

**200.2020.814.AI**  
N° AVS  
JEC/REN

**Tribunal administratif du canton de Berne**  
Cour des affaires de langue française

**Jugement du 27 septembre 2021**

Droit des assurances sociales

C. Tissot, président  
A.-F. Boillat et M. Moeckli, juges  
C. Jeanmonod, greffière

**A.** \_\_\_\_\_  
agissant par ses parents B. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Office AI Berne**  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 30 septembre 2020



**En fait:**

**A.**

Le 8 mai 2019, A. \_\_\_\_\_, né en 2010 et agissant par ses parents, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office AI Berne, qui l'a reçue le 29 mai 2019. Il requérait des mesures médicales et indiquait comme atteinte à la santé, un trouble du spectre de l'autisme existant depuis la naissance, mais officiellement diagnostiqué en 2019.

**B.**

L'Office AI Berne a procédé à l'instruction de la demande en recueillant plusieurs rapports médicaux et une appréciation du cas de la part de son Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (SMR). Sur cette base, par décision du 30 septembre 2020, confirmant une préorientation du 11 février 2020, il a rejeté la demande, nonobstant les objections formulées le 9 mars 2020 par l'assuré.

**C.**

Par acte du 29 octobre 2020, l'assuré, agissant par ses parents, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision de l'Office AI Berne du 30 septembre 2020, concluant à l'annulation de celle-ci et à l'octroi des mesures médicales nécessaires au traitement de son infirmité congénitale. Dans son mémoire de réponse du 4 décembre 2021, l'Office AI Berne a conclu au rejet du recours. Par réplique du 18 décembre 2020, le recourant a maintenu ses conclusions. L'Office AI Berne a dupliqué le 8 janvier 2021 en confirmant ses conclusions.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision du 30 septembre 2020 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'assuré à des mesures médicales. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et l'octroi de mesures médicales pour le traitement de l'infirmité congénitale de troubles du spectre autistique (TSA, au sens du ch. 405 de la liste annexe à l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC, RS 831.232.21]). Est particulièrement litigieuse la question de l'existence de symptômes propres aux TSA avant les cinq ans du recourant.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par les représentants légaux du recourant mineur, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

### **2.**

**2.1** 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

qu'elles 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 mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures médicales au sens de l'art. 8 al. 3 let. a en corrélation avec les art. 12 s. LAI.

**2.2** L'art. 12 al. 1 LAI dispose que l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. L'al. 2 de la même disposition habilite le Conseil fédéral à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations. D'après l'art. 2 al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), sont considérées comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident – caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact – pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate.

**2.3** En vertu de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPG) et 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). Les infirmités congénitales constituent une particularité dans l'AI. Conformément à l'art. 8 al. 2 LAI, les assurés, jusqu'à l'âge de vingt ans révolus, peuvent demander les mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales indépendamment de la possibilité d'une insertion ultérieure dans la vie active. Le but de l'insertion est de supprimer ou d'atténuer les atteintes résultant d'une infirmité congénitale (ATF 115 V 202 c. 4e/cc; SVR 2003 IV n° 16 c. 2.3). A teneur de l'art. 13 al. 2 LAI, 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. Avec cette disposition, la compétence a ainsi été donnée au Conseil fédéral de déterminer, parmi l'ensemble des infirmités congénitales médicalement reconnues, celles pour lesquelles des prestations de l'AI doivent être garanties (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATF 122 V 113 c. 3a/cc). Le Conseil fédéral dispose donc d'une large marge d'appréciation législative (ATF 105 V 21; VSI 1999 p. 170 c. 2b). Les infirmités congénitales sont énumérées dans l'annexe à l'OIC. A teneur du ch. 405 annexe OIC, applicable au cas d'espèce, constituent une infirmité congénitale les troubles du spectre autistique (TSA), lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année.

**2.4** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** En substance, dans sa décision du 30 septembre 2020, l'intimé a refusé d'octroyer des mesures médicales au recourant en se fondant essentiellement sur la détermination de son SMR du 5 février 2020. Il a retenu que, bien que le recourant était atteint d'une affection congénitale, les critères pour reconnaître une telle infirmité au sens du ch. 405 annexe OIC n'étaient pas remplis, dans la mesure où les symptômes n'étaient pas manifestes et documentés médicalement avant l'accomplissement de la cinquième année de l'assuré. Selon l'intimé, les troubles décrits dans le dossier médical ne pouvaient être considérés comme propres au TSA. Dans son mémoire de réponse, l'intimé, après avoir réfuté que les pièces jointes (PJ) démontraient une manifestation des symptômes avant l'accomplissement de la cinquième année, a précisé qu'une prise en charge sous l'art. 12 LAI n'était également pas possible.

