante. Pour finir, FF._____ a relevé, dans son rapport du 13 mai 2016, que l'intéressée pouvait se vêtir seule, mais qu'un adulte devait affiner ses actions, notamment en boutonnant son pantalon ou la veste, ce qui correspond aux capacités de la recourante décrites en janvier 2012 (cf. rapport du 25 janvier 2012 de la Dresse T._____). De même, en ce qui concerne par exemple la montée ou la descente d'escaliers, la Dresse T._____ a indiqué, dans son rapport du 25 janvier 2012, que la recourante avait besoin d'un appui d'une main pour monter et descendre les escaliers, qu'elle effectuait de manière alternée. L'observation de ce médecin est restée la même deux ans plus tard (cf. rapport du 25 février 2014). Par la suite, dans son rapport du 13 mai 2016, FF._____ a mentionné que l'intéressée devait impérativement être accompagnée pour des déplacements en extérieur ou pour monter ou descendre des escaliers. Toujours à titre d'exemple, l'utilisation que fait la recourante de sa main droite n'a guère évolué entre 2012 et 2016. En effet, il a été relevé qu'elle utilisait cette main uniquement dans les activités bi-manuelles (cf. rapport du 25 janvier 2012 de la Dresse T._____), puis, quelques années plus tard, qu'elle s'en servait très peu si cela n'était pas nécessaire (cf. rapports du 10 mars 2015 de V._____ et du 13 mai 2016 de FF._____). A noter également que l'évolution très positive du retard mental grave de la recourante a été attribuée, selon le rapport du 8 janvier 2016 de la Dresse M._____ et la psychologue B._____, à un changement pharmacologique. En conclusion, il apparaît que les mesures de physiothérapie et d'ergothérapie ont permis à la recourante de faire quelques progrès, qui

- 18 - demeurent toutefois insuffisants au regard de l'art. 12 al. 1 LAI, qui exige notamment une amélioration importante et durable. b) De surcroît, pour être prises en charge, ces mesures doivent pouvoir se fonder sur un pronostic favorable. Le Dr J._____ du SMR a considéré que le pronostic demeurait sombre, au vu des atteintes dont souffrait la recourante, et que sa capacité de gain future, même en atelier protégé, était nulle (cf. avis médicaux des 20 novembre 2015 et 14 avril 2016). En réponse aux questions de l'intimé au sujet du pronostic quant à la scolarité et la future formation, ainsi qu'à l'acquisition d'une éventuelle capacité de gain – ne serait-ce qu'en atelier protégé –, la Dresse T._____ s'est limitée à indiquer qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur la future capacité de gain de l'intéressée. Elle s'est contentée de mentionner que ces mesures permettraient de limiter les conséquences secondaires de l'atteinte de la recourante, telles des rétractions musculo-tendineuses ou une déformation orthopédique, et « permettr[ai]ent une meilleure autonomie au quotidien et insertion professionnelle » (cf. rapport du 11 mars 2016). Elle n'a ainsi pas été en mesure de se prononcer avec précision sur les questions de l'intimé. Finalement, le fait que ces mesures puissent limiter certaines conséquences de l'atteinte, telles des rétractions musculo-tendineuses ou une déformation orthopédique, ne permet pas à lui seul de conclure à une prise en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI, comme expliqué au consid. 5c ci-après. En définitive, la recourante souffre de nombreuses atteintes, notamment sur le plan moteur et cognitif ; elle présente également des troubles visuels et oculomoteurs sévères (cf. en particulier rapport du 8 janvier 2016 de la Dresse M._____ et de B._____). Elle bénéficie d'une allocation pour une impotence de degré moyen depuis son entrée en Suisse. Par ailleurs, parmi ses multiples difficultés, les divers intervenants ont

notamment noté une concentration très variable et qui, même si elle se révélait bonne une fois captée, restait limitée dans le temps (cf. rapport du 10 mars 2015 de K. _____, rapport du 13 mai 2016 de FF. _____). Il a été mentionné que l'intéressée était facilement distraite et qu'elle ne

- 19 - faisait pas attention à ce qu'elle faisait, appliquant par exemple trop de shampoing ou réglant l'eau de la douche trop chaude (cf. rapport du 19 octobre 2015 de V. _____). De plus, d'importants troubles au niveau de la mémoire de travail ont été observés, notamment par V. _____, qui exposait que même si la recourante avait réalisé des progrès dans ce domaine, cela restait encore très limité (cf. rapport du 19 octobre 2015). Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, à l'instar du Dr J. _____, que le pronostic demeure sombre et qu'il n'est pas établi que la recourante sera capable d'exercer une quelconque activité, même en atelier protégé. c) Enfin, pour pouvoir être octroyées, les mesures médicales ne doivent pas être prévues pour une longue durée indéterminée. La Dresse T. _____ a indiqué que, s'agissant d'une affection définitive sans possibilité de guérison à long terme, la durée de ces mesures était à prévoir tout au long de la croissance de la recourante, au minimum pour une durée de deux ans (cf. rapport du 11 mars 2016). Le Dr J. _____ du SMR a, quant à lui, considéré que la durée du traitement était illimitée dans le temps (cf. avis médicaux des 20 novembre 2015 et 14 avril 2016). Il convient de se rallier aux conclusions de ce médecin, étant donné que l'ergothérapie et la physiothérapie ont notamment pour but de prévenir des complications liées à l'infirmité motrice de la recourante, telles que des contractures ou des déformations ostéoarticulaires, comme indiqué en particulier par la Prof. R. _____, ainsi que les Drs F. _____ et S. _____ dans leur courrier du 26 février 2016. Ce but ne sera atteint que si ces mesures perdurent tout au long de la vie de la recourante, ce qui ne remplit pas le critère de la durée limitée. d) Au vu de ce qui précède, il apparaît que plusieurs conditions d'octroi des mesures médicales au sens de l'art. 12 al. 1 LAI ne sont pas réalisées. Dès lors, celles-ci doivent être refusées. 6. a) En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

- 20 - b) 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 (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 23 mai 2016 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 de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière :
Du

- 21 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Karim Hichri (pour W. _____, agissant par ses parents) - 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.