

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 octobre 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourante, représentée par sa mère, Q. _____,

et

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

Art. 3 al. 2 LPGA ; art. 13 et 14 LAI ; art. 1 OIC.

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], représentée par sa mère Q._____, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour les assurés de moins de vingt ans le 11 avril 2005.

Procédant à l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) est entré en possession d'un rapport du 24 février 2005 du Dr Z._____, spécialiste en otho-rhino-laryngologie, et de L._____, logopédiste, duquel il ressort que R._____ souffrait de dyslalie-dysphasie. Au titre de l'anamnèse, il était relevé que durant le premier semestre de sa vie, l'enfant hurlait tout le temps et se calmait uniquement dans les bras de sa mère. Elle avait marché à 15 mois et dit ses premiers mots (hormis *papa, maman*) après deux ans seulement. Elle n'était toujours pas compréhensible de son entourage (familial et élargi) et présentait un grave trouble de la parole. Face à l'incompréhension des autres, la fillette se sentait frustrée, s'énervait et faisait des crises de colère. Elle était décrite comme une enfant timide avec ses pairs, en retrait et peu loquace. Sur le plan de l'autonomie, R._____ ne s'habillait et ne se lavait pas toute seule ; elle commençait à être propre de jour, mais pas encore de nuit. Au chapitre des conclusions, les auteurs du rapport observaient que la fillette était sensible et vite irritable, ses difficultés de la parole et du langage risquant d'accentuer les problèmes déjà présents de sensibilité et d'irritabilité, d'engendrer de la souffrance et de constituer un véritable obstacle dans les relations avec les autres. Au vu de ses troubles de langage, il était important qu'elle bénéficie de logopédie.

Dans un rapport du 5 avril 2005 à la Dresse J._____, pédiatre traitante, le Dr Z._____ a indiqué qu'un examen audiolgique avait permis d'exclure toute surdité handicapante. Tout au plus l'enfant présentait-elle une très légère surdité à la limite de la norme, qui

n'entraînait cependant pas de handicap important quant à l'acquisition du langage.

Par décision du 1^{er} juin 2005, l'OAI a octroyé à l'assurée une formation scolaire spécialisée sous forme d'un traitement logopédique durant deux ans dès le 28 février 2005.

b) Le 22 janvier 2007, toujours représentée par sa mère, R._____ a déposé une seconde demande de prestations AI, tendant à la prise en charge de mesures médicales. Au titre de la nature de l'atteinte, il était mentionné « 313 », d'origine congénitale.

Dans un rapport du 15 février 2007 à l'OAI, la Dresse Nicole Sekarski, spécialiste en cardiologie pédiatrique, a posé les diagnostics de petite insuffisance mitrale sur bombement de la valve mitrale et de foramen ovale à petit shunt gauche-droit.

Renseignant l'OAI le 17 avril 2007, le Dr Z._____ et la logopédiste L._____ ont retenu le diagnostic de dysphasie. Ils ont observé que R._____ était une jeune fille peu souriante, qui n'acceptait pas toujours le contact avec l'adulte et ses pairs. Dans les moments de transition, elle ne disait pas bonjour ni au revoir spontanément et se braquait si on insistait. Lors des séances de logopédie, elle se montrait collaborante mais avait du mal à se concentrer plus de vingt minutes. Elle s'agitait souvent sur sa chaise et entraînait difficilement en contact visuel avec son interlocuteur. L'enfant présentait encore d'importantes difficultés dans le développement de son langage oral ainsi que dans l'acquisition des prérequis du langage écrit (conscience phonologique, mémoire verbale). Si son articulation s'était améliorée, sa parole, son lexique, son niveau syntaxique ainsi que ses compétences pragmatiques restaient encore fragiles. Au titre des conclusions, le Dr Z._____ et L._____ ont indiqué que R._____ donnait l'impression d'être distante et peinait à établir une relation directe avec l'adulte ou ses pairs. Son langage était touché dans toutes ses dimensions. Ses difficultés de compréhension et ses compétences déficitaires s'agissant des aspects pragmatiques du

langage la faisaient souffrir et perturbaient fortement son intégration scolaire. Elle était très limitée pour s'exprimer et communiquer, et risquait de se renfermer progressivement. Les intervenants ont ainsi préconisé la poursuite du traitement logopédique pendant deux ans.

