

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2026

Composition : M. PIGUET, juge unique
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

A.B. _____, à Q***, recourant, agissant par son père B.B. _____, audit lieu, lui-même représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 12, 14 al. 1 let. c, 21 et 21^{bis} LAI

En fait :

A. a) A.B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ***2019, s'est annoncé par ses parents le 16 décembre 2022 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) en vue de l'octroi de mesures médicales et de moyens auxiliaires en raison d'une myélo-méningo-radiculite péri-infectieuse (cf. rapport du 23 novembre 2022 du Service de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois [ci-après : le CHUV]).

Selon un rapport médical du 16 février 2023 du Département femme-mère-enfant du CHUV, l'assuré a séjourné au sein des services de pédiatrie du 26 octobre 2022 au 26 janvier 2023, date de son retour à domicile, après plusieurs transferts entre les soins standards, les soins intermédiaires, les soins intensifs pédiatriques et l'unité de soins aigus long séjour. Le diagnostic principal retenu était celui de myélo-méningo-radiculite post-infectieuse avec paralysie flasque séquellaire du membre inférieur droit [recte : gauche]. Il ressort de l'anamnèse que l'assuré avait consulté le 24 octobre 2022 aux urgences de l'Hôpital de [...] en raison d'une boiterie et d'une perte de force du membre inférieur gauche apparues le jour même, accompagnées de douleurs mal systématisées, d'une marche instable et de plusieurs chutes. Le soir même, l'enfant ne parvenait plus à lever la jambe gauche et conservait celle-ci en extension lors de la marche. Sur le plan infectieux, l'assuré présentait depuis le 19 octobre 2022 une toux, un encombrement nasal et de la fièvre, dans un contexte diagnostiqué comme une bronchite obstructive par son pédiatre traitant. Malgré un premier bilan radiologique et biologique rassurant, l'examen neurologique mettait notamment en évidence une faiblesse musculaire importante du membre inférieur gauche avec abolition des réflexes ostéo-tendineux. Les investigations menées au CHUV, comprenant notamment une ponction lombaire, des IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébro-médullaires ainsi qu'un électroneuromyogramme, ont permis de confirmer le diagnostic de myélo-méningo-radiculite. L'assuré a bénéficié d'un traitement par Solumédrol, d'immunoglobulines intraveineuses et de plusieurs cures de plasmaphérèse, ainsi que d'une prise en charge intensive

en physiothérapie et ergothérapie. Malgré une évolution partiellement favorable, les médecins ont retenu l'existence d'un handicap résiduel durable avec la persistance d'importants déficits moteurs nécessitant le recours à divers équipements pour les déplacements et les activités de la vie quotidienne.

Sur la base des rapports médicaux recueillis en cours d'instruction, l'Office AI a admis la prise en charge des mesures médicales et des moyens auxiliaires nécessaires à la réadaptation de l'assuré. À ce titre, il lui a accordé des chaussures orthopédiques spéciales pour orthèses, ainsi que la prise en charge d'une orthèse tibiale et d'une orthèse fémorale gauche (cf. communications du 23 juin 2023). Il lui a également octroyé un déambulateur (cf. communication du 7 juillet 2023), puis un second déambulateur (cf. communication du 19 septembre 2024), ainsi que le renouvellement d'une orthèse de jambe (cf. communication du 21 mars 2025). En outre, l'Office AI a mis l'assuré au bénéfice de traitements ambulatoires de physiothérapie et d'ergothérapie pour la période du 26 janvier 2023 au 31 janvier 2025 (cf. communication du 8 juillet 2025).

L'assuré s'est par ailleurs vu reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1^{er} octobre 2023 (cf. décision du 12 mai 2025).