**3.2** Le recourant, pièces à l'appui, allègue de son côté, avoir été diagnostiqué comme ayant un TSA de haut niveau en 2019 et avoir présenté la majeure partie des symptômes bien avant ses cinq ans. Il est ainsi d'avis qu'il remplit les critères développés par la jurisprudence. A ce sujet, il prétend que les formes légères d'autisme sont comprises dans le ch. 405 annexe OIC. De surcroît, il conteste la légalité de la condition selon laquelle les symptômes doivent être manifestes et documentés médicalement avant l'accomplissement de la cinquième année. Dans sa réplique, le recourant relève que l'intimé n'a pas mentionné toutes les PJ dans son mémoire de réponse et lui reproche de n'avoir pas apprécié la lettre de sa grand-mère en tenant compte du fait que celle-ci était une ancienne institutrice spécialisée. Il lui reproche également d'avoir mal retranscrit et apprécié les dires de sa pédiatre.

### **4.**

Il ressort du dossier les éléments médicaux principaux suivants:

**4.1** Selon un courrier électronique du 2 octobre 2017 d'un cabinet notamment spécialisé en pédopsychiatrie, il ressort d'un test psychologique

effectué le 18 juin 2015 que le recourant avait probablement un déficit d'attention, mais que les résultats étaient à prendre avec prudence, compte tenu du jeune âge de l'intéressé.

**4.2** Un rapport du 23 octobre 2017 d'un centre de développement et neuroréhabilitation pédiatrique pose le diagnostic de trouble du déficit de l'attention (TDA) sans hyperactivité associé notamment à un comportement caractérisé par un problème de concentration, de persévérance et de discipline ainsi que des absences et à une intelligence moyenne supérieure. Les médecins ayant cosigné ce rapport font également référence à un diagnostic différentiel de dyslexie/dysorthographe, épilepsie focale et trouble métabolique. Comme antécédent familial, ils ont relevé un bilinguisme français-allemand.

**4.3** Selon un rapport médical du 25 mai 2018 établi par une clinique de pédiatrie, lequel porte sur l'évaluation neuropsychologique effectuée sur la personne du recourant à l'âge de huit ans et trois mois dans le cadre d'un TDA sans hyperactivité, il est recommandé que le recourant ait une prise en charge pour ses difficultés d'apprentissage de l'allemand, lesquelles peuvent provenir d'une suspicion de dyslexie et de la pratique de cette langue uniquement dans le cadre scolaire. Par ailleurs, il est indiqué qu'eu égard au potentiel intellectuel élevé du recourant, il n'est pas conseillé que celui-ci redouble. Enfin, il est suggéré que le recourant participe à un groupe de compétences sociales, afin de pouvoir apprendre les bons codes et de développer des stratégies relationnelles fonctionnelles. Il est également recommandé que les enseignants de l'assuré prennent en compte les capacités de mémoire de travail fragiles de celui-ci.

**4.4** Dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2019, une psychologue d'un centre d'évaluation psychologique a retenu, en se référant au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), l'existence probable d'un trouble du spectre de l'autisme de haut niveau, sous réserve de la validation de cette conclusion par un médecin. Pour arriver à ce résultat, elle a fait faire divers tests au recourant. Ainsi, selon le rapport précité, les aspects mnésiques sont corrects sauf concernant la mémoire des prénoms. La psychologue a expliqué que cela pouvait être dû à une éventuelle dysnomie. Par ailleurs, elle a également constaté que le

