

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 octobre 2010

---

Présidence de     Mme     THALMANN  
Juges     :     Mme Rossier et M. Zbinden  
Greffière     :     Mme     Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.M.** \_\_\_\_\_, à Pampigny, recourant,

et

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

---

**Art. 12 et 13 LAI**

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

**A.** A.M.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 6 février 1993, représenté par sa mère, a, le 29 août 2003, présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour mineurs, sollicitant l'octroi de mesures médicales (psychothérapie) et de subside pour la formation scolaire spéciale. Il indiquait souffrir de difficultés prononcées pour l'apprentissage scolaire, de troubles de la concentration et de difficultés relationnelles.

Dans un rapport du 5 octobre 2003, la Dresse L.\_\_\_\_\_, pédopsychiatre FMH, a diagnostiqué des graves troubles de la personnalité, de type dysharmonie évolutive avec des défenses de prestance contre des angoisses archaïques et une grande fragilité narcissique, établis la première fois depuis fin 2000. Elle ne constatait aucune infirmité congénitale au sens de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21). Elle relevait que des mesures médicales permettraient d'améliorer l'intégration ultérieure de l'assuré dans une activité lucrative et qu'un traitement médical était nécessaire. Elle ajoutait notamment ce qui suit :

### " 3. Anamnèse :

Sa maman dit que, depuis tout petit, il ne pouvait pas rester en place, ne voyait pas le danger. Il était excessif dans ses sentiments et présentait des troubles de la séparation et des troubles du sommeil. Un peu plus grand il avait tendance à se bagarrer violemment. Il a présenté un hypospodias, opéré à l'âge de 13 mois et une mastocytose. Il a marché à 1 an et le développement de son langage s'est fait normalement.

Un suivi chez un pédopsychiatre à Genève a été entrepris dès l'âge de 4 ans. Un diagnostic de troubles de l'attention avec hyperactivité a été évoqué et A.M.\_\_\_\_\_ a été mis sous traitement de Ritaline.

Au niveau familial, cette période a été marquée par la séparation des parents, très compliquée, avec des scènes de violence. De plus, un droit de visite du père, régulier, n'a jamais pu être mis en place. Soit les visites étaient l'occasion de conflits et traumatisantes pour l'enfant, soit le père n'était plus atteignable, éloigné géographiquement.

Entré à l'école primaire, A.M.\_\_\_\_\_ a présenté des difficultés d'apprentissage, plus particulièrement de l'écrit.

Divers examens logopédique et psychomoteur n'ont pas mis en évidence de difficultés spécifiques dans ces domaines. Pourtant, A.M. \_\_\_\_\_ a continué à beaucoup peiner et à être en plus, bloqué par ce processus d'échec, très sensible à son manque de maîtrise.

Des troubles du comportement sont apparus par moments. Il a pu parfois dépasser des limites ou avoir quelques gestes violents, sans apparemment grande culpabilité.

#### 4. Plaintes subjectives

En 4P à l'école de son village, il a eu de la peine à suivre, handicapé par des difficultés de lecture encore importantes, une certaine lenteur et des difficultés à organiser son travail. Ses efforts et ses progrès étaient très fluctuants, passant par des périodes où il avançait bien, et d'autre où il s'enfermait dans des attitudes d'opposition et de rejet. Les relations avec ses pairs étaient peu significatives. Il a continué à présenter des troubles du sommeil, et des comportements difficiles à la maison, tentant de préserver une relation exclusive avec sa maman.

#### 5. Status clinique

A.M. \_\_\_\_\_ est un garçon qui fait son âge, d'intelligence normale, qui d'emblée engage une relation très forte, dans laquelle il tente de faire la pluie et le beau temps, jouant de la séduction et du rejet. J'ai commencé à le voir en août 2000, sur la demande de la maman, qui voulait que le lieu de thérapie se rapproche de leur domicile. Il a d'abord montré une très forte opposition à l'idée que je m'immisce dans sa relation avec sa mère ou que je tente de les séparer. Par la suite, s'il a été possible de nous engager dans des entretiens individuels, une tentative de maintenir une relation duelle, déniait les différences de génération, de sexe, est restée très forte.