Par communication du 9 juillet 2007, l'OAI a accordé la prise en charge d'une formation scolaire spécialisée sous forme d'un traitement logopédique du 12 mars 2007 au 28 février 2009.

Le 10 juillet 2007, l'OAI a également admis la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale constatée au niveau cardiaque, du 19 janvier 2007 au 31 janvier 2017.

B. Le 29 octobre 2014, toujours par l'intermédiaire de sa mère, R._____ a déposé une nouvelle demande pour mineurs auprès de l'OAI, indiquant souffrir d'autisme depuis la naissance.

Par courrier du 11 décembre 2014, le Dr H._____, spécialiste en neuropédiatrie et en pédiatrie, a fait savoir à l'OAI qu'il n'avait plus revu l'assurée à sa consultation depuis le 28 novembre 2012. Il a remis à l'office les rapports établis au cours de sa prise en charge à l'attention de la Dresse J._____, attestant des détails des antécédents de l'enfant avant l'accomplissement de sa cinquième année, dont notamment :

- un rapport du 8 mars 2011 aux termes duquel de Dr H._____ indiquait qu'en raison d'importantes difficultés scolaires, l'enfant effectuait ses 2^{ème} et 3^{ème} années primaires en effectif réduit et qu'une intégration à la Fondation O._____ était prévue pour la rentrée. R._____ n'aimait pas les changements, se bloquant et pleurant en cas d'imprévus. Elle peinait à interagir avec les gens hors de ses proches, sa scolarisation en effectif réduit ayant néanmoins permis une certaine amélioration. La mère s'était demandé, lorsqu'elle était petite, si sa fille n'avait pas des traits autistiques. Suspectant une hydrocéphalie, le médecin a préconisé une IRM, précisant qu'une telle affection pouvait engendrer un profil neuropsychologique particulier,

avec des difficultés de socialisation, comme c'était le cas pour R._____ ;

- un rapport du 14 avril 2011, dans lequel le Dr H._____ relevait que socialement, l'intégration de R._____ à ses pairs avait toujours été difficile dès les débuts de sa scolarité et que le contact visuel était pauvre. Ces difficultés avaient initialement été mises sur le compte d'une certaine timidité, mais sa mère avait remarqué que R._____ « ne savait pas comment s'y prendre » : l'enfant vivait souvent des relations conflictuelles ou alors elle jouait seule dans son coin. Malgré une certaine amélioration récente, l'assurée était décrite comme étant parfois trop familière avec des personnes inconnues ou alors trop en retrait. Les parents signalaient une certaine intolérance aux changements, occasionnant des pleurs et une attitude pouvant aller jusqu'à des vomissements lorsqu'elle était plus petite, avec, là aussi, une relative amélioration avec le temps. R._____ restait toutefois inquiète et angoissée face à la nouveauté, ce qui posait des problèmes dans son travail scolaire. Au chapitre de la discussion, le Dr H._____ s'est exprimé en ces termes :

« R._____ présente un trouble complexe du développement avec actuellement des séquelles de dysphasie (bien décrit dans le rapport de logopédie d'octobre 2010 qui fait état également de troubles pragmatiques), associé à des difficultés de socialisation et des troubles des apprentissages, possiblement en lien avec des difficultés attentionnelles et une lenteur d'exécution.

Au vu de ce qui précède, je me demande si on n'est pas dans le cadre d'un trouble envahissant du développement non reconnu comme tel jusqu'ici. On peut se demander si le papa n'a pas le même type de difficultés.

