

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mai 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Pasche, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C._____, à D._____, recourante, représentée par sa mère T._____,
elle-même agissant par l'intermédiaire de Me Florence Bourqui, avocate
auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des
handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 12 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) présente depuis sa naissance le 14 juin 2003 un retard de développement global sur le plan de la motricité fine et grossière dans un contexte de discrets signes dysmorphiques et d'un strabisme convergent de l'œil gauche congénital (ch. 427 de l'annexe à l'OIC [ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21]) pour lesquels l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) lui a alloué diverses prestations (mesures médicales, mesures de formation scolaire spéciale et allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen).

Le 21 juillet 2011, le Service d'ergothérapie X._____ a déposé auprès de l'office AI une demande tendant à la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie ayant débuté le 1^{er} novembre 2010, avec des séances hebdomadaires. Etais joint à ce document un rapport d'ergothérapie daté d'avril 2011 signé par l'ergothérapeute de C._____ et l'ergothérapeute responsable du Service d'ergothérapie X._____. Adressé au Dr P._____, spécialiste en pédiatrie et pédiatre traitant, il exposait les objectifs fixés en novembre 2010 ainsi que les observations relatives aux difficultés de C._____ (faiblesse du tonus, manque de coordination et de capacité de planification des membres supérieurs et inférieurs, instabilité posturale, manque d'intégration sensorielle, lenteur dans les activités de motricité fine et de dextérité manuelle, capacité limitée à garder son attention visuelle sur une tâche scolaire, trouble visuo-spatial et difficultés de poursuites visuelles). Il se concluait en ces termes :

« Depuis le début de la prise en charge en ergothérapie, je relève chez C._____ ce jour une amélioration dans les déplacements moteurs et pour situer son corps dans l'espace. Elle utilise plus le canal visuel dans les activités durant la séance. Elle semble plus confiante et fait preuve de prises d'initiatives et ose plus facilement essayer de nouvelles expériences sensorielles. Les poursuites visuelles sont plus soutenues, mais restent laborieuses et vite éprouvantes. Il est très important de pouvoir poursuivre la prise en

charge de façon continue pour soutenir C._____ dans le développement de ses acquisitions pour mieux fonctionner dans son quotidien et ses apprentissages scolaires. »

La demande était accompagnée d'une ordonnance ad hoc du 14 juillet 2011 du Dr P._____, lequel précisait que l'objectif du traitement était d'améliorer et maintenir les fonctions corporelles.

Le 17 décembre 2012, l'office AI a informé le père de l'assurée qu'il comptait refuser la prise en charge du traitement d'ergothérapie, motif pris que les mesures médicales sollicitées visaient davantage à traiter les conséquences d'une affection (retard du développement) en tant que telles, plutôt qu'à améliorer de façon durable la capacité de gain de l'intéressée.

Le 16 janvier 2013, les parents de C._____ ont fait part de leur désaccord avec ce projet de décision. La caisse-maladie de l'assurée a également présenté des objections à l'encontre de ce projet en date du 15 février 2013.

De son côté, dans une lettre du 12 février 2013 à l'office AI, le Service d'ergothérapie X._____, par la plume de l'ergothérapeute de C._____, a souligné l'importance du traitement d'ergothérapie suivi par l'assurée et décrit les objectifs poursuivis. Ainsi, il visait essentiellement à améliorer la qualité des mouvements oculaires pour augmenter la capacité de concentration dans les apprentissages scolaires, à augmenter le recrutement tonique pour améliorer l'endurance à table, à augmenter l'autonomie dans les déplacements et enfin à aménager des stratégies compensatoires pour faciliter l'apprentissage des lettres et des chiffres.

Le 11 septembre 2013, l'office AI a demandé au Service d'ergothérapie X._____ et au Dr M._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmo-chirurgie et ophtalmologue traitant, de lui fournir des informations quant à l'évolution de la prise en charge de C._____ depuis novembre 2010 et quant aux progrès réalisés depuis lors ainsi qu'aux

améliorations qui pouvaient encore être attendues en indiquant le délai prévisible et leurs chances de succès.

