

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1er juillet 2011

---

Présidence de       Mme    THALMANN  
Juges     :     M.    Neu et Mme Pasche  
Greffier :     M.    Rebetez

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.N.** \_\_\_\_\_, à Ecublens, recourant, représenté par son père **B.N.** \_\_\_\_\_,  
audit lieu,

et

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

---

**Art. 3 al. 2 LPGA; 12, 13 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 23 juin 2009, A.N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 8 juin 2009, représenté par son père, a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour assurés âgés de moins de 20 ans révolus sous la forme de mesures médicales.

Dans un rapport médical du 7 juillet 2009, les Drs [...] Q.\_\_\_\_\_, [...] P.\_\_\_\_\_ et [...] O.\_\_\_\_\_, médecins au Service de pédiatrie de l'Hôpital de l'enfance, posent les diagnostics suivants :

*"Tétralogie de Fallot avec sténose pulmonaire  
SDR sur Wet Lung  
Trisomie 21, par non-disjonction méiotique  
Hypoglycémie néonatale  
Thrombopénie néonatale transitoire  
Nouveau-né à terme de 37 à 42 SG  
Poids de naissance  $\geq 2500$  g"*

Ces praticiens mentionnent en outre ce qui suit :

- "- SDR sur Wet Lung : en raison du SDR d'emblée, [...] bénéficie d'un traitement par CPAP à l'air ambiant. La radiographie du thorax faite à l'entrée est normale. L'évolution respiratoire est rapidement favorable, permettant un sevrage de la CPAP dès 12 heures de vie.*
- Trisomie 21, par non-disjonction méiotique : Suite à un risque de trisomie 21 élevé à 1/242 au premier trimestre de la grossesse, une amniocentèse a été effectuée. Celle-ci a mis en évidence une Trisomie 21 libre. Pour cette raison, les parents de [...] ont bénéficié d'un conseil génétique en février 2009. Notons que durant l'hospitalisation, les généticiens ont eu l'occasion de rediscuter avec ces parents et ils se tiennent à disposition au cas où la famille de l'enfant serait demandeur d'une nouvelle consultation.*
- Tétralogie de Fallot avec sténose pulmonaire : En raison de la découverte en anténatal d'une tétralogie de Fallot, les cardiologues pédiatres effectuent, à 12 heures de vie, un US cardiaque qui confirme ce*

*diagnostic. [...] a toujours présenté des saturométries stables entre 85 et 95% sous air ambiant. L'US cardiaque de J8 confirme la fermeture du canal artériel et montre des pressions pulmonaires basses. Dans ces conditions, l'enfant peut rentrer à domicile. Il bénéficiera par la suite d'un suivi cardiologique régulier, le premier contrôle étant prévu 3 semaines après la sortie.*

- *Nouveau-né à terme de 37 à 42 SG, RCIU symétrique : En raison du SDR, [...] est mis d'emblée à jeun et il bénéficie d'une perfusion de Glucose - Vamine. L'alimentation entérale est débutée à 12 heures de vie et il prend l'ensemble de ses apports per os dès J4. Il est sevré de la perfusion à J2. Il perd au maximum 4% de son poids de naissance à J5 qu'il n'a pas encore repris lors de sa sortie.*

*Les paramètres de croissances sont tous les trois autour du P10 et montre un RCIU harmonieux probablement d'origine syndromique.*

- *Hypoglycémie néonatale : [...] présente, à 30 minutes de vie, une première hypoglycémie à 0,9 mmol/l pour laquelle il bénéficie d'emblée d'une perfusion de Glucose et Vamine. Par la suite, il maintient des glycémies dans la norme.*
- *Thrombopénie néonatale transitoire : Le premier bilan sanguin fait à 30 minutes de vie met en évidence une thrombopénie à 34 G/l. Par la suite, cette valeur se corrige rapidement sans traitement particulier. Au vu de révolution favorable, nous n'avons pas effectué d'autres investigations."*

S'agissant du status à la sortie, les médecins mentionnent notamment :

*"Neurologique : fontanelle antérieure à niveau, tonus axial et aux membres supérieurs et inférieurs dans les normes, ROT vifs et symétriques, réflexes archaïques normaux, comportement et cri normaux."*