b) Le 2 septembre 2025, les parents de l'assuré ont déposé une demande tendant à la prise en charge d'un tricycle thérapeutique avec assistance électrique. Ils ont exposé que ce dispositif devait permettre à l'intéressé de poursuivre ses progrès dans les activités de la vie quotidienne grâce à un moyen présentant un intérêt thérapeutique, tout en lui offrant la possibilité de vivre une enfance aussi ordinaire que possible et de pouvoir pédaler comme les autres enfants de son âge. À l'appui de leur demande, ils ont produit un rapport médical du 13 août 2025 du Dr F. _____, médecin cadre hospitalier au service de pédiatrie du CHUV et spécialiste en pédiatrie, lequel relevait que, malgré les progrès remarquables accomplis grâce à la prise en charge thérapeutique, l'assuré présentait encore une faiblesse musculaire significative du membre inférieur gauche. Selon ce médecin, les

efforts visant à améliorer la fonction musculaire devaient se poursuivre au moyen d'activités se rapprochant autant que possible de celles pratiquées habituellement par les enfants de son âge. Il estimait qu'un vélo thérapeutique avec assistance électrique constituait une bonne opportunité pour l'assuré de travailler sa coordination et sa fonction motrice, l'assistance électrique étant nécessaire en raison de l'insuffisance de force du membre inférieur gauche pour initier le pédalage. Il considérait ainsi ce dispositif comme un moyen thérapeutique approprié pour poursuivre la prise en charge au cours de la croissance. Était également joint à la demande un devis relatif à un tricycle thérapeutique de type « Momo Motion » avec assistance électrique, d'un montant total de 8'331 fr. 25.

Par projet de décision du 16 septembre 2025, l'Office AI a refusé de prendre en charge un tricycle thérapeutique, relevant pour l'essentiel que le dispositif ne pouvait pas être assimilé à un moyen auxiliaire et qu'une prise en charge en tant qu'appareil de traitement n'était pas envisageable à défaut d'être complémentaire à une mesure médicale.

Par courrier du 7 octobre 2025, le père de l'assuré, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision. Pour l'essentiel, il estimait que le handicap de l'assuré le rendait tributaire d'un moyen de déplacement motorisé, sous la forme soit d'un fauteuil roulant, soit d'un tricycle électrique. Le tricycle constituait toutefois une solution plus adéquate dès lors qu'il permettait non seulement d'assurer sa mobilité, mais également de renforcer la musculature des jambes et la mobilité de la hanche grâce au pédalage assisté. Le tricycle litigieux remplissait ainsi une fonction équivalente à celle d'un fauteuil roulant, de sorte qu'il pouvait être pris en charge au titre du droit à la substitution.

Par courrier du 20 octobre 2025, en complément à ses objections, l'assuré a produit un rapport établi le 15 octobre 2025 par J._____, physiothérapeute au département femme-mère-enfant du CHUV. Celui-ci indiquait avoir suivi l'intéressé depuis sa sortie de l'hôpital début 2023 jusqu'à la rentrée scolaire 2025. Il relevait que l'assuré avait retrouvé

une autonomie à la marche, avec ou sans orthèse, et ne nécessitait plus de moyen auxiliaire de déambulation, mais que son périmètre de déplacement demeurait limité à son environnement immédiat. Il exposait avoir examiné différentes solutions afin d'accroître son autonomie, notamment un fauteuil roulant manuel puis un fauteuil roulant électrique, avant d'y renoncer au profit d'un tricycle thérapeutique avec assistance électrique. Un fauteuil roulant manuel avait été écarté en raison de l'effort trop important qu'il exigerait des membres supérieurs de l'enfant au regard du bénéfice attendu. La possibilité d'un fauteuil roulant électrique ou de roues électrifiées avait également été envisagée, puis abandonnée au motif qu'une telle solution limiterait l'utilisation des capacités de marche dont disposait déjà l'assuré. En outre, ce moyen de déplacement favoriserait l'autonomie de l'enfant, son développement musculaire et psychomoteur, son inclusion sociale ainsi que sa qualité de vie.

Par décision du 11 novembre 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 16 septembre 2025.

Par courrier adressé à l'Office AI le 24 décembre 2025, J. _____ a indiqué que le suivi en physiothérapie avait pris fin le 27 août 2025, les objectifs fonctionnels fixés à ce stade de son développement et de sa croissance ayant été atteints.