Dans ce contexte, j'ai proposé aux parents de réaliser un bilan neuropsychologique auprès de Mme X._____, ce qu'ils ont tout à fait accepté. Rappelons qu'il est possible que l'enfant soit orienté vers l'enseignement spécialisé à la rentrée, une demande d'admission aux [...] est en cours. » ;

- un rapport du 4 décembre 2012 aux termes duquel le Dr H._____ notait des progrès encourageants dans les apprentissages depuis le dernier bilan. Il relevait cependant que la socialisation restait un peu compliquée, que l'enfant avait notamment dû quitter un camp de scout en cours de route en raison de ces difficultés. Le médecin précisait rester frappé par le tableau général tout à fait particulier du retard de

croissance de l'assurée, estimant qu'il vaudrait la peine d'effectuer de suite un bilan génétique ainsi que, ultérieurement, un bilan d'évolution neuropsychologique, de consorts avec l'OAI.

Dans un rapport de janvier 2015 à l'OAI, F._____, éducateur auprès de la Fondation O._____ auprès de laquelle R._____ était scolarisée depuis l'automne 2011, a attesté que les aspects de la vie quotidienne tels qu'hygiène, habillement, choix des vêtements, toilette ou coiffage, ne nécessitaient pas la présence d'un éducateur, hormis pour un rapide contrôle. Par contre, l'assistance d'un éducateur était essentielle pour l'aider à gérer ses relations avec ses pairs, à développer sa confiance en elle et à palier ses difficultés scolaires et ses difficultés de compréhension, à raison de plusieurs heures par semaine, en dehors du temps de prise en charge en groupe.

Dans un avis médical du 23 mars 2015, le Dr C._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), s'est exprimé en ces termes :

« (...)

Rapport médical du Dr H._____ indexé au 11.12.2014 : le document du 08.03.2011 signale une fillette présentant de gros problèmes scolaires nécessitant son intégration à la Fondation O._____. Elle n'aime pas le changement. Peine à interagir avec les gens en dehors de ses proches. Amélioration de ce comportement. Il n'y a pas de clair diagnostic de trouble envahissant du développement.

Rapport du 14.04.2011 du Dr H._____ : ce rapport signale qu'un bilan neuropsychologique aurait été réalisé auprès de Mme X._____ au R.S._____.

Rapport médical du 04.12.2012 : amélioration dans le contact. La situation parle plus pour une dyslexie-dysorthographe et des troubles de la mémoire de travail. Les problèmes de communication et de socialisation semblent s'être résolus.

En conclusion

Il n'y a pas de diagnostic retenu d'autisme ou de trouble envahissant du développement. D'autre part, le SMR n'a pas vocation à déterminer un diagnostic.

Il n'est donc pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 405. Le chiffre OIC 404 sera posé après l'âge de 9 ans révolus. Dès lors, il est difficile d'entrer en matière.

Il n'est donc pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI pour l'instant. »

Dans un courrier du 5 mai 2015, l'OAI a informé Q._____ qu'il ne parvenait pas à obtenir les renseignements médicaux requis de la Dresse J._____ et lui demandait d'intervenir auprès de la pédiatre afin qu'elle transmette le document demandé.

Par projet de décision du 4 septembre 2015, l'OAI a fait savoir à Q._____ qu'il entendait rejeter la demande de mesures médicales déposée en faveur de sa fille. L'office a indiqué que la prise en charge des traitements liés à l'autisme ne lui incombait que lorsque les symptômes étaient manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Or, selon les renseignements obtenus du Dr H._____, qui n'avait pas revu l'enfant depuis deux ans, aucun diagnostic d'autisme ou de trouble envahissant du développement n'avait été posé. En outre, la pédiatre n'ayant pas répondu à la demande de rapport de l'OAI, il n'avait pas été possible de mettre en évidence une infirmité congénitale relevant de l'assurance-invalidité.

Faisant part de ses observations le 12 septembre 2015, Q._____ a notamment indiqué ce qui suit :

« (...)

Les problèmes de ma fille ont commencé dès sa naissance, développement atypique, problèmes de communication, elle n'a pas parlé avant presque 4 ans, elle a été suivie pour ce problème par Madame L._____, logopédiste, [...], sa scolarité fut très difficile également avant son entrée à O._____, maintient en cycle initial pendant un an supplémentaire, première année catastrophique, 2 ans en effectif réduit pas très convaincants.