Dans un rapport daté par erreur d'octobre 2012 (indexé au 22 octobre 2013), le Service d'ergothérapie X._____ a décrit quatre objectifs différents dans le cadre de la prise en charge de C._____ (amélioration de la qualité des mouvements oculaires ; amélioration de l'endurance à table et augmentation de l'autonomie dans les déplacements ; amélioration de la dextérité manuelle et des pré-requis de l'écriture ; augmentation des capacités de reconnaissance et de tracés des lettres), avec pour chacun d'entre eux l'évolution des capacités constatée depuis 2010 et le pronostic. Les auteurs du rapport (dont l'ergothérapeute de C._____) s'exprimaient en ces termes en guise de conclusion :

« Depuis le début de la prise en charge en ergothérapie je relève chez C._____ ce jour une amélioration dans les déplacements moteurs et pour se situer dans l'espace. Elle utilise davantage le canal visuel dans les activités durant les séances. Elle semble plus confiante et fait preuve de prises d'initiatives. Les poursuites visuelles sont plus soutenues, mais restent laborieuses et vite éprouvantes. Il est très important de pouvoir poursuivre la prise en charge de façon continue pour soutenir C._____ dans le développement de ses acquisitions pour mieux fonctionner dans son quotidien et ses apprentissages scolaires. »

Pour sa part, le Dr M._____ a signalé, dans une lettre du 17 décembre 2013, que la capacité de concentration de l'assurée avait progressé et qu'elle s'améliorait dans l'apprentissage de la pré-écriture. Des progrès étaient attendus dans l'écriture des lettres en majuscules ainsi que dans la lecture. De même, il s'agissait de parvenir à augmenter son aisance en motricité globale et fine de manière à ce qu'elle acquière davantage d'autonomie pour pouvoir faciliter ses apprentissages en classe. S'agissant de la durée du traitement, celui-ci était censé se prolonger tout au long de la scolarité obligatoire. Même s'il était difficile d'évaluer les chances de succès, le Dr M._____ estimait que ces séances étaient primordiales pour le développement scolaire de C._____, dès lors que la probabilité d'accéder aux mêmes objectifs scolaires qu'un enfant sans handicap était notablement augmentée.

Statuant par décision formelle du 31 mars 2014, l'office AI a dénié le droit de l'assurée à des mesures médicales. Il a considéré ce qui suit :

« Suite à votre opposition et celle de la caisse maladie (...) à l'encontre de notre projet de décision du 17 décembre 2012, nous avons réexaminé le droit à la prise en charge d'un traitement d'ergothérapie.

Les assurés âgés de moins de 20 ans ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI)). Ces affections sont mentionnées de façon exhaustive dans l'ordonnance y relative (ordonnance sur les infirmités congénitales OIC).

Selon le Service médical régional (SMR), l'ergothérapie est motivée par le retard de développement, lequel n'est pas une infirmité congénitale reconnue au sens de l'OIC. Il n'y a aucun lien entre l'infirmité congénitale du chi. 425 OIC et le retard mental. Il s'agit d'affections différentes. Une prise en charge du traitement d'ergothérapie sous couvert de l'art. 13 LAI n'est donc pas possible, ce qu'admet la caisse maladie (...).

En l'absence d'infirmité congénitale reconnue, seul entre en considération un octroi sur la base de l'art. 12 LAI (norme légale de délimitation par rapport aux domaines de compétences des assurances sociales maladie et accidents. Le critère de différenciation est en premier lieu d'ordre juridique et non pas médical (ch. 30 CMRM)).

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 et sont de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de gain.

Les mesures sont à la charge de l'AI lorsqu'il est établi avec un degré de vraisemblance prépondérante que les mesures requises pourront permettre de prévenir, dans une mesure importante, la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la capacité de scolarisation puis de formation, donc de la future capacité de gain. Dans ce cadre juridique, il faut encore que le pronostic soit favorable, que la durée du traitement soit délimitée dans le temps.