B. **a)** Par acte du 4 décembre 2025, agissant par l'entremise de son père B.B. _____, lui-même représenté par Me Philippe Nordmann, A.B. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 11 novembre 2025, concluant à l'annulation [*recte* : réforme] de ladite décision et à la prise en charge du tricycle électrique thérapeutique. En substance, il faisait valoir qu'il pouvait prétendre à la remise d'un fauteuil roulant, manuel ou électrique, et qu'il bénéficiait dès lors d'un droit à la substitution. Le tricycle thérapeutique avec assistance électrique remplissait la même fonction de mobilité qu'un fauteuil roulant tout en présentant des bénéfices thérapeutiques supplémentaires. Dans ces circonstances, il estimait que le tricycle devait être assimilé à un fauteuil roulant électrique dans le cadre du droit à la

substitution. A l'appui de son recours, il a produit un lot de pièces figurant déjà au dossier.

b) Par réponse du 2 février 2026, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

En droit :

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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à la prise en charge d'un tricycle thérapeutique avec assistance électrique au titre de moyen auxiliaire ou de moyen de traitement nécessaire à l'accomplissement d'une mesure médicale.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire

spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3).

b) Dans le cas présent, le recours est dirigé à l'encontre d'une décision rendue le 11 novembre 2025, à la suite d'une demande déposée le 2 septembre 2025. Partant, la réglementation topique doit être appliquée dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022.

4. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les assurés ont notamment droit à l'octroi de moyens auxiliaires, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures médicales et l'octroi de moyens auxiliaires (art. 8 al. 3 let. a et d LAI).

b) La LAI prévoit l'octroi de mesures médicales dans un but de réadaptation. A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 20 ans, aux mesures médicales de réadaptation qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels. L'art. 12 al. 3 LAI précise que les mesures médicales de réadaptation doivent être de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de l'assuré à fréquenter l'école, à suivre une formation, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels, ou être de nature à prévenir une diminution notable de cette capacité. Le droit à ces mesures n'existe que si le médecin traitant spécialisé a posé un pronostic favorable tenant compte de la gravité de l'infirmité. L'art. 2 al. 1 RAI énonce que sont considérées

comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les traitements chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques (première phrase).

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 140 V 246 consid. 7.5.1 ; 104 V 81 consid. 1). Ainsi, les mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI ne doivent pas uniquement viser le traitement du trouble originaire et doivent 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 les références citées).

c) En vertu de l'art. 14 al. 1 LAI, les mesures médicales comprennent notamment les traitements et examens liés à ces traitements qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (let. a), les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire (let. b), ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. c).

Le droit aux mesures médicales comprend donc les appareils de traitement qui font nécessairement partie de la mesure médicale prise en charge par l'assurance-invalidité (au sens des art. 12 et 13 LAI ; cf. art. 1 al. 2 OMAI [ordonnance du Département fédéral de l'intérieur concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité du 29 novembre 1976 ; RS 831.232.51]), pour autant qu'ils aient un rapport étroit et direct avec cette mesure. Le chiffre 1216 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (ci-après : CMRM), dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 (état au 1^{er} janvier 2025), précise que si

des appareils de traitement sont requis pour l'application de mesures médicales accordées par l'AI (par ex. inhalateurs ; lunettes lors d'infirmités congénitales de la réfraction ; nébuliseurs, appareils à distiller et coussins de caoutchouc mousse en cas de mucoviscidose ; balles médicinales et tapis pour les enfants IMC ainsi que, pour les cas sévères de troubles moteurs comme les paralysies cérébrales, Haverich à trois roues), les frais qui en résultent sont à la charge de l'AI dans le cadre des art. 12 LAI et 13 LAI. Il n'est cependant pas nécessaire que l'appareil de traitement déploie lui-même des effets thérapeutiques ; il suffit qu'il soutienne le but thérapeutique de la mesure médicale de manière ciblée (ATF 104 V 131 consid. 2a ; TF 9C_197/2013 du 20 juin 2013 consid. 5.1 et les références citées).

d) Selon l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou suivre une formation continue, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, première phrase). Par ailleurs, l'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2). L'assurance prend en charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat et les remet en toute propriété ou en prêt ou les rembourse à forfait. L'assuré supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle (al. 3).