Je ne parle pas de tous les médecins et spécialistes en tout genre que nous avons consultés depuis sa naissance, je n'ai jamais eu de réponse claire sur ce qui pouvait provoquer chez R._____, ses problèmes de développement et d'apprentissage, il a été admis du bout des lèvres un diagnostic de la sphère autistique.

Je vous prie donc de bien vouloir réétudier le dossier de ma fille, qui même sans noms de maladie précise, a un réel handicap au niveau du comportement et des apprentissages (...) ».

Par courrier du 29 septembre 2015, E._____, assureur-maladie pour les soins obligatoires de R._____, a formé opposition au projet de décision, sollicitant la production du dossier de l'assurée.

Dans un rapport du 13 novembre 2015 à l'OAI, la Dresse J._____ a posé les diagnostics de séquelles de dysphasie avec difficultés de socialisation et troubles des apprentissages, de dyslexie-dysorthographe sévère et troubles logico-mathématiques et de petit prolapsus mitral avec petite insuffisance mitrale. Précisant qu'elle avait suivi R._____ depuis sa naissance, la pédiatre a indiqué que, dès la prime enfance, sa patiente avait présenté des difficultés relationnelles, un retard de développement de langage et une inhibition marquée. Après exclusion d'un trouble audiolinguistique par le Dr Z._____, une prise en charge logopédique avait débuté en janvier 2005, soit avant le début de l'école enfantine. L'IRM cérébrale et l'examen génétique sollicités par le Dr Z._____ s'étaient révélés dans la norme. S'agissant de la prise en charge, la Dresse J._____ préconisait la poursuite de la logopédie et de la psychothérapie à long terme, ainsi qu'un soutien spécialisé dans sa formation ultérieure. Elle a en outre remis à l'OAI une liasse de pièces médicales, dont notamment :

- un rapport du 4 février 2010 de la logopédiste L._____ au Service de psychologie scolaire,
- un rapport du 23 février 2011 de la Dresse J._____ au Dr H._____,
- un rapport du 15 juillet 2011 de X._____, neuropsychologue pédiatrique, à la suite des examens neuropsychologiques des 5, 7 et 12 juillet 2011,
- des rapports des 19 mars et 4 juin 2013 des Dresses I._____ et V._____, médecins au Service de génétique médicale du R.S._____,
- un rapport annuel de suivi logopédique 2014/2015 du 1^{er} juin 2015 de P._____, psychologue auprès de la Fondation O._____,
- des notes psychologiques datées d'octobre 2015 de N._____, psychologue auprès de la Fondation O._____,
- un rapport d'évaluation psychologique non daté, établi par la psychologue T._____ à l'issue de six consultations entre novembre 2013 et janvier 2014.

Dans un avis du 20 novembre 2015, le Dr C._____ s'est exprimé en ces termes :

« **Rapport médical de la Dresse J. _____, pédiatre FMH indexé au 13.11.2015** : ce rapport n'apporte aucun élément permettant de modifier le point de vue. Il convient donc de maintenir le refus tel que proposé le 04.09.2015 ».

Par décision du 27 novembre 2015, l'OAI a confirmé le refus des mesures médicales sollicitées par l'assurée, au motif que les pièces au dossier n'avaient pas permis de retenir une infirmité congénitale à charge de l'assurance-invalidité. En particulier, aucun diagnostic d'autisme ou de trouble envahissant du développement n'avait été posé.

C. Par acte du 3 décembre 2015, Q. _____ a recouru pour le compte de sa fille R. _____ auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, dont elle demande implicitement la réforme, en ce sens que les mesures médicales sollicitées soient prises en charge par l'intimé. Reprenant les arguments de ses observations du 12 septembre 2015, elle explique que sa fille a rencontré des problèmes dès sa naissance, qu'elle a suivi une scolarité chaotique avant son admission à la Fondation O. _____ et qu'un diagnostic de la sphère autistique a été admis du bout des lèvres par les médecins.