Derrière cela, on voit pointer des angoisses archaïques déstructurantes, avec un Surmoi sadique, peu contenant.

Ainsi, sur le plan diagnostique, si cet enfant présente des signes parlant pour un trouble de type déficit de l'attention avec hyperactivité, ils s'inscrivent dans un tableau de graves troubles de la personnalité, de type dysharmonie évolutive avec des défenses de prestance contre des angoisses archaïques et une grande fragilité narcissique.

#### 7. Plan de traitement (début/durée), pronostic

Ses difficultés scolaires associées à ses troubles relationnels, impliquent une prise en charge spécialisée à la fois pédagogique et de type thérapeutique institutionnelle, associée à la psychothérapie. Elle devrait en travaillant en tiers avec sa maman, sur un lien stable et rassurant, permettre de trouver d'autres issues à ses angoisses, et l'aider à utiliser mieux ses potentiels intellectuels pour son développement en accédant à une meilleure adaptation au principe de réalité et donc sociale.

Je poursuivrai la psychothérapie, à raison d'une séance par semaine. Un nouvel essai de traitement à la Ritaline a été tenté pour l'aider en particulier pour la concentration en classe.

Mesures demandées :

Poursuite de la psychothérapie, commencée en août 2000, à raison d'une séance par semaine et cela jusqu'en été 2005 au moins.

Prise en charge pédago-thérapeutique, en externe pour le moment, au Châtelard, dès août 2003, avec les transports en taxi de la maison à l'école".

Par décision du 14 janvier 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a admis la prise en charge des prestations de formation scolaire spéciale.

Par décision du 17 août 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures de psychothérapie ambulatoire, médicalement prescrite, liées à la formation scolaire spéciale, ce du 2 septembre 2002 au 31 juillet 2005.

Dans un rapport médical du 24 août 2007, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a rendu compte notamment de ce qui suit :

"Evolution :

Après une année d'internat au Châtelard, A.M. \_\_\_\_\_ est revenu dans le circuit scolaire ordinaire de sa commune. — Cette prise en charge à l'internat s'est arrêtée prématurément, du fait d'une difficulté d'adaptation de la structure aux besoins de cet enfant, qui est paru au début trop bien pour que l'on mette en place les mesures nécessaires, puis qui a tout d'un coup mis en échec toute prise en charge par des attaques massives au cadre.

Ce schéma s'est répété dans le circuit scolaire ordinaire, malgré une tentative de mettre, en accord avec le directeur de l'école, un cadre solide autour de A.M. \_\_\_\_\_.

A.M. \_\_\_\_\_ a présenté de plus en plus des troubles de la conduite, qui devenaient proche de la petite délinquance.

On a repris avec lui et sa maman, l'indication à la prise en charge en internat, avec le soutien du SPJ.

A.M. \_\_\_\_\_ est rentré à la Feuillère au Mont, à l'été 2006 intégré dans l'école ordinaire en 7<sup>e</sup> VSO. Il continue dans ce cadre cette année, il passe en 8<sup>e</sup>, mais avec un programme adapté, étant en échec en fin de 7<sup>e</sup>. Cette solution a été choisie pour soutenir un effort d'intégration dans sa classe et en mettant l'accent sur la préparation de la suite, à travers des stages.

Status:

A.M.\_\_\_\_\_ arbore souvent une attitude de prestance, sûr de lui, un peu provocateur, se mettant à la même place que l'adulte, mais rapidement on voit sous cela sa fragilité, la faiblesse de ses outils symboliques qui ne lui permettent pas de faire [face] à des angoisses encore archaïques, notamment autour de l'intrusion. On peut comprendre sa tendance aux passages à l'acte en groupe comme une tentative de solution pour contenir ces angoisses et ses difficultés d'élaboration.