Selon le rapport du Service d'ergothérapie X._____ d'octobre 2012 : « *Au vu de son handicap visuel, il sera nécessaire d'adapter son environnement tout au long de sa scolarité. Les poursuites visuelles sont plus soutenues, mais restent laborieuses et vite éprouvantes. Il est très important de pouvoir poursuivre la prise en charge de façon continue pour soutenir C._____ dans le développement de ses acquisitions pour mieux fonctionner dans son quotidien et ses apprentissages scolaires. A 9 ans, C._____ est capable de reconnaître certaines lettres de son prénom.* »

Nous déduisons de ce rapport que si les progrès existent, ils sont lents et que les objectifs fixés (apprendre toutes les lettres et les chiffres à 10-11 ans) sont peu élevés. La mesure n'est pas limitée dans le temps. Quant au pronostic, il est difficilement soutenable de dire que l'ergothérapie va permettre une amélioration notable de sa capacité de gain.

Selon le rapport du Dr M. _____ du 17 décembre 2013, « *si C. _____ a fait des progrès dans la reconnaissance des lettres de l'alphabet, dans sa capacité de concentration, dans l'augmentation de la qualité des mouvements oculaires et dans l'apprentissage de la pré-écriture, par contre, à 10,5 ans, elle ne connaît pas encore toutes les lettres de l'alphabet et ne peut pas toutes les écrire en majuscule. Elle n'est pas encore entrée dans l'apprentissage de la lecture et a toujours de grandes difficultés en motricité globale et fine ainsi qu'un manque d'autonomie. Mais il est attendu qu'elle progresse dans tous ces domaines. La durée de l'ergothérapie est fixée à « toute la scolarité obligatoire ».* Si le Dr M. _____ dit que les chances d'arriver à accéder aux mêmes objectifs scolaires qu'un enfant en scolarité normale sont énormément augmentées par la poursuite de l'ergothérapie, cela ne signifie pas que l'ergothérapie va permettre une amélioration notable de sa scolarité et de ses capacités de gain. En effet, au vu du niveau de lecture/écriture après trois ans d'ergothérapie de C. _____, alors qu'elle a 10,5 ans, âge où les enfants en scolarité normale lisent et écrivent de manière fluide, le pronostic ne nous paraît pas favorable, et la durée de l'ergothérapie, fixée à « toute la scolarité obligatoire » n'est pas limitée dans le temps.

Il va de soi que nous ne mettons nullement en doute la nécessité et le bien-fondé des décisions thérapeutiques. Mais le traitement d'ergothérapie doit à notre sens être pris en charge par l'assurance-maladie.

Il n'est pas possible d'admettre au vu de ce qui précède que les mesures médicales demandées ont un but prépondérant de réadaptation.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. »

B. Par acte du 12 mai 2014, C. _____, agissant par sa mère, elle-même représentée par le service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a recouru contre cette décision en concluant avec suite de frais et dépens à son annulation, en ce sens que les frais du traitement d'ergothérapie sont pris en charge par l'office AI, sur la base de l'art. 12 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), à compter du 15 juin 2011. Elle reproche en substance à l'office intimé d'avoir rendu une décision faisant fi des éléments médicaux au dossier. Outre que les avis du SMR seraient

entachés de contradictions et qu'ils ne se prononceraient pas sur les rapports médicaux adressés à l'intimé postérieurement au projet de décision - ce qui leur ôterait toute valeur probante -, les pédiatres et ergothérapeutes - dont les avis figurent au dossier - sont unanimes pour considérer l'ergothérapie comme une mesure pleinement justifiée sous l'angle de l'art. 12 LAI. Selon la recourante, cette disposition vise non seulement l'accroissement notable de la capacité de gain mais aussi le développement de l'aptitude à effectuer les activités habituelles. En tant que l'ergothérapie favorise l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et permet l'amélioration des facultés d'apprentissage, les conditions de l'art. 12 LAI sont réunies, ce qui justifie la prise en charge des mesures médicales disputées. A cela s'ajoute que la durée préconisée est déterminée, dans la mesure où elle est prévue au maximum pour toute la scolarité obligatoire, soit jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans dans le canton de Vaud. On ne saurait donc parler de longue durée indéterminée. Par ailleurs, les progrès réalisés, quoique lents, sont indubitables ; le pronostic médical posé par le Dr M._____ et le Service d'ergothérapie X._____ est favorable, les médecins et ergothérapeutes ayant tous constaté une marge de progression certaine par rapport à la situation antérieure. La recourante estime par conséquent que les conditions posées par l'art. 12 al. 1 LAI à la prise en charge de mesures médicales sont réalisées, de sorte qu'il appartient à l'office AI d'assumer le coût du traitement d'ergothérapie dispensé.