Dans une réponse du 4 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, relevant que, malgré les difficultés rencontrées par l'assurée, les critères permettant d'admettre l'existence d'une infirmité congénitale dont les frais de traitement seraient à charge de l'assurance-invalidité n'étaient pas réunis.

En réplique, le 11 avril 2016, Q. _____ a exposé une nouvelle fois les troubles rencontrés par sa fille depuis la naissance. Elle a fait part de son inquiétude face aux problèmes que celle-ci risquait de rencontrer s'agissant de son insertion professionnelle, en raison de ses difficultés de lecture, d'écriture, de calcul et d'ordre relationnel.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000

sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let, b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette

décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 125V 413 consid. 2c; 110V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures médicales de l'assurance-invalidité, notamment à un traitement de psychothérapie, en raison d'une infirmité congénitale.

3. a) Aux termes de 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 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21), aux termes de laquelle sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1, première phrase, OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]). Les infirmités congénitales sont énumérées dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC). Dès lors que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents, leur traitement est donc en principe pris en charge par l'AI aux conditions fixées par l'art. 13 LAI (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc).

b) Sur le plan temporel, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1, troisième phrase, OIC). Celle-ci tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (ATF

120 V 89 consid. 3a et 3c ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1566 p. 424).

Selon l'annexe de l'OIC, certaines affections ne sont cependant considérées comme des infirmités congénitales que si les symptômes essentiels qui les caractérisent sont apparus dans un laps de temps déterminé. Tel est notamment le cas des troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, qui doivent avoir été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (annexe de l'OIC, chiffre 404). Selon le chiffre 405 de l'annexe à l'OIC, constitue également une infirmité congénitale donnant droit à des mesures médicales les troubles du spectre autistique lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Peu importe que le diagnostic décisif fondé sur ces symptômes n'ait été posé que plus tard (cf. Valterio, op. cit., n° 1549 et suivants).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical émanant d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2^{bis} LAI et 49 al. 2 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201) a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1; TF 9C_60012010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

d) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

4. a) Dans le cas d'espèce, l'intimé a mis la recourante au bénéfice d'une formation spéciale sous forme de logopédie, d'abord dès le 28 février 2005, pour une durée de deux ans (cf. décision du 1^{er} juin 2005), puis du 12 mars 2007 au 28 février 2009 (cf. communication du 9 juillet 2007). Ces prestations ont été octroyées en raison d'une dyslalie-dysphasie provoquant d'importants troubles de langage, diagnostiquée par le Dr Z._____ et la logopédiste L._____ (cf. rapports des 24 février 2005 et 17 avril 2007). Lors des premières investigations, le Dr Z._____ avait au demeurant exclu toute surdité handicapante (cf. rapport du 5 avril 2005).

Le 29 octobre 2014, la recourante a déposé une demande de prestations pour mineurs auprès de l'OAI, tendant à l'octroi de mesures médicales en raison de troubles autistiques, dont elle indiquait être atteinte depuis sa naissance. Se ralliant à l'avis de son SMR, l'intimé a rejeté cette demande, au motif que les éléments au dossier, et particulièrement les rapports du Dr H._____, ne permettaient pas de mettre en évidence une infirmité congénitale relevant de son ressort. Dans son avis du 23 mars 2015, le Dr C._____ du SMR avait indiqué que le Dr H._____ n'avait pas posé de diagnostic d'autisme ou de trouble envahissant du développement, au sens du chiffre 405 de l'annexe à l'OIC et que, le SMR n'ayant « pas vocation à déterminer un diagnostic », il n'était pas possible d'ouvrir un droit sur la base de l'art. 13 LAI. Il relevait également qu'une atteinte au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC n'avait été posée qu'après l'âge de neuf ans, de sorte qu'il était « difficile d'entrer en matière ». Hâtives, imprécises et insuffisamment motivées, les conclusions tirées par le Dr C._____ des rapports du Dr H._____ ne sont toutefois pas convaincantes.