A.M.\_\_\_\_\_ depuis un certain temps est peu accessible à la psychothérapie, la relation individuelle que cela implique le confrontant trop à ses angoisses d'intrusion. Par contre on le voit bénéficier du cadre solide qu'a pu offrir l'institution, qui joue un rôle de tiers adéquat, très clair, en investissant bien ce jeune, malgré des comportements par moment difficiles et en intégrant la maman dans cet accompagnement. Dans les entretiens ponctuels, en lien avec les réunions de réseau, A.M.\_\_\_\_\_ peut commencer à reconnaître ses difficultés psychiques et à accepter peu à peu de s'y pencher dessus plus tranquillement.

#### Mesures demandées :

Poursuite d'entretiens psychiatriques ponctuels avec A.M.\_\_\_\_\_ et sa maman, à raison d'une fois toutes les 6 semaines environ et dans le cadre de réunions de réseau. Un bilan psychométrique est prévu dans le cadre de mon cabinet, qui s'intègre dans ce travail, pour aider A.M.\_\_\_\_\_ à mieux situer ses points forts et ses points faibles.

#### But, Motif et Pronostic :

Ces entretiens sont nécessaires pour le suivi de la pathologie annoncée, 404 OIC, en lien avec le réseau, pour soutenir une certaine prise de conscience qui devrait aller de pair avec un besoin moins grand de fuite défensive dans des actings. Ils permettent aussi de travailler avec le réseau à la recherche du meilleur encadrement à offrir à A.M.\_\_\_\_\_ pour l'aider à progresser et éviter la marginalisation au moment où l'enjeu est de taille avec l'adolescence et l'entrée dans la question de l'orientation professionnelle."

Dans un rapport du 18 février 2008, s'agissant des diagnostics, la Dresse L.\_\_\_\_\_ s'est référée à son rapport du 5 octobre 2003. Comme infirmité congénitale, elle mentionnait le chiffre 404 OIC. S'agissant du plan de traitement, elle indiquait que le suivi avait débuté en 2000 en entretiens mère-enfant et en psychothérapie individuelle et qu'actuellement et pour une durée indéterminée, depuis le mois de juillet 2005, des consultations psychothérapeutiques avaient lieu une fois toutes les six semaines, vu la fin de la scolarité et les difficultés rencontrées dans l'orientation professionnelle. Elle relevait que les troubles du

comportement de l'assuré se manifestaient beaucoup dans l'agir, par la limite des troubles de conduite et par la consommation de cannabis. Elle ajoutait que ce dernier était impulsif, qu'il n'avait peu ou pas de perception par la pensée, qu'il était à la recherche de sensations, qu'il s'étayait sur du concret parce que le perçu tant extérieur qu'intérieur émotionnel n'évoquait pas d'image. Elle précisait encore que l'assuré avait de grosses difficultés de la concentration et de l'attention notamment dans les apprentissages scolaires et qu'il était pour cela aidé par la Ritaline, qu'elle avait posé le diagnostic d'hyperactivité en 2000 et qu'un traitement spécifique avait été instauré pour la première fois en 1999.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2008, l'OAI a écrit à la Dresse L. \_\_\_\_\_ notamment ce qui suit :

“Votre rapport du 5 octobre 2003 répondant clairement « non » à la question «s’agit-il d’une infirmité congénitale», la psychothérapie a été admise au titre d’une mesure médicale de réadaptation (art. 12 LAI). Le 24 août 2007, vous affirmez que A.M. \_\_\_\_\_ présente « une maladie congénitale 404 OIC pour laquelle l’AI est intervenue ». Tel n’est pas le cas car l’Office AI du canton de Genève, compétent à l’époque, n’a reçu aucune demande de mesure médicale pour une affection pédopsychiatrique. Dès lors, puisque l’atteinte au sens du ch. 404 OIC est diagnostiquée en 2000, nous intéressons la situation de cet enfant entre 2000 et le 5 février 2002 et nous vous prions de bien remplir le questionnaire annexe ci-joint en tenant compte de ce qui précède”.