Le 17 juillet 2009, le Dr [...] V. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie et médecin traitant, a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) une lettre dont la teneur est la suivante :

*"[...] est âgé de 1 mois, connu pour trisomie 21, diagnostiquée en anténatal, hospitalisé en unité de néonatalogie au CHUV pour son anomalie génétique, une tétralogie de Fallot, des hypoglycémies néonatales, une thrombopénie*

*transitoire. Les codes AI 313, 497 et 498 ont été demandés auprès de votre office.*

*Par la présente, je souhaiterai, en tant que pédiatre de [...], vous demander l'ajout du code 397 à son dossier AI, en raison de son hypotonie importante, et pour laquelle il va rapidement commencer une prise en charge de physiothérapie Bobath."*

Dans un rapport du 11 août 2009, la Dresse [...] J.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, pose des diagnostics identiques à ceux du rapport médical du 7 juillet 2009.

Dans un projet de décision du 21 octobre 2009, l'OAI a informé les parents de l'assuré de son intention de refuser la mesure médicale requise au motif que le ch. 397 de l'Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (ci-après : OIC; RS 831.232.21) prévoit la prise en charge des mesures médicales dans le cadre de paralysie et parésie congénitales. Or, en l'espèce, la situation de l'enfant ne répond pas à la définition de ce chiffre puisqu'il présente un syndrome de Down, soit une atteinte à la santé polysymptomatique qui ne figure pas dans la liste annexe à l'OIC. L'OAI relève qu'en pareil cas, il examine si les symptômes particuliers de l'affection de base peuvent eux-mêmes être réputés infirmités congénitales, ce qui est le cas pour la pathologie cardiaque dont l'assurance-invalidité a pris en charge le traitement spécifique selon sa décision du 28 septembre 2009 (313 OIC Tétralogie de Fallot). Il conclut qu'au vu des renseignements en sa possession, la physiothérapie Bobath ne s'adresse pas à cette affection et qu'il ne peut dès lors intervenir concernant le suivi médical lié à cette atteinte à la santé.

Le 30 octobre 2009, le Prof [...] S.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, diagnostique une pentalogie de Fallot et une trisomie 21. Il indique que l'évolution sur le plan cardiovasculaire chez [...] est bonne et que l'on observe une augmentation du gradient sur la voie de chasse droite, indiquant qu'une opération correctrice est nécessaire dans les mois à venir.

Le 2 novembre 2009, le Dr V. \_\_\_\_\_ ainsi que les parents de l'assuré ont notamment écrit à l'OAI ce qui suit :

*"[...] est âgé de 1 mois, connu pour trisomie 21, diagnostiquée en anténatal, hospitalisé en unité de néonatalogie au CHUV pour son anomalie génétique, une tétralogie de Fallot, des hypoglycémies néonatales, une thrombopénie transitoire. Les codes AI 313, 497 et 498 ont été demandés auprès de votre office.*

*Par la présente, je souhaiterais, en tant que pédiatre de [...], vous demander l'ajout du code 395 à son dossier AI, en raison de son hypotonie importante, et pour laquelle il va rapidement commencer une prise en charge de physiothérapie Bobath. Il est connu pour une tétralogie (qualifiée de pentalogie par les cardiologues) de Fallot pour laquelle il devrait être prochainement opéré. Dans ce cadre, et quand on connaît l'importance des répercussions sur le développement que peuvent impliquer de telles prises en charge, il me semble particulièrement opportun de pouvoir offrir le maximum de stimulation à [...]"*.

Le 20 novembre 2009, le Prof S. \_\_\_\_\_ indique que l'évolution sur le plan cardiovasculaire est bonne et stable et que le gradient maximal sur la voie de chasse du ventricule droit est stable par rapport à l'examen précédent, l'objectif étant d'atteindre une prise de poids suffisante afin d'envisager une chirurgie correctrice de sa cardiopathie.

Par décision du 30 novembre 2009, l'OAI a refusé la mesure médicale demandée pour les motifs figurant dans son projet de décision. Il a en outre ajouté qu'il n'était pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et pouvait à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC si celle-ci n'avait pas d'autre étiologie plus vraisemblable, telle la trisomie.