b) Dans son rapport du 8 mars 2011, le Dr H._____ indiquait effectivement qu'il « y aurait [eu] une amélioration récente en effectif réduit », l'assurée ayant été invitée à quelques anniversaires. Le médecin s'est toutefois exprimé au conditionnel ; il n'était d'ailleurs pas en mesure d'attester lui-même une amélioration, dans la mesure où il s'agissait de la première consultation. Il observait cependant que R._____ craignait le changement et peinait à interagir avec les gens hors de ses proches, évoquant que sa mère s'était interrogée sur la présence de traits autistiques. Il a également sollicité un examen par IRM afin de déterminer si l'enfant souffrait d'hydrocéphalie, affection qui pouvait induire un profil neuropsychologique particulier avec difficultés de socialisation, comme c'était le cas de R._____. Du rapport du 14 avril 2011 du Dr H._____, le Dr C._____ n'a retenu que : « ce rapport signale qu'un bilan neuropsychologique aurait été réalisé auprès de Mme X._____ au R.S._____ ». Outre le fait que le médecin du SMR n'a apparemment pas cherché à prendre connaissance des résultats de ce bilan, il a passé sous

silence d'autres éléments importants soulevés par le Dr H._____ dans ce même rapport d'avril 2011. Le neuropédiatre y constatait ainsi notamment la présence d'un trouble complexe du développement avec des séquelles de dysphasie, associé à des difficultés de socialisation et des troubles des apprentissages, possiblement en lien avec des difficultés attentionnelles et une lenteur d'exécution. S'il n'a pas posé de nouveau diagnostic, Le Dr H._____ a toutefois clairement évoqué l'éventualité d'un trouble envahissant du développement non reconnu comme tel jusqu'alors. Dans ce sens, il observait que, socialement, l'intégration de sa patiente à ses pairs avait toujours été difficile dès les débuts de sa scolarité et que le contact visuel était pauvre. Initialement attribuées à de la timidité, ces difficultés avaient finalement amené sa mère à constater que la fillette ne « savait pas comment s'y prendre », ne parvenant pas à gérer ses relations avec les tiers, passant de conflits à isolement. Le médecin constatait que, malgré une certaine amélioration récente, R._____ restait tantôt trop familière avec des personnes inconnues, tantôt trop en retrait. L'intolérance au changement persistait. En outre, contrairement à ce qu'affirme le Dr C._____, le Dr H._____ n'a pas conclu à une amélioration significative dans les contacts avec autrui dans son rapport du 4 décembre 2012. Il a certes constaté des progrès depuis la consultation d'avril 2011, mais dans les apprentissages, précisant que si les troubles dans ce cadre restaient importants, les progrès étaient encourageants puisque l'on pouvait imaginer que l'enfant pourrait effectuer une formation dans laquelle elle pourrait très probablement avoir une certaine indépendance. Le médecin disait cependant rester frappé par le tableau général tout à fait particulier du retard de croissance de la fillette. Au niveau relationnel, le neuropédiatre a au contraire observé que la socialisation restait un peu compliquée. L'enfant avait certes commencé les scouts, où elle avait du plaisir à se rendre, mais elle peinait à faire sa place et avait notamment dû quitter un camp en cours de route en raison de ses difficultés relationnelles. C'est ainsi de manière infondée que le Dr C._____ a estimé que l'on pouvait tirer du rapport du 4 décembre 2012 du Dr H._____ la conclusion que « les problèmes de communication et de socialisation sembl[ai]ent résolus ».

Le médecin du SMR n'a en outre pas pris en compte dans son avis du 23 mars 2015 le rapport établi en janvier 2015 par l'éducateur en charge de l'assurée auprès de la Fondation O._____. Si F._____ indiquait que l'assurée était grandement autonome dans les aspects de la vie quotidienne tels qu'hygiène, habillement, choix des habits, toilette, il a précisé que l'aide d'un éducateur était essentielle pour l'aider à gérer ses relations avec ses pairs, à développer sa confiance en elle et à palier ses difficultés scolaires et de compréhension, ce soutien nécessitant plusieurs heures par semaine, en dehors des prises en charge en groupe.