recourant n'avait pas de déficit exécutif significatif probablement en raison de son bon niveau cognitif, mais qu'il présentait néanmoins des difficultés sur le plan comportemental. S'agissant des aspects perception sociale, elle a relevé que l'aptitude du recourant à discriminer les expressions du visage était dans la moyenne, mais qu'en revanche il avait du mal à prendre en compte le point de vue d'autrui, l'ajustement relationnel et l'attribution d'intentions. Dans l'évaluation d'un trouble du spectre de l'autisme, la psychologue a utilisé, d'une part, l'Autisme Diagnostic Observation Schedule (ADOS) et, d'autre part, l'Autism diagnostic Schedule (ADI). Dans le cadre de l'ADOS, la psychologue n'a pas observé de comportements stéréotypés ou restreints, ni de particularités sensorielles. Elle a constaté sur le plan de la communication, que bien que le recourant bénéficiait notamment d'un bon niveau de langage, il y avait peu de conversation réciproque. Sur le plan de l'interaction sociale réciproque, elle a noté un contact visuel et des expressions faciales sans anomalie, ainsi qu'un plaisir dans les interactions avec les autres quant aux domaines pour lesquels l'expertisé présentait un intérêt. Elle a cependant observé que le recourant avait du mal à communiquer sur ses affects et à décrire les concepts d'amitiés, que sa compréhension des émotions chez autrui était limitée et qu'il éprouvait des difficultés à percevoir sa propre responsabilité dans les conflits avec les autres. Elle a conclu que l'ADOS était positif en raison de problèmes de communication et d'interaction sociale réciproque. S'agissant de l'ADI, et en prenant en compte des indications fournies par les parents du recourant, elle a conclu que les résultats étaient positifs, le recourant ayant un score de 10 (cut off 10) pour les anomalies qualitatives dans l'interaction sociale réciproque, un score de 8 (cut off 8) dans les anomalies qualitatives dans la communication et un score de 2 (cut off 3) dans les patterns de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. Enfin, la psychologue a en particulier recommandé que le recourant intègre un groupe de compétences sociales afin qu'il puisse apprendre les bons codes et développer des stratégies relationnelles fonctionnelles.

**4.5** Dans son rapport médical du 25 septembre 2019, la pédiatre traitante a retenu comme diagnostic, en se référant au rapport médical du centre d'évaluation psychologique du 1<sup>er</sup> avril 2019 (cf. c. 4.4 ci-dessus), un TSA diagnostiqué en 2019, mais présent depuis toujours. Elle a précisé

que, dès l'âge de deux ans, le recourant avait présenté un comportement difficile avec des crises de colère, une agressivité et une opposition. La pédiatre a encore relevé que le recourant avait consulté plusieurs pédopsychiatres et a répondu par l'affirmative à la question de la nécessité de traitement/thérapie, indiquant que selon l'évolution il pourrait par exemple s'agir d'un suivi psychologique. Par la suite, elle a également mentionné que le recourant ne suivait pas de traitement et que les symptômes n'en nécessitaient pas. La scolarité était normale, mais le recourant avait bénéficié par le passé de médicaments pour le trouble du sommeil et pour la concentration, en plus de l'ergothérapie, de la kinésiologie, de la psychomotricité et de l'orthophonie. Dans son complément du 18 février 2020, la pédiatre a en substance encore souligné que le recourant présentait, avant l'âge de cinq ans, notamment des troubles du sommeil, des crises et des difficultés d'intégration. Les traitements par kinésiologie, homéopathie et acupuncture n'avaient rien donné. Elle a également précisé qu'en 2014, il avait été proposé que le recourant fasse un bilan chez un pédopsychiatre, bilan qui a conclu que l'assuré était très intelligent et qu'il avait peut-être un trouble de l'attention. Enfin, dans son courrier du 13 octobre 2020, la pédiatre a insisté sur le fait que le recourant était un enfant particulier depuis toujours, qui fuyait le regard des autres avec des intérêts plutôt limités.

**4.6** Consultée par l'intimé, une spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents du SMR a retenu dans son rapport médical du 5 février 2020 que l'infirmité congénitale chiffre 405 de l'annexe OIC n'était pas réalisée. Elle a notamment indiqué que le rapport médical neuropsychiatrique de 2017 ne contenait aucune remarque sur la présence d'un TSA, que celui de 2018 ne mentionnait pas une symptomatologie de TSA et qu'enfin le comportement décrit dans le rapport de la pédiatre traitante de 2019 ne constituait pas des symptômes typiques de l'autisme. Dans sa prise de position du 8 mai 2020, la spécialiste a confirmé que les critères nécessaires à la reconnaissance d'un TSA n'étaient pas remplis, car il n'y avait pas d'indications parlant en faveur d'une altération qualitative de l'interaction sociale et de la communication, ni de comportements stéréotypés, avant l'âge de cinq ans.

**4.7** Dans sa lettre du 17 mai 2021, le Service psychologique pour enfants et adolescents du canton de Berne a attesté avoir reçu, en date du 16 septembre 2011, une annonce concernant le recourant en raison de difficultés émotionnelles dans le cadre familial. Ce service a expliqué qu'au vu du très jeune âge du recourant, il n'avait pas été possible de mettre en place un suivi ou d'effectuer un bilan.