Dans sa réponse du 18 août 2014, l'intimé se détermine en rappelant le sens et la portée de trois critères auxquels l'art. 12 al. 1 LAI subordonne le droit aux mesures médicales, pour conclure comme suit :

« Selon l'avis circonstancié du Service médical régional (SMR) du 4 août 2014, l'atteinte est malheureusement telle que le traitement ergothérapeutique ne permet pas d'améliorer la scolarité ou la formation professionnelle de C._____ de manière notable. La mesure n'est par conséquent pas de nature à améliorer la capacité de gain future de l'assurée de manière importante et durable. Le pronostic est défavorable. La mesure est prévue pour une longue durée indéterminée (jusqu'à la fin de l'école obligatoire, au moins). Le rapport coût-efficacité de la mesure n'est donc pas économiquement raisonnable.

En conséquence, il n'est pas possible d'admettre que les mesures médicales demandées ont un but prépondérant de réadaptation.

Nous concluons au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. »

A sa réponse, l'office AI a joint un avis médical du 4 août 2014 rédigé par le Dr J._____, médecin au SMR et spécialiste en pédiatrie. Se ralliant intégralement à ce rapport, l'intimé précise qu'il fait partie intégrante de ses déterminations. Dans ce document, le Dr J._____ rend brièvement compte des rapports médicaux et ergothérapeutiques versés au dossier postérieurement au projet de décision du 17 décembre 2012, soit les rapports émanant du Dr M._____ et du Service d'ergothérapie X._____. Se prononçant ensuite sur les prétendues contradictions dont les différents avis du SMR seraient entachés, il expose que la contradiction apparente s'explique en fonction du cadre légal spécifique à l'aune duquel la situation est analysée, l'art. 12 LAI imposant une vision globale dans une perspective de formation de gain, ce qui n'est pas le cas lorsque la situation est analysée sous l'angle de l'art. 13 LAI. Il termine son appréciation en répondant en ces termes à la question suivante :

« Cette jeune fille affectée d'une maladie qui correspond à la conjonction d'un retard de développement et d'une atteinte oculaire, dans un contexte dysmorpho-génétique (évoqué par les neuropédiatres), peut-elle bénéficier d'une ergothérapie pour améliorer sa formation et sa capacité de gain, même si cela ne représente que quelques centaines de francs par mois gagnés en travaillant dans un atelier protégé (arrêt du TFA 408/06 du 12 mars 2007) ?

Le SMR doit malheureusement mais logiquement répondre que non, confirmant ainsi la conclusion de son avis du 13 décembre 2012. Comme évoqué antérieurement, le devenir de la formation, au sens du 12 LAI, dépend sans aucune ambiguïté du retard de développement. De ce point de vue, il est pertinent de se référer au rapport du 22 juin 2011. A l'âge de 8 ans, la jeune fille n'arrive pas à regarder un livre, elle a besoin de l'adulte. Elle reconnaît son prénom et quelques prénoms de camarades. Les prérequis de l'écriture sont absents. Elle présente également un grand retard dans la lecture, elle n'arrive pas à associer deux sons. A l'âge de 8 ans, elle ne sait compter que jusqu'à 6, pointer jusqu'à 3 et reconnaître des groupes de 3 à 4 objets.

Les documents récents (au-delà de novembre 2012, cités ci-dessus) viennent clairement attester ce fait. Lorsque l'on compare ces documents à ceux versés antérieurement au dossier, on note que le retard de développement ne se comble pour ainsi dire pas. En 2013,

la jeune fille ne sait toujours pas reconnaître les lettres, il n'y a pas de nets progrès depuis août 2008. Elle se trouve toujours dans la phase de pré-lecture et de pré-écriture, donc dans l'état d'un enfant entrant à l'école. On ne peut pas conclure à une nette amélioration de la situation, malgré cinq ans d'ergothérapie. L'impact de l'ergothérapie, au sens de l'art. 12 LAI, est donc inexistant.