**B.** Le 14 janvier 2010, A.N. \_\_\_\_\_, représenté par son père, a recouru contre cette décision. Il soutient en substance que son droit d'être entendu a été violé puisque la décision n'explique pas d'où vient

l'affirmation de l'OAI selon laquelle une hypotonie ne peut fonder une reconnaissance selon le ch. 395 OIC que si elle n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable, telle la trisomie. Il estime en outre que le dossier envoyé par l'OAI n'est pas complet, celui-ci ne comportant pas la note établie par le médecin de l'OAI, ni celle écrite éventuellement par le juriste au sujet de telle ou telle jurisprudence. Il estime qu'il y a déni de justice et conclut à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin que celui-ci notifie une décision motivée et lui transmette un dossier complet.

L'OAI a conclu au rejet du recours. Il mentionne que lorsque le dossier a été demandé, la décision avait été notifiée et que le dossier ne contenait d'avis ni du médecin du SMR, ni d'un juriste de l'OAI. Il ajoute que la décision attaquée indique, certes brièvement, les motifs pour lesquels il n'admettait pas l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC. Il allègue enfin que les conditions d'application de l'art. 13 LAI ne sont pas remplies, ni celles de l'art. 12 LAI.

Cette écriture a été transmise au recourant le 10 mars 2011, un délai lui étant imparti notamment pour se déterminer sur cette écriture et consulter le dossier. Il n'a pas fait usage de cette possibilité.

### **E n d r o i t :**

**1.** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** Dans un premier moyen, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, motif pris que l'OAI ne lui aurait pas

communiqué le dossier complet et que sa décision serait insuffisamment motivée.

**a)** Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle expressément consacrée par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 14 c. 2a/aa; 124 V 180 c. 4a; TFA C\_50/01 du 9 novembre 2001 c. 1b). Le droit de s'exprimer sur les points pertinents implique la possibilité de prendre position, avant la décision, sur tous les éléments de fait et de droit qui peuvent l'influencer (Aubert/Mahon, Petit Commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, Zurich/Bâle/Genève 2003, n. 6 ad art. 29 Cst., p. 267s.).

Elle en a déduit également le devoir de motiver la décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 c. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 c. 5.2; 126 I 97 c. 2b; 125 III 440 c. 2a).

**b)** Le droit d'être entendu est de nature formelle. En principe, sa violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée,

indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. En d'autres termes, il importe peu de savoir si cela peut conduire l'autorité, dont la décision est contestée, à modifier sa décision ou non (ATF 126 V 130 c. 2b; 125 V 118 c. 3; Aubert/Mahon, op. cit., n. 7 ad art. 29 Cst., p. 269).

La jurisprudence admet toutefois une exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu. En effet, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 c. 3d/aa; 126 I 68 c. 2; 126 V 130 c. 2b et les références citées), et qui peut donc examiner sans limitation aussi bien l'état de fait que les questions juridiques (ATF 115 V 297; 112 IB 170 c. 5e; 110 Ia 81 c. 5d; 107 V 246 c. 3)

**c)** En l'espèce, les pièces dont le recourant s'est plaint de ne pas avoir reçu copie ne figuraient pas au dossier lorsque la décision attaquée a été rendue. Quoi qu'il en soit, l'occasion a été donnée au recourant de consulter l'ensemble du dossier, possibilité dont il n'a finalement pas fait usage. Dans la mesure où la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit, le vice aurait pu être réparé dans le cadre de la présente procédure de recours.

Quant à la décision attaquée, elle mentionne, certes brièvement, les motifs pour lesquels la demande est rejetée. Cette motivation apparaît toutefois suffisante dès lors que l'on comprend les raisons pour lesquelles l'OAI a nié l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC.

Dans ces conditions, les griefs de violation du droit d'être entendu et de déni de justice se révèlent infondés et doivent par conséquent être rejetés.

**3.** Reste litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à la prise en charge par l'assurance-invalidité du traitement de physiothérapie Bobath.