## **5.**

Des différents témoignages que le recourant a versés au dossier, il ressort les éléments suivants:

**5.1** Dans sa lettre de février 2015, la maîtresse d'école enfantine a notamment relevé que la concentration du recourant dépendait très fortement du travail effectué, qu'il rencontrait des difficultés à jouer avec les autres enfants et qu'il supportait mal les échecs. Elle a également mentionné les difficultés de l'intéressé avec la langue allemande, constituant une barrière pour la communication et la participation de celui-ci aux activités.

**5.2** Il ressort de la lettre du 20 janvier 2020 de la directrice de la crèche fréquentée par le recourant dès l'âge de deux ans et durant deux ans, que celui-ci était en partie en retrait et très impulsif émotionnellement, qu'il démontrait une résistance lorsqu'il lui était demandé de faire certaines tâches qu'il n'appréciait pas, qu'il avait des difficultés avec la langue allemande et était vite surmené dans de grands groupes (comportements agités, conflit avec les autres, à une occasion était devenu bruyant). La directrice a encore indiqué qu'elle avait en mémoire un enfant émotionnellement hypersensible qui avait pu faire quelques petites amitiés.

**5.3** Dans son courrier du 26 octobre 2020, la grand-mère du recourant, qui affirme être enseignante spécialisée, a indiqué que celui-ci faisait des crises pour des détails anodins, présentait une intolérance au changement, se focalisait sur un centre d'intérêt, souffrait lorsqu'il était dérangé dans une tâche et avait des difficultés à comprendre les normes sociales et à se faire

des amis. Elle a ajouté que d'autres membres de la famille présentaient des traits autistiques.

**5.4** Dans sa lettre du 27 octobre 2020, la mère du recourant a notamment relaté que celui-ci était depuis toujours "différent" et qu'il avait été un bébé très exigeant qui pleurait beaucoup et demandait une attention constante. Elle a ajouté que le comportement de son enfant envers les autres enfants était inadapté et avait entraîné une investigation de la part des services sociaux. La mère du recourant a également indiqué que depuis tout petit son fils faisait des crises, qu'il avait des centres d'intérêts très précis et avait été suivi par divers spécialistes pour trouver une solution.

## **6.**

Il convient dans un premier temps d'examiner si le recourant a droit à des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI.

### **6.1**

**6.1.1** Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), des mesures médicales sont octroyées quand les symptômes nécessitant un traitement se sont manifestés avant l'accomplissement de la cinquième année (ch. 405 de la circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM], dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2021 [identique à la teneur en vigueur à la date de la décision attaquée]). Cela doit permettre de distinguer les troubles du spectre autistique pré- ou péri-nataux des affections similaires qui surviennent après la naissance (cf. art. 3 al. 2 LPGA). C'est pourquoi la limite d'âge à laquelle l'infirmité doit s'être manifestée est fixée relativement bas (TF 9C\_37/2020 du 19 mai 2020 c. 2.3.1, 9C\_680/2018 du 22 juillet 2019 c. 3.3, 9C\_682/2012 du 1<sup>er</sup> mai 2013 c. 3.2.1).

**6.1.2** Le ch. 405 annexe OIC n'exige pas qu'un diagnostic ait été posé avant l'âge de cinq ans. L'exigence de "symptômes nécessitant un traitement" (en allemand "krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen

Symptôme") ne doit pas non plus être comprise dans le sens que la symptomatologie doit avoir été si clairement développée avant le cinquième anniversaire que le diagnostic spécifique applicable aurait déjà pu être posé à ce moment-là. Au contraire, selon la conception légale de l'OIC (voir TF 9C\_244/2012 du 25 avril 2012 c. 3.2.2), en cas de diagnostic ultérieur, la certitude que le trouble remonte à la naissance est suffisante, si des symptômes typiques de l'autisme ont été relevés jusqu'au cinquième anniversaire. Sur la base de ceux-ci, il faut avoir constaté l'existence d'un trouble au sens médical du terme (lequel ne doit pas encore être spécifié de manière définitive en termes de diagnostic différentiel) et les constatations faites à l'époque doivent être incluses dans le diagnostic définitif ultérieur (TF 9C\_37/2020 du 19 mai 2020 c. 2.3.2 et les références citées, 9C\_680/2018 du 22 juillet 2019 c. 3.4).