Lorsque la loi précise qu'un assuré a droit aux appareils qui sont nécessaires pour se « déplacer », cela ne signifie pas que celui-ci doit pouvoir circuler sur tous les terrains et dans tous les lieux possibles. Il doit exister, dans le cadre de l'assurance-invalidité sociale, un rapport raisonnable entre le but de réadaptation poursuivi, le bénéfice supposé apporté par le moyen en question et le coût de celui-ci. Dans ce contexte, la jurisprudence a souligné que les buts légaux de réadaptation que sont le « déplacement » et l' « établissement de contacts avec son entourage » font

référence aux lieux les plus proches situés hors du domicile dans lesquels s'établissent les contacts sociaux habituels de la population (ATF 135 I 161 consid. 6 ; TF 9C_265/2012 du 12 octobre 2012 consid. 4.1).

La liste des moyens auxiliaires fait l'objet d'une ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (art. 14 RAI). L'art. 2 OMAI prévoit qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1) ; l'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*) que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance professionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2) ; l'assuré n'a droit qu'à des moyens auxiliaires d'un modèle simple, adéquat et économique (al. 4, première phrase) ; il supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle (al. 4, deuxième phrase).

La liste des moyens auxiliaires annexée à l'OMAI contient notamment un chapitre 9 intitulé « Fauteuils roulants ». Son chiffre 9.01 concerne les fauteuils roulants sans moteur, tandis que son chiffre 9.02 vise les fauteuils roulants électriques. Ces derniers sont destinés aux assurés qui ne peuvent utiliser un fauteuil roulant usuel et ne peuvent se déplacer seuls qu'au moyen d'un fauteuil roulant mû électriquement. Le chiffre 10 de la liste concerne les véhicules à moteur destinés aux assurés qui, exerçant d'une manière probablement durable une activité leur permettant de couvrir leurs besoins, ne peuvent se passer d'un véhicule à moteur personnel pour se rendre à leur travail.

La liste contenue dans l'annexe à l'OMAI est exhaustive dans la mesure où elle énumère les catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte. En revanche, il faut examiner pour chaque catégorie si l'énumération des divers moyens auxiliaires faisant partie de cette catégorie est également exhaustive ou simplement indicative (ATF 146 V

233 consid. 2.2 ; ATF 131 V 9 consid. 3.4.2 ; TF 9C_439/2012 du 1^{er} octobre 2012 consid. 2 ; TFA I 953/05 du 19 décembre 2006 consid. 3.1).

S'agissant des fauteuils roulants, selon le chiffre 2073 de la Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (ci-après : CMAI) éditée par l'Office fédéral des assurances sociales dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2013 (état au 1^{er} janvier 2025), la remise d'un fauteuil roulant doit se justifier sur le plan médical (formulaire « Ordonnance médicale pour la remise d'un fauteuil roulant »).

e) L'article 21^{bis} LAI consacre un droit à la substitution de la prestation en matière de moyens auxiliaires. Il prévoit que lorsqu'un assuré a droit à la remise d'un moyen auxiliaire figurant dans la liste dressée par le Conseil fédéral, il peut choisir un autre moyen remplissant les mêmes fonctions (al. 1) ; l'assurance prend à sa charge les coûts du moyen auxiliaire choisi jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait versé pour le moyen figurant dans la liste (al. 2). Le droit à la substitution permet à l'assuré qui a opté pour un moyen auxiliaire dont le coût n'incombe normalement pas à l'assurance-invalidité – alors qu'il aurait pu prétendre au remboursement d'autres mesures – de se faire rembourser, dans certaines circonstances, le moyen auxiliaire choisi. Cela suppose notamment que la substitution ait pour objet deux prestations différentes qui soient interchangeable quant à leurs fonctions et que l'assuré ait un droit légal à la prestation sujette à substitution (ATF 131 V 107 cons. 3.2.1).

Selon le chiffre 1030.2 de la CMAI, le moyen auxiliaire de substitution doit être équivalent, sur le plan de la fonction, au moyen auxiliaire auquel l'assuré a droit. La similitude fonctionnelle vise à ce que l'équipement choisi par l'assuré remplisse au moins les mêmes fonctions que le moyen auxiliaire auquel il a droit. Aussi longtemps que le moyen auxiliaire de substitution remplit le même objectif légal de réadaptation que le moyen auxiliaire auquel l'assuré a droit, il peut également avoir des fonctions supplémentaires.