Le 14 octobre 2008, cette spécialiste a répondu audit questionnaire de la manière suivante :

" 2. Comment se manifestent les troubles

2.1. du comportement ?

Bagarreur, avec gestes violents et peu de culpabilité; provocateur, peu sensible aux limites de l'autorité.

2.2. des pulsions ?

Impulsif; bouge beaucoup depuis le début de la marche, "ne tient pas en place"; ne voit pas le danger.

2.3. de la perception ?

Troubles de représentation; grosses difficultés avec l'écrit, malgré examens logopédiques négatifs pour troubles spécifiques.

2.4. de la concentration ?

Ne reste pas 10' sur un travail.

2.5. de la faculté d'attention ?

Lent dans son travail, se lève, interrompt ses camarades à tort et à travers.

3. Quel est le QI (quelle méthode de test a été utilisée?)  
Clinique normale. Pas de test à l'époque mais examens logopédique et psychomoteur sans troubles spécifiques.

5. Quand le diagnostic d'hyperactivité de l'enfant a-t-il été posé ? Par qui ?  
2000, Dr [...] - Genève

6. Quand un traitement spécifique a-t-il été instauré pour la première fois ?  
2000.

Dans une lettre jointe à ce rapport, la Dresse L. \_\_\_\_\_ écrit notamment ce qui suit:

"En complément du rapport que vous me demandez autour de la question du diagnostic, je soulignerai que dans tous mes rapports; oct.003, août 007 et février 008, j'évoque un diagnostic phénoménologique correspondant au 404 OIC, en mettant cependant l'accent sur le trouble de personnalité sous-jacent, cela me paraissant le plus significatif pour le travail thérapeutique. - je parle aussi du traitement à base de méthylphénidate associé.

J'ai malheureusement fait l'erreur dans mon rapport d'octobre 2003, de ne pas mettre la croix dans la bonne case. Toutefois, j'ai cru que vous aviez accepté ce diagnostic sur la base de ma description qui aurait dû être comprise comme telle par votre médecin-conseil."

Dans un avis médical du 17 novembre 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR relève notamment ce qui suit :

"Prolongation de la psychothérapie sous 12 LAI  
**Rapport du 24.08.2007, signé par la Dresse L. \_\_\_\_\_** (indexé au 24.08.2007): ce rapport signale la prise en charge d'une psychothérapie sous 12 LAI terminée le 31.07.2005. Ce rapport nous apprend que les diverses prises en charge psychosociales se sont révélées plus ou moins un échec. Il apparaît que le jeune homme est peu accessible à la psychothérapie. La relation individuelle le confrontant trop aux angoisses d'intrusion.

Un cadre solide de type institutionnel a été mis en place. Dès le 31.07.2005, des entretiens psychiatriques ponctuels toutes les 6 semaines sont mis sur pied. Il ne s'agit dès lors plus d'une prise en charge de type psychothérapie intensive.

**Rapport du 18.02.2008, signé par la Dresse L. \_\_\_\_\_**: ce rapport décrit un trouble de la personnalité de type dysharmonie évolutive. Une demande sous 13 LAI OIC 404 est réalisée, l'enfant est alors âgé de 7 ans au moment du diagnostic. Les mesures médicales sous 12 LAI étant échues, on peut considérer que le traitement reprend au moment de ta demande, soit à partir de 2007.

Conditions du CMRM 404.5:

**Troubles du comportement** : sont bien décrits, Il se trouve dans l'agir.

**Troubles des pulsions**: pas décrits. Le terme impulsif ne justifie pas des impulsions.

**Troubles des perceptions:** existent certainement, mais sont décrits de manière totalement paradoxal.

**Troubles de la concentration:** il existe des éléments de cette nature dans les apprentissages scolaires, mais les éléments de concentration ne sont pas décrits.