**6.2** Comme le diagnostic de troubles du spectre autistique peut être établi rétrospectivement, il y a lieu de prendre en considération non seulement les constatations médicales faites à la date du diagnostic rétrospectif, mais également les constatations ultérieures, dans la mesure où celles-ci permettent de tirer des conclusions sur la reconnaissance du trouble au moment pertinent. Cependant, plus la description des symptômes est temporellement éloignée, plus elle doit être appréciée de manière critique, car des observations ultérieures pourraient interférer dans cette description. Pour cette raison, il doit être démontré de manière concluante et au cas par cas que l'anamnèse concernée ne projette pas simplement des constatations actuelles dans le passé (TF 9C\_37/2020 du 19 mai 2020 c. 2.3.3 et les références citées, 9C\_680/2018 du 22 juillet 2019 c. 3.5).

### **6.3**

**6.3.1** La notion de TSA décrit des troubles de l'autisme avec des degrés différents d'altérations qualitatives des interactions sociales, du langage et de la communication. Ces troubles sont également caractérisés par des types de caractères, d'intérêts et d'activités restreints et stéréotypés. Cette notion englobe l'autisme infantile, le syndrome d'Asperger, l'autisme atypique ainsi que les autres troubles envahissants du développement (*Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch*, 267<sup>ème</sup> édition, 2017, p. 190). Ces

troubles font partie de la classification F84 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire des troubles envahissants du développement (TED; voir Dilling/Mombour/Schmidt [édit], *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 10<sup>ème</sup> édition, 2015, p. 343 ss). Les TED sont décrits dans la CIM-10 comme un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique fondamentale du fonctionnement de la personne concernée dans toute situation, mais varient en fonction du degré d'atteinte (Dilling/Mombour/Schmidt [édit], op. cit., p. 343).

**6.3.2** Dans l'autisme infantile précoce, les symptômes consistent en un trouble spécifique, sévère et général à avoir des relations sociales (déficit de base se manifestant par une perception inadéquate des stimuli socio-émotionnels, un manque de réaction aux émotions d'autrui, un manque d'adaptation comportementale par rapport au contexte social, un manque d'utilisation des signaux sociaux et un répertoire socio-communicatif déficient), un trouble spécifique de la communication qui se manifeste par une divergence plutôt que par un retard de développement (déficit de base dans l'utilisation du langage pour la communication sociale, qui se manifeste par un manque de synchronisation et de réciprocité dans la conversation, un manque de souplesse dans l'expression linguistique, un manque de créativité dans les processus de pensée et une modulation insuffisante de la parole) ainsi qu'en différents modèles de comportements, intérêts et activités restreints, répétitifs et stéréotypés (qui se manifestent par des intérêts stéréotypés et restreints, un attachement à des objets inhabituels, des rituels compulsifs, des attitudes stéréotypées, une fixation sur des éléments partiels ou des parties non fonctionnelles du matériel de jeu, ou par des signes de détresse affective lors de petits changements dans l'environnement; TF 9C\_680/2018 du 22 juillet 2019 c. 3.6.1 et les références).

**6.3.3** Les critères de diagnostic du syndrome d'Asperger sont une déficience sociale (égocentrisme marqué avec au moins deux des caractéristiques suivantes: difficulté à interagir avec les personnes de son âge; indifférence à l'égard des contacts avec les personnes de son âge; difficulté à interpréter les stimuli sociaux; comportement socialement et émotionnellement inapproprié), des intérêts restreints (avec au moins une des caractéristiques suivantes: exclusion d'autres activités; focalisation continue sur certains intérêts; plus des activités machinales que significatives), besoin obsessionnel d'établir des routines et des intérêts (au moins une des caractéristiques suivantes doit être remplie: affecte tous les aspects de la vie quotidienne de la personne; affecte des tiers), singularité dans la parole et le langage (où au moins une des caractéristiques suivantes doit être remplie: retard de développement du langage; discours expressif superficiellement parfait; discours formel et pédant; registre de voix inhabituelle [prosodie], qualité de voix singulière; trouble de la compréhension avec mauvaise interprétation des sens littéraux/implicites), problèmes de communication non verbale (où au moins une des caractéristiques suivantes doit être remplie: utilisation réduite des gestes; langage corporel maladroit/non habile; expression faciale restreinte; expression faciale inappropriée; regard fixe et singulier), ainsi qu'une maladresse motrice (faible performance lors de l'examen neuro-développemental; TF 9C\_680/2018 du 22 juillet 2019 c. 3.6.2 et les références).