**a)** A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

Selon l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de vingt ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées; il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC laquelle contient, en annexe, une liste des infirmités réputées congénitales au sens de l'art. 13 LAI. Le contenu de la liste des infirmités congénitales prévues par l'annexe à l'OIC, respectivement les conditions de prise en charge des mesures médicales relatives à de telles infirmités, ont fait l'objet d'une circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), savoir la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM). S'agissant d'une directive administrative, dont la vocation est de donner des instructions aux organes d'application de la loi quant à la manière dont ils doivent exercer leurs compétences, une telle circulaire ne lie pas le juge; ce dernier ne s'en écarte toutefois, en principe, que si son contenu est en contradiction avec les dispositions légales applicables (cf. ATF 118 V 129 c. 3a et la référence citée; ATF 130 V 163 c. 4.3.1 et les références citées), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

En effet, la pratique administrative a décrit de façon relativement étroite les atteintes à la santé qui entrent dans le champ du ch. 390 de l'annexe à l'OIC, puisqu'elle a prévu un certain nombre de caractéristiques que doit présenter une atteinte à la santé pour être qualifiée de paralysie cérébrale congénitale au sens de cette disposition administrative. Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de s'écarter des

conditions relativement restrictives prévues par la directive administrative aux ch. 390.1 ss CMRM, dès lors qu'elles sont compatibles avec les règles légales applicables (TF 9C\_818/2009 du 20 novembre 2009 c. 5.1 ; TFA I 210/03 du 26 août 2003). On rappellera à cet égard que le Conseil fédéral dispose d'une large compétence normative conférée par l'art. 13 al. 2 LAI et de la possibilité, déléguée au Département fédéral de l'intérieur, de corriger la liste à bref délai en y ajoutant des infirmités congénitales évidentes (art. 1 al. 1, 2<sup>e</sup> phrase, OIC), le système mis en place permettant de tenir raisonnablement compte des progrès de la science médicale (TF 9C\_818/2009 du 20 novembre 2009 c. 5.1 ; TFA I 544/97 du 14 janvier 1999, in VSI 1999 p. 170).

Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Le droit à de telles mesures existe - contrairement au droit prévu par la disposition générale de l'article 12 LAI - indépendamment de la possibilité d'une future réadaptation dans la vie professionnelle (art. 8 al. 2 LAI). Le but de la réadaptation est de supprimer ou de diminuer l'atteinte à la santé intervenue à la suite d'une infirmité congénitale (ATF I 174/03 du 28 décembre 2004, c. 3.1 in fine et les références citées).

La personne assurée n'a droit, en règle générale, qu'aux mesures qui sont nécessaires et adaptées au but de réadaptation visé, mais pas aux actes les meilleurs possibles selon les circonstances données; en effet, la loi entend simplement garantir une réadaptation qui soit nécessaire mais aussi suffisante dans le cas d'espèce. En outre, le résultat prévisible d'une mesure de réadaptation doit se situer dans un rapport raisonnable avec son coût (ATF 124 V 108 c. 2a; ATF 122 V 212 c. 2c et les références citées).

Les affections qui ne sont pas susceptibles d'être traitées directement dans leur ensemble par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu - telle que la trisomie 21 (ou syndrome de Down;

cf. ATF 114 V 26 c. 2c) - ne sont pas susceptibles de figurer comme telles dans la liste des infirmités congénitales. D'après la jurisprudence, il est toutefois possible, dans les cas d'affections polysymptomatiques, de reconnaître des mesures médicales appropriées au traitement des divers troubles en cause, à la condition toutefois que ceux-ci, considérés isolément, correspondent à la notion d'infirmité congénitale selon l'annexe OIC et que les conditions prévues au chiffre correspondant soient données (p. ex.: malformation cardiaque en cas de trisomie 21; cf. VSI 1999 p. 174 c. 4a et les références citées). Par ailleurs, ces affections peuvent parfois, comme c'est le cas pour la trisomie 21, ouvrir le droit à d'autres prestations prévues par la LAI (formation scolaire spéciale, mesures de réadaptation d'ordre professionnel, moyens auxiliaires ou rente; ATF du 8 novembre 2006 I 718/05 c. 3.1).

**b)** Il convient donc d'examiner si la prise en charge du traitement en cause incombe à l'intimé par application de l'art. 13 LAI, sous ch. 395 de l'annexe OIC.

Le ch. 395 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les *"légers troubles moteurs cérébraux (traitement jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de la vie)"*.