On remarquera également qu'en sus des troubles du langage, des problèmes relationnels et de socialisation ont été mis en évidence dès 2005 déjà, ce dont le Dr C._____ n'a pas non plus fait état dans son avis du 23 mars 2015. Ainsi, dans leur rapport du 24 février 2005, le Dr Z._____ et la logopédiste L._____ relevaient qu'à presque quatre ans, l'assurée n'était toujours pas compréhensible de son entourage et qu'elle présentait un grave trouble de la parole. Face à l'incompréhension des tiers, elle se sentait frustrée et faisait des crises de colère. Sensible et irritable, timide avec ses pairs, elle restait en retrait et était peu loquace. Elle ne s'habillait et ne se lavait pas toute seule. Le 17 avril 2007, le Dr Z._____ a indiqué que sa patiente était peu souriante et qu'elle n'acceptait pas toujours le contact avec l'adulte et ses pairs. Elle ne disait pas bonjour ni au revoir spontanément et se braquait lorsqu'on le lui demandait. Malgré une amélioration de l'articulation, les troubles de langage étaient encore importants. La fillette présentait en outre des difficultés de concentration : lors des séances de logopédie, elle s'agitait sur sa chaise et entraînait difficilement en contact visuel avec son interlocuteur. Le Dr Z._____ en a conclu que R._____ semblait distante et peinait à établir une relation directe avec les tiers, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes. Son langage était touché dans toutes ses dimensions.

A ce stade, force est de constater que lorsque le Dr C._____ a émis son premier avis, en mars 2015, il existait suffisamment d'éléments rendant nécessaires des éclaircissements sur le plan médical

et qu'il n'était pas possible d'exclure valablement l'existence d'une infirmité congénitale sur les seules pièces figurant au dossier. Ce constat s'est confirmé compte tenu des éléments obtenus par l'intimé au cours de la procédure d'audition.

Dans son rapport du 13 novembre 2015, la Dresse J. _____ a retenu les diagnostics de séquelles de dysphasie avec difficultés de socialisation, troubles des apprentissages, dyslexie-dysorthographe sévère et troubles logico-mathématiques. La pédiatre a indiqué qu'elle suivait la fillette depuis sa naissance et qu'elle avait constaté dès la prime enfance des difficultés relationnelles, une inhibition marquée et un retard de développement de langage. Le 20 novembre 2015, le Dr C. _____ a pourtant affirmé que ce rapport n'apportait aucun élément susceptible de modifier son point de vue et a maintenu, dans un avis tenant en quelques mots, son préavis de refus du 4 septembre 2015. Il ne s'est toutefois pas déterminé sur les pièces médicales transmises par la Dresse J. _____ en annexe à son rapport, dont plusieurs ne figuraient pourtant pas encore au dossier de l'OAI. Ainsi, dans un rapport du 15 juillet 2011, la Dresse X. _____, neuropsychologue pédiatrique, a observé que la fillette présentait la comorbidité de plusieurs troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie-dysorthographe, dyscalculie, déficit de mémoire de travail), associés à des antécédents de troubles de la communication, de la socialisation, avec forte angoisse face aux changements et imprévus, lui faisant penser à un trouble envahissant du développement non-spécifié dans la petite enfance, corroborant ainsi l'avis exprimé par le Dr H. _____ le 14 avril 2011. La neuropsychologue a certes estimé que ce trouble avait connu une très bonne évolution, mais elle a également constaté que R. _____ restait encore fragile dans sa construction psychique, en présence d'une forte anxiété persistant de manière sous-jacente. De même, dans son rapport du 1^{er} juin 2015, la logopédiste P. _____ en charge de l'assurée à la Fondation O. _____, a indiqué que R. _____ présentait une dyslexie et dysorthographe sévère touchant de nombreux aspects du langage écrit. Le traitement logopédique avait permis de développer des compétences langagières et communicationnelles adéquates pour l'utilisation formelle de son langage. La logopédiste notait