**6.3.4** Selon la définition de la CIM-10 (F84.1), l'autisme atypique diffère de l'autisme infantile précoce soit parce que le trouble du développement ne se manifeste qu'après l'âge de trois ans, soit parce que les symptômes sont incomplets. Ce dernier cas s'applique si les symptômes ne sont pas détectables dans les trois domaines de diagnostic (troubles dans les interactions sociales réciproques ou dans la communication, comportement restreint, répétitif et stéréotypé). Le législateur, en utilisant la notion large de "troubles du spectre autistique" (jusqu'à fin 2009: n° 401, "autisme infantile") au ch. 405 annexe OIC, a également inclus cette forme plus légère dans la liste des anomalies congénitales. Lors de l'évaluation du caractère reconnaissable, il faut en tenir compte. A cet égard, l'autisme atypique est comparable au syndrome d'Asperger, dans lequel le trouble

relationnel ne commence généralement pas aussi tôt que dans l'autisme infantile et n'atteint pas le même degré de sévérité. Ainsi, dans les deux cas, on ne peut être trop exigeant pour leur reconnaissance (TF 9C\_639/2013 du 21 mars 2014 c. 3.3.1 et la référence citée).

**6.3.5** Quant au trouble envahissant du développement, sans précision (CIM-10 F84.9), il s'agit d'une catégorie résiduelle applicable aux troubles auxquels la description générale du TED s'applique, mais pour lesquels l'absence d'informations suffisantes ou des résultats contradictoires amènent à exclure les critères des autres codifications F84 (Dilling/Mombour/Schmidt [édit], op. cit., p. 352).

## 7.

**7.1** En l'espèce, un diagnostic de TSA a été posé pour la première fois le 1<sup>er</sup> avril 2019, dans le rapport du centre d'évaluation psychologique. Certes, la psychologue n'a détecté des symptômes que dans deux (troubles dans les interactions sociales réciproques et dans la communication) des trois domaines de diagnostic. Cela n'exclut toutefois pas l'application du ch. 405 annexe OIC, étant rappelé qu'il ne faut pas être trop exigeant lors de l'évaluation du caractère reconnaissable des symptômes (voir ci-dessus c. 6.3). Il sied par contre de constater que le rapport précité a été établi alors que le recourant était âgé d'un peu plus de neuf ans. Or, la reconnaissance de l'existence d'un TSA n'est pas suffisante en soi. Il faut encore qu'il soit prouvé que les symptômes permettant de reconnaître l'existence de ce trouble aient existé avant la cinquième année de l'assuré. En effet, en se basant sur des constatations détaillées faites à l'époque, cela permet d'attester que ces constatations ne sont pas uniquement devenues interprétables par la suite avec la pose du diagnostic de TSA postérieur à l'âge de cinq ans (voir TF 9C\_639/2013 du 21 mars 2014 c. 2.4). Quant au rapport du centre d'évaluation psychologique, il faut tout d'abord souligner que celui-ci ne se réfère explicitement à aucun rapport médical antérieur. Par ailleurs, la motivation de la psychologue est majoritairement rédigée au présent et uniquement de rares fois au passé, laissant ainsi supposer que ses constats se basent sur

le comportement du recourant au moment de l'examen. Les quelques mentions au comportement de celui-ci avant l'âge de cinq ans, restent de l'ordre de généralités, comme par exemple le fait qu'il n'ait jamais pointé pour montrer quelque chose ou sa description par les enseignants du jardin d'enfants (p. 4 du rapport). Il en résulte que la psychologue ne se fonde pas sur des observations détaillées faites sur le comportement du recourant avant l'âge de cinq ans pour retenir l'existence d'un TSA. Le rapport en question ne peut donc prouver la présence ni d'un trouble (non encore spécifiable), ni de symptômes typiques de TSA avant la cinquième année du recourant.

**7.2** Les mêmes conclusions doivent être tirées pour les rapports médicaux de la pédiatre traitante qui a validé le diagnostic. Le fait que celle-ci indique que le recourant a toujours été un enfant particulier, qui avait un comportement difficile dès l'âge de deux ans (tels troubles du sommeil, crises, regard fuyant, intérêts plutôt limités ou encore difficultés d'intégration), n'y change rien. Ce sont en effet des observations d'ordre général, qui ne sont pas spécifiques au TSA. D'ailleurs, la pédiatre n'indique dans aucun de ses rapports avoir constaté l'existence de symptômes typiques d'un TSA, alors que le recourant n'avait pas encore cinq ans. Au contraire, le fait qu'elle mentionne expressément, dans son rapport du 18 février 2020, qu'il avait été proposé de faire un bilan chez un pédopsychiatre en 2014, atteste qu'elle avait tout au plus une suspicion de présence d'un tel trouble. Sur le vu de ce qui précède et du nombre de rapports médicaux de ladite pédiatre déjà versés au dossier, il est superflu de procéder à une audition de celle-ci, comme proposé par le recourant (appréciation anticipée des preuves, pour la notion voir ATF 122 V 157 c. 1d).