5. En l'espèce, il y a lieu d'examiner si le recourant peut prétendre à la prise en charge d'un tricycle thérapeutique avec assistance électrique au titre de moyen auxiliaire ou d'appareil de traitement nécessaire à une mesure médicale.

a) En premier lieu, le recourant sollicite la prise en charge du tricycle thérapeutique avec assistance électrique en se prévalant du droit à la substitution (art. 21^{bis} LAI).

aa) A cet égard, il n'est pas contesté par les parties que le tricycle thérapeutique avec assistance électrique litigieux ne figure pas dans la liste des moyens auxiliaires annexée à l'OMAI. Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de relever que les vélos ou bicyclettes ne sont pas énumérés dans cette liste et qu'un vélo adapté au handicap de l'assuré ne saurait être assimilé à un fauteuil roulant électrique ou à un cyclomoteur (TF I 566/03 du 1^{er} juin 2004 consid. 4.3 et 4.6). Certes, le tricycle litigieux se distingue du vélo examiné dans cet arrêt dès lors qu'il est équipé d'une assistance électrique. On peut dès lors se demander si un tel équipement pourrait néanmoins être assimilé à un fauteuil roulant électrique dans le cadre du droit à la substitution. La question de la similitude fonctionnelle peut toutefois demeurer ouverte. En effet, l'exercice du droit à la substitution suppose au préalable que l'assuré remplisse les conditions ouvrant le droit au moyen auxiliaire auquel l'équipement demandé est censé se substituer. Le droit à un fauteuil roulant électrique suppose que l'assuré ait besoin d'un fauteuil roulant, mais qu'il ne soit pas en mesure d'utiliser un fauteuil roulant mécanique et qu'il ne puisse se déplacer de manière autonome qu'avec un fauteuil roulant électrique (cf. ch. 9.02 de l'annexe à l'OMAI ; TF 9C_543/2014 du 17 novembre 2014 consid. 5). Or force est de constater que le recourant ne remplit pas les conditions d'octroi de ce moyen auxiliaire.

Il apparaît tout d'abord que le recourant n'a pas besoin d'un fauteuil roulant à l'heure actuelle. Il ressort en effet des pièces médicales au dossier que l'assuré a accompli des progrès significatifs depuis sa prise en charge initiale. Dans son rapport du 13 août 2025, le Dr F. _____ a

relevé qu'il avait développé de nombreuses stratégies de compensation dans les actes de la vie quotidienne ainsi que pour ses déplacements. Le physiothérapeute a indiqué pour sa part, dans son rapport du 15 octobre 2025, que l'enfant avait retrouvé une autonomie à la marche, avec ou sans orthèse cruro-pédieuse, et qu'il ne nécessitait aucun moyen auxiliaire de déambulation. Certes, son périmètre de déplacement était limité à son environnement immédiat et son endurance restait réduite. Il n'en demeure pas moins que l'assuré dispose des capacités physiques lui permettant de marcher de manière autonome sur de courtes distances. En outre, le physiothérapeute a lui-même indiqué qu'un fauteuil roulant manuel avait été envisagé dans le cadre des réflexions thérapeutiques, mais rapidement abandonné en raison de l'effort important qu'il exigerait des membres supérieurs de l'enfant. Quant à la solution consistant en un fauteuil roulant électrique, elle a également été écartée au motif qu'elle risquait de limiter l'utilisation des capacités de marche acquises. Les professionnels impliqués dans sa prise en charge n'ont ainsi pas considéré qu'un fauteuil roulant constituait un moyen auxiliaire nécessaire à sa mobilité. Dans ces circonstances, on ne saurait retenir que l'assuré aurait besoin d'un fauteuil roulant, qu'il soit manuel ou électrique.

En ce qui concerne ensuite la condition liée à la nécessité du déplacement autonome au moyen d'un fauteuil roulant électrique, elle n'est pas davantage réalisée. Le recourant fait certes valoir qu'un tricycle thérapeutique avec assistance électrique lui permettrait d'élargir son périmètre de déplacement. Les rapports médicaux démontrent toutefois que l'enfant bénéficie déjà d'une certaine autonomie puisqu'il est en mesure de se déplacer seul sur de courtes distances. Les limitations décrites par les médecins concernent essentiellement l'endurance et le rayon d'action de l'assuré, et non une impossibilité de se déplacer de manière autonome. Dès lors que l'intéressé peut marcher par ses propres moyens et qu'il ne nécessite aucun moyen auxiliaire de déambulation, il n'apparaît pas établi qu'il ne pourrait se déplacer de manière autonome qu'au moyen d'un fauteuil roulant électrique. Le seul fait qu'un tel équipement puisse offrir davantage de confort ou permettre des déplacements plus étendus ne suffit

pas à fonder un droit à sa remise, même si l'on peut comprendre le souhait des parents de voir leur enfant bénéficier de plus d'autonomie.