**Troubles de la faculté d'attention:** identiques, sont confondus avec les problèmes de concentration.

L'intelligence n'est pas décrite chez cet enfant.

**Rapport du 14.102008, signé par la Dresse L.\_\_\_\_\_:** nous apprend que l'enfant doit être considéré comme cliniquement normal.

Les rapports sont d'une grande confusion, en particulier sur les dates, Il convient dès lors de remarquer que les mesures médicales sous 12 LAI échues au 31.07.2005; au-delà, il n'y a qu'un suivi pédopsychiatrique régulier toutes les 6 semaines.

On peut donc en conclure que la remise en route d'un traitement s'est fait au-delà des 9 ans révolus, soit au-delà de 2002.

Dès lors, il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 404.

Par ailleurs, du point de vue du 12 LAI les mesures de psychothérapie intensive ont été interrompues le 31.07.2005. Par la suite, comme l'évoque les rapports précités, il s'agit de consultation toutes les 6 semaines.

Dès lors, on doit repartir à zéro et il faut attendre 1 année de vouloir bien considérer l'effet de la psychothérapie sous 12 LAI."

Dans un projet de décision du 19 décembre 2008, l'OAI a rejeté la demande. Il considère notamment ce qui suit :

- "Nous avons demandé au médecin de nous décrire la situation de votre enfant telle qu'elle existait entre 2000 (moment où le pédopsychiatre le prend en charge) et février 2002 (soit avant que votre fils accomplisse sa 9ème année).
- Le chiffre annexe 404 OIC ne peut pas être retenu au vu du rapport complémentaire établi le 14 octobre 2008 (en particulier le trouble des pulsions n'est pas décrit).
- Une intervention financière de notre assurance en application de l'art. 13 LAI n'est pas possible.
- Notre assurance a pris en charge la psychothérapie dispensée jusqu'en juillet 2005 au titre de «soutien médical à la formation scolaire spéciale » (notre décision du 17.08.2004).
- L'art. 12 LAI permet de prendre en charge les mesures médicales «de réadaptation professionnelle » lorsque certaines conditions strictes (pronostic favorable — durée de la thérapie limitée dans le temps) sont remplies.
- La prise en charge thérapeutique prodiguée depuis l'été 2005 (entretiens ponctuels mère-enfant ainsi qu'en entretiens de réseau) ne remplit pas ces conditions.
- Une intervention financière de notre assurance au-delà de juillet 2005 n'est dès lors pas possible."

Par lettre du 20 janvier 2009, l'assuré s'est opposé à ce projet. Il joignait un courrier de la Dresse L.\_\_\_\_\_ daté du 15 janvier 2008. Cette praticienne y mentionnait qu'elle avait encouragé l'assuré à faire part de ses objections, déplorant l'attitude du médecin-conseil de l'OAI, qui presque systématiquement refusait les cas, sous prétexte qu'un assuré ne



présentait pas de troubles des pulsions. Elle y relevait que, dans son dernier rapport, elle avait indiqué que l'assuré était impulsif, qu'il bougeait beaucoup depuis le début de la marche, qu'il ne tenait pas en place et qu'il ne voyait pas le danger. Elle précisait aussi que, dans son rapport du 5 octobre 2003, elle avait noté que depuis tout petit, l'assuré ne tenait pas en place, qu'il ne voyait pas le danger, qu'il avait tendance à se bagarrer violemment (gestes violents, sans grande culpabilité). De même en 2007, elle avait indiqué que l'assuré avait une tendance aux passages à l'acte en groupe comme une tentative de solution pour contenir ses angoisses et ses difficultés d'élaboration.

Le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 10 février 2009 mentionne ce qui suit :

"