**7.3** S'agissant des trois autres rapports médicaux versés au dossier, bien qu'ils attestent un trouble (TDA), il faut relever que, d'une part, ils ont tous été établis après la cinquième année du recourant et ne se réfèrent pas spécifiquement à des comportements y antérieurs et, d'autre part, ne retiennent pas le TSA comme diagnostic différentiel, alors même que le rapport de 2017 mentionne explicitement d'autres diagnostics. Ils ne

permettent ainsi pas d'établir la présence de symptômes propres au TSA en temps opportun.

**7.4** Enfin, les différents témoignages (lettre de février 2015 de la maîtresse d'école enfantine, lettre du 20 janvier 2020 de la directrice de la crèche, lettre du 26 octobre 2020 de la grand-mère du recourant et lettre du 27 octobre 2020 de la mère du recourant), vidéos et photos versés au dossier, attestent que le recourant avait apparemment un comportement problématique au cours de sa petite enfance. Il ne s'agit cependant pas de constatations médicales, si bien que ces documents ne peuvent aucunement attester la présence d'un trouble au sens médical du terme. A cela s'ajoute que ces divers témoignages ne font que décrire des comportements généraux qui ne sont pas spécifiques au TSA et mentionnent pour la plupart la problématique de la langue comme possible explication à l'attitude du recourant. Toutefois, si les différents éléments au dossier ne permettent pas de retenir la survenance des symptômes d'un TSA avant la cinquième année du recourant, force est de constater que les rapports du SMR, établis sans que le médecin n'examine l'assuré, et qui ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (TF 9C\_371/2018 du 16 août 2018 c. 4.3.1; ATF 142 V 58 c. 5.1), sont sans pertinence en l'espèce, dès lors qu'il ne font que prendre position sur ces pièces (appréciation anticipée des preuves). Le courrier du Service psychologique pour enfants et adolescents du 17 mai 2021 n'y change rien. Bien qu'il corrobore les dires de la mère du recourant lorsqu'il avait 19 mois, il ne contient toutefois aucun constat médical et la justification invoquée, c'est-à-dire l'impossibilité de mettre en place un suivi ou de faire un bilan à ce si jeune âge, ne justifie pas l'absence de bilan par la suite jusqu'aux cinq ans de l'assuré. Par surabondance, il sied de rappeler que la maîtresse d'école relève le manque de maîtrise de l'allemand par le recourant comme facteur problématique pour l'intégration et la communication, ce que la directrice de crèche laisse également sous-entendre en indiquant que l'allemand fut un défi pour lui. Ainsi, le facteur de la langue pouvait également expliquer le comportement du recourant dans un milieu germanophone. Sur le vu de ce qui précède et des témoignages

écrits déjà bien détaillés, il ne s'avère pas pertinent d'entendre les proches, l'ancienne maîtresse d'école enfantine ou encore la directrice de crèche du recourant (appréciation anticipée des preuves).

**7.5** Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve valable en droit des assurances sociales: ATF 144 V 427 c. 3.2) que les symptômes des TSA dont est atteint le recourant aient existé avant l'accomplissement de la cinquième année de celui-ci. Un renvoi à l'autorité précédente pour instruction complémentaire ne se justifie de surcroît pas. D'une part, sur la base des spécialistes de la santé qui se sont valablement prononcés dans la cause, il n'a pas été possible de retenir l'existence de symptômes chez le recourant avant ses cinq ans. D'autre part, aucun indice concret dans le dossier ne laisse penser, avec une vraisemblance prépondérante, qu'un autre médecin puisse apporter des éléments établissant une telle existence de symptôme avant les cinq ans de l'assuré. C'est ainsi à raison que l'Office AI Berne a nié un droit au recourant fondé sur l'art. 13 LAI.

## **8.**

Il reste néanmoins à examiner le droit de l'assuré à des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI.