Ceci est tout à fait attesté par le Dr M. _____ dans son certificat du 27 juillet 2013. Ce document signale que l'objectif est d'améliorer les actes ordinaires de la vie. Donc, la mesure en elle-même n'a apporté aucun élément significatif dans un processus de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI.

L'appréciation du SMR s'est faite non seulement sur des documents postérieurs, mais également sur des éléments antérieurs à la mesure, en se basant sur l'avis de spécialistes reconnus en neuropédiatrie. Que l'on se place en 2008, en 2011 ou en 2013, il est difficile de trouver une amélioration significative. »

En réplique du 13 octobre 2014, la recourante fait valoir que le SMR ne saurait fonder son avis sur l'appréciation faite par le Dr M. _____ dans son certificat du 27 juillet 2013, dans la mesure où ce médecin n'avait été appelé à se prononcer sur l'impact de l'ergothérapie que sous l'angle des activités de la vie quotidienne. En outre, elle réitère son point de vue tendant à faire dépendre son aptitude ultérieure de vaquer à ses travaux habituels au sens de l'art. 12 LAI de l'amélioration de sa capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne grâce à l'ergothérapie. Par conséquent, elle persiste dans les explications et conclusions contenues dans son recours.

Cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas réagi.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), 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 (art. 1a à 26^{bis} et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales, le recours est déposé en temps utile (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA) ; en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la Cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA ; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse potentiellement supérieure à 30'000 fr.

2. L'office AI a exclu l'octroi de mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI, faute d'un lien avéré entre l'infirmité congénitale du ch. 425 OIC et le retard mental. La recourante ne remet pas cette exclusion en question, mais estime par contre que les conditions de l'art. 12 al. 1 LAI sont réalisées et doivent conduire à la prise en charge - à compter du 15 juin 2011 - des frais des séances d'ergothérapie dispensées en sa faveur.

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 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 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'Al 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).

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 la jurisprudence citée).

b) Selon le ch. 32 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), dans son édition au 1^{er} janvier 2014, 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 aussi ch. m. 35).

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 régulier 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.

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.

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.

4. En l'occurrence, le traitement d'ergothérapie dispensé à C. _____ depuis le 1^{er} novembre 2010 vise essentiellement à améliorer la qualité des mouvements oculaires pour augmenter la capacité de concentration dans les apprentissages scolaires, à augmenter son recrutement tonique pour améliorer l'endurance à table et augmenter l'autonomie dans les déplacements et enfin à aménager des stratégies compensatoires pour faciliter l'apprentissage des lettres et des chiffres. Répondant dans leur rapport d'octobre 2012 (recte : octobre 2013, réd.) aux questions de l'office intimé quant à l'évolution de la prise en charge de l'assurée depuis novembre 2010 et quant aux progrès réalisés depuis lors ainsi qu'aux améliorations qui peuvent encore être attendues en indiquant le délai prévisible et leurs chances de succès, les ergothérapeutes du Service d'ergothérapie X. _____ soulignent une amélioration dans les déplacements moteurs et dans la façon dont l'assurée situe son corps dans l'espace. On ne saurait toutefois en déduire une amélioration importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI dans la mesure où cette phrase figurait déjà mot pour mot dans la conclusion du rapport d'avril 2011 annexé à la demande déposée au mois de juillet suivant. Tel est d'autant moins le cas que les deux rapports mentionnent en termes identiques que les poursuites visuelles sont plus soutenues, mais restent laborieuses et vite éprouvantes. Au vrai, c'est l'ensemble de la formulation de la conclusion dans chacun de ces deux documents qui est pratiquement restée inchangée. L'existence d'une amélioration durable et importante n'est donc nullement rendue vraisemblable entre avril 2011 et octobre 2013. Quant au Dr M. _____, ophtalmologue traitant, il concède dans sa lettre du 17 décembre 2013 qu'il est difficile « de donner une

chance de succès ou de faire un pronostic sur un enfant, pour autant que l'on puisse parler de succès. »