cependant encore des séquelles sur le plan pragmatique, en ce sens qu'il arrivait à l'assurée de couper court à la communication et de s'extraire des interactions, peinant également à établir le contact avec autrui, à évaluer les différents contextes et à utiliser le bon registre en fonction de son interlocuteur. Dans ses notes psychologiques d'octobre 2015, N._____, psychologue au sein de la même fondation, a certes noté une évolution positive depuis le début de sa prise en charge en 2011. Elle a cependant remarqué que « cela rest[ait] fragile, que R._____ pouvait encore se montrer adhésive, qu'on observait une relation vécue comme conflictuelle par moments, introduisant une distance et une méfiance de la part de l'assurée, qui se présentait parfois de manière immature, contrastant avec des moments « plus adolescents ». Selon la psychologue, R._____ avait encore besoin d'accompagnement pour faire les liens entre ces deux positionnements. Elle estimait essentiel de poursuivre la psychothérapie, notamment concernant les enjeux autour des relations, de la communication, mais également autour de l'adolescence et de la formation pré- et professionnelle. Compte tenu de la persistance de sa fragilité psychique, N._____ considérait également essentiel que, malgré l'évolution, la jeune fille puisse bénéficier d'une structure adaptée pour l'accompagner dans son futur parcours professionnel. Enfin, dans son rapport d'évolution psychologique à l'issue de six consultations intervenues entre novembre 2013 et janvier 2014, la psychologue T._____ a souligné le caractère primordial de la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique mise en place en 2011.

c) Au vu de ces différents éléments, force est de constater que l'avis du Dr C._____, lequel ne dispose au demeurant d'aucune spécialisation en pédopsychiatrie ou en neuropédiatrie, n'est pas suffisamment probant pour fonder la décision entreprise. Par trop sommaire, procédant d'une interprétation infondée de certains rapports médicaux, ne se déterminant pas sur d'autres éléments importants du dossier, cet avis ne peut être retenu. Certes, le diagnostic de troubles du registre autistique n'a pas été formellement posé, mais il existe suffisamment d'éléments (évocation d'un trouble envahissant du développement, troubles complexes du comportement, problèmes de

communication, de relation aux autres et de socialisation, dysphasie, dyslexie, etc...) qui rendaient indispensable une instruction complémentaire sur la nature exacte de l'affection touchant l'assurée. Le médecin du SMR ne pouvait se contenter d'affirmer qu'il n'appartenait pas à son service de poser des diagnostics. Le devoir d'instruction de l'intimé s'étendait jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Face à un état de fait pas suffisamment établi, l'OAI devait mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. consid. 3d supra). Les pièces au dossier ne suffisant pas à exclure une affection congénitale, l'intimé ne pouvait faire l'économie de mesures d'instruction complémentaires avant de rendre la décision entreprise. On notera au surplus que le rapport de logopédie d'octobre 2010 auquel le Dr H. _____ se réfère dans son rapport du 14 avril 2011, en indiquant qu'il décrivait bien le trouble complexe du développement constaté chez l'assurée, ne figure pas au dossier de l'intimé. En outre, le bilan d'évolution neuropsychologique souhaité par le neuropédiatre dans son rapport de décembre 2012 n'a pas été réalisé.

Il se justifie donc d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, dès lors qu'il lui appartenait au premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA). Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, qu'elle confiera à un expert pédopsychiatre ou neuro-psychiatre, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert. Celui-ci déterminera si l'assurée est atteinte d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, notamment sous l'angle des chiffres 404 et 405 de l'annexe à l'OIC.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de

recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Bien qu'obtenant gain de cause, la recourante, qui a agi sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est annulée et le dossier retourné à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit de la recourante à des mesures médicales en raison d'une infirmité congénitale.
- III.** Les frais de justice, d'un montant de 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à charge de l'intimé.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Q. _____ (pour R. _____),
- 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 :