**8.1** Dans sa jurisprudence constante, le TF a souligné que l'art. 12 LAI vise notamment à délimiter les tâches appartenant d'une part à l'AI et d'autre part à l'assurance-maladie et à l'assurance-accidents. Cette délimitation procède du principe que le traitement d'une maladie ou d'une blessure incombe en premier lieu à l'assurance-maladie ou à l'assurance-accidents, indépendamment de la durée du traitement à prendre en charge (TF 9C\_551/2018 du 4 janvier 2019 c. 2 et les références; ATF 104 V 79 c. 1, 102 V 40 c. 1). D'après la jurisprudence, seules les mesures ne visant pas en premier lieu la guérison ou le soulagement d'une atteinte pathologique labile sont du ressort de l'AI. Alors que cette délimitation est applicable d'emblée sans difficulté particulière pour les assurés adultes, tel n'est pas le cas s'agissant des mineurs – eu égard au fait qu'ils sont encore en phase de croissance, tant au niveau corporel qu'intellectuel (TF

9C\_912/2014 du 7 mai 2015 c. 1.2 et les références). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (ATF 140 V 246 c. 7.5.1 et les références).

**8.2** En l'espèce, le recourant, dont il a été établi ci-dessus qu'il souffre actuellement de TSA, a déposé une demande pour la prise en charge par l'AI de mesures médicales, sans toutefois préciser quel type de mesures médicales il requérait. On ne saurait toutefois lui tenir rigueur de cette absence d'indication, dès lors qu'il appartient à l'intimé de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires pour établir l'état de fait déterminant, même si les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (voir art. 43 al. 1 LPGA et ATF 117 V 282 c. 4a). Il sied d'ailleurs de souligner à ce sujet que des mesures médicales sur la base de l'art. 12 LAI ne sont pas d'emblée exclues dans des cas de mineurs souffrant de TSA (voir TF 9C\_138/2017 du 20 juillet 2017 c. 4.2). Se pose dès lors la question de savoir si les rapports médicaux versés au dossier permettent de déterminer si des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI sont nécessaires. Il ressort du rapport médical du 25 septembre 2019 de la pédiatre traitante qu'aucune mesure médicale n'était en l'état nécessaire, mais que cela dépendait de l'évolution. Au vu de sa brièveté et du fait qu'il a été établi une année avant la décision attaquée et fait référence à l'évolution de l'atteinte du recourant, on ne saurait reconnaître une valeur probante suffisante à ce rapport médical pour statuer sur des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI. Par ailleurs, ledit rapport ne discute pas de la recommandation de la psychologue, qui a indiqué dans son rapport médical du 1<sup>er</sup> avril 2019 que le recourant devrait intégrer un groupe de compétences sociales afin de pouvoir apprendre les bons codes et de développer des stratégies relationnelles fonctionnelles. En ce qui concerne les autres rapports médicaux versés au dossier, bien que certains attestent de la nécessité de

traitements dans le passé, ils ne se prononcent pas sur les mesures médicales nécessaires au recourant depuis le diagnostic posé en 2019. Il en découle qu'en l'état le dossier ne permet pas de déterminer si des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI sont nécessaires. Il appartiendra à l'intimé de procéder à une instruction complémentaire sur ce point.

## **9.**

**9.1** Partant, le recours est partiellement admis et la décision contestée annulée dans la mesure où elle refuse au recourant toutes mesures médicales sur la base de l'art 12 LAI. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il établisse si de telles mesures sont nécessaires au sens des considérants qui précèdent. Pour le surplus, le recours est rejeté.

**9.2** Au vu de l'ampleur du gain de cause partiel du recourant, les frais de la présente procédure, fixés à un émolument forfaitaire de Fr. 800.-, sont mis à la charge de l'intimé par Fr. 400.- et à la charge du recourant par Fr. 400.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 108 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4). Le solde de l'avance de frais de Fr. 800.- du recourant lui sera restitué à hauteur de Fr. 400.- lorsque le présent jugement sera entré en force.

**9.3** Bien qu'obtenant partiellement gain de cause, le recourant n'a pas droit à l'octroi de dépens ou d'une indemnité de partie; il n'est pas représenté en justice par un mandataire professionnel et les efforts déployés dans le cadre de la présente procédure ne dépassent pas la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles (art. 104 al. 2 LPJA; ATF 127 V 205 c. 4b).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est partiellement admis et la décision attaquée est annulée dans la mesure où elle refuse des mesures thérapeutiques sur la base de l'art 12 LAI. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Pour le surplus, le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis par Fr. 400.- à la charge de l'intimé et par Fr. 400.- à la charge du recourant. L'avance de frais de Fr. 800.- versée par le recourant lui sera restituée à hauteur de Fr. 400.- lorsque le présent jugement sera entré en force.
3. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ou d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant, par ses parents,
  - à l'Office AI Berne,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,et communiqué (A):
  - à D.\_\_\_\_\_.

Le président:

La greffière :

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).