Dans ces circonstances, l'assuré ne remplit pas les conditions ouvrant droit à la remise d'un fauteuil roulant électrique (ch. 9.02 de l'annexe à l'OMAI). Faute de droit préalable à un tel moyen auxiliaire, il ne peut se prévaloir du droit à la substitution pour obtenir la prise en charge du tricycle thérapeutique avec assistance électrique.

bb) Le recourant ne saurait davantage tirer argument des dispositions de l'annexe à l'OMAI relatives aux véhicules à moteur. Comme l'a relevé le Tribunal fédéral, le fait que le chapitre 10 de l'annexe à l'OMAI règle la remise de certains véhicules à moteur ne permet pas de tirer de conclusion quant à la prise en charge d'un vélo adapté au handicap de l'assuré (TF I 566/03 du 1^{er} juin 2004 consid. 4.4). Les situations visées par ces dispositions ne sont en effet pas comparables à celle du présent litige.

cc) Ainsi, il apparaît que le tricycle litigieux a été recommandé avant tout pour permettre à l'assuré de poursuivre le développement de ses capacités motrices résiduelles, notamment par le renforcement de la musculature du membre inférieur gauche, l'amélioration de la coordination et de la fonction motrice, ainsi que lui permettre de pratiquer une activité adaptée à son âge. Les parents de l'assuré ont d'ailleurs eux-mêmes indiqué que ce dispositif devait lui permettre de pouvoir pédaler comme la plupart des enfants de son âge. Si ce souhait est parfaitement compréhensible et si les bénéfices attendus du tricycle ne sont pas remis en cause, il convient toutefois de rappeler que l'assurance-invalidité n'a pas pour vocation d'assurer les mesures qui sont les meilleures dans le cas particulier, mais seulement celles qui sont nécessaires et propres à atteindre le but visé (ATF 146 V 233 consid. 2.2).

b) En second lieu, il convient de relever que le tricycle thérapeutique avec assistance électrique ne relève pas non plus d'un moyen de traitement nécessaire à une mesure médicale au sens de l'art. 1 al. 2 OMAI en relation avec l'art. 12 LAI.

A cet égard, il n'est pas contestable que le tricycle thérapeutique avec assistance électrique litigieux présente un intérêt thérapeutique pour le recourant. Tant le Dr F._____ que le physiothérapeute de l'assuré ont relevé que cet équipement permettait de travailler la coordination, la fonction motrice du membre inférieur gauche ainsi que le renforcement musculaire, tout en favorisant le développement psychomoteur de l'enfant. Il n'en demeure pas moins que, au moment du dépôt de la demande, le recourant ne bénéficiait plus d'aucune mesure médicale prise en charge par l'assurance-invalidité. La prise en charge de la physiothérapie avait en effet été limitée au 31 janvier 2025 (cf. communication du 8 juillet 2024) et le physiothérapeute a par ailleurs indiqué que le suivi avait pris fin le 27 août 2025 (cf. courrier du 24 décembre 2025), les objectifs thérapeutiques ayant été atteints. Dans ces circonstances, à défaut de s'inscrire dans le cadre d'une mesure médicale prise en charge par l'assurance-invalidité, le tricycle litigieux ne saurait être qualifié d'appareil de traitement nécessaire à l'exécution d'une telle mesure au sens de l'art. 14 al. 1 let. c.

c) En définitive, le tricycle thérapeutique avec assistance électrique ne saurait être pris en charge par l'assurance-invalidité.

6. A la rigueur du droit, il convient par conséquent de rejeter le recours et de confirmer la décision litigieuse.

7. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 novembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la partie recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour B.B._____, agissant pour A.B._____),
- 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 :