Aux termes du ch. 395 de la CMRM, sont considérés comme *"légers troubles moteurs cérébraux"* selon le ch. 395 de l'annexe à l'OIC les symptômes neurologiques et les symptômes moteurs cérébraux transitoires chez l'enfant de moins de 2 ans : mouvements pathologiques (asymétrie, limitation de la variabilité), symptomatologie s'aggravant avec l'évolution (attitude asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs) et anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale. Un trouble moteur cérébral pouvant être reconnu comme infirmité congénitale au sens du ch. 395 n'équivaut pas à un diagnostic de paralysie cérébrale (ch. 390 OIC). La physiothérapie et la surveillance médicale ne peuvent être prises en charge que jusqu'à l'âge de 2 ans.

Selon le ch. 390.2 CMRM, du point de vue de l'assurance-invalidité, une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du ch. 390 OIC mais il n'est pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et elle peut donc à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du ch. 395 OIC si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable comme la trisomie 21 par exemple.

**c)** Dans le cas présent, il résulte de l'ensemble des pièces médicales que le recourant est atteint de trisomie 21. Par conséquent, l'hypotonie dont il souffre est vraisemblablement due à cette affection. Il n'est dès lors pas possible de reconnaître l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 395 de l'annexe à l'OIC, si bien que la décision attaquée ne peut qu'être confirmée dans la mesure où elle nie le droit aux mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI.

**4.** Il convient encore d'examiner si la mesure médicale requise peut être ordonnée en application du principe général prévu par l'art. 12 LAI.

**a)** Aux termes de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable.

L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 c. 1, 102 V 41 c. 1 ; RCC 1981 p. 519 c. 3a). Dans

ce contexte, il est admis que 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. 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. Ainsi, 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 (ATF 120 V 279 c. 3a, 115 V 194 c. 3, 112 V 349 c. 2 ; Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2<sup>ème</sup> éd., p. 126 et 132 sv.; pour les assurés qui n'ont pas encore accompli leur 20<sup>ème</sup> année, voir cependant le même auteur, op. cit, p. 133, 2<sup>ème</sup> paragraphe).

Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale qui aura probablement pour conséquence une incapacité de gain (art. 5 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, les mesures médicales appliquées à des assurés mineurs peuvent dès lors servir de manière prépondérante à la réadaptation professionnelle et être prises en charge par l'assurance-invalidité, quand bien même l'affection présente encore un caractère labile, si l'absence de telles mesures risque

d'entraîner des séquelles ou un état défectueux stabilisé qui entraveraient la formation professionnelle ou la capacité de gain ou toutes les deux (VSI 2003 p. 104 c. 2 *in fine*; ATF 105 V 19 = RCC 1979 p. 556; VSI 2000 pp. 66 s. c. 1).

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, 101 V 50 c. 3b avec les références citées). 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 (TF 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 c. 2.3 et les références citées).

**b)** En l'occurrence, l'OAI estime dans sa réponse que la physiothérapie sera nécessaire pour une durée indéterminée et, même cumulée à un suivi multidisciplinaire, qu'il faut s'attendre à la persistance à long terme d'une hypotonie et d'un retard tant sur le plan cognitif que moteur. Il en déduit que la physiothérapie s'adresse au traitement de l'affection comme telle, ce qui exclut un octroi sur la base de l'art. 12 LAI.

Ces affirmations ne sont toutefois nullement étayées. Il n'y a aucun rapport médical détaillé permettant de savoir si les conditions posées par l'art. 12 LAI sont réalisées ou non. Les médecins traitants n'ont pas été interpellés. Seul figure à ce propos au dossier un avis médical sur recours daté du 23 février 2010 établi par le Dr [...] qui se limite à confirmer le refus et les arguments de l'OAI concernant les art. 12 et 13 LAI.

En conséquence, il convient d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical en relation avec l'art. 12 LAI puis rende une nouvelle décision.

**5.** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 52 al. 1 LPA-VD).

Par ailleurs, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, dès lors que celui-ci n'est pas représenté par un avocat ou un autre mandataire juridique, mais par son père.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision du 30 novembre 2009 est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- B.N.\_\_\_\_\_, pour (A.N.\_\_\_\_\_),
- 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 :