Ainsi, malgré un traitement ayant duré plus de trois ans à la date de la décision querellée, l'amélioration ne peut pas être qualifiée d'importante. Or, il s'agit là de l'une des conditions posées à l'art. 12 al. 1 LAI. Certes, la recourante plaide que le traitement d'ergothérapie a conduit à une amélioration en ce sens, par exemple, qu'elle est plus autonome, qu'elle peut prendre désormais des initiatives, se déplacer plus facilement dans l'espace et organiser sa place de travail ; elle en déduit que ledit traitement était manifestement nécessaire à sa réadaptation. La lecture du rapport d'octobre 2012 (recte : octobre 2013, réd.) du Service d'ergothérapie X._____ ne permet cependant pas de conclure à une amélioration importante (quand bien même l'office AI ne remet pas en doute la nécessité et le bien-fondé de l'ergothérapie, ainsi qu'il le relève dans la décision attaquée).

Dans son avis du 4 août 2014, le SMR argumente objectivement l'absence d'une amélioration. Sur la base des pièces au dossier, notamment les derniers rapports du Dr M._____ et du Service d'ergothérapie X._____, aucun élément ne permet de soutenir que l'amélioration, actuelle et à venir, serait importante (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève-Zurich-Bâle 2011, n. 1440, p. 397 et les références). La mesure a débuté le 1^{er} novembre 2010 et est préconisée jusqu'à la fin de la scolarité, à lire le médecin traitant et l'ergothérapeute; dans le cas de l'assurée, la fin de la scolarité obligatoire est présumée intervenir au plus tôt en 2018. Le Service d'ergothérapie X._____ est spécialisé dans la prise en charge des enfants en âge de scolarité (cf [www. Service d'ergothérapie X._____.ch](http://www.Service.d'ergotherapie.X.ch)), ce qui explique la durée jusqu'au terme de la scolarité telle que mentionnée dans les différentes pièces au dossier. Ainsi, si la durée apparaît déterminée, c'est vraisemblablement en lien avec l'activité propre au Service d'ergothérapie X._____ ce qui ne permet a priori pas d'exclure une continuation de l'ergothérapie au-delà de la scolarité obligatoire. Par ailleurs, le médecin traitant est dans

l'impossibilité de poser un pronostic précis quant à l'amélioration à attendre de l'ergothérapie, plus exactement quant à la marge de progression de l'assurée. De fait, l'ergothérapie dure depuis plus de 3 ans (à la date de la décision) sans qu'une amélioration importante n'ait été constatée, ni qu'elle soit hautement prévisible à l'avenir. 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 (cf. TF 9C_1074/2009 déjà cité consid. 5.2). En conclusion, la durée de la mesure est probablement de 8 ans, si ce n'est plus, sans assurance d'un résultat certain. Progrès il y a certes, mais cela ne suffit pas au regard de l'art 12 LAI qui consacre le critère de l'importance comme une condition impérative.

Compte tenu 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. En conséquence, celles-ci doivent être refusées.

Quant au point de savoir si, devenue majeure, C. _____ sera capable, grâce à la mesure préconisée, de gagner mensuellement quelques centaines de francs, le cas échéant en travaillant dans un atelier protégé, il n'a pas été déterminé de manière définitive. Le rapport du Service d'ergothérapie X. _____ d'octobre 2012 (recte : octobre 2013, réd.) envisage un meilleur fonctionnement de l'assurée dans la vie quotidienne et les apprentissages scolaires, ce qui ne suffit pas à établir qu'elle sera capable d'exercer une quelconque activité, encore moins d'entreprendre une formation au terme de sa scolarité.

Pour le surplus, la prétendue contradiction du SMR dans ses avis antérieurs au projet de décision est sans incidence de même que l'absence de transmission au SMR des rapports médicaux et ergothérapeutiques postérieurs au projet ; il s'est en effet déterminé depuis lors et exhaustivement (avis du 4 août 2014).

5. En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

6. 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 pratique, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Lorsque l'équité l'exige, en particulier lorsque la perception de frais serait d'une rigueur excessive pour la partie qui devrait les supporter, l'autorité peut renoncer à percevoir des frais de procédure (art. 50 LPA-VD).

En l'espèce, il sera renoncé en équité à la perception de frais.

b) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. 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 31 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour C. _____ par sa mère),
- 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).

Le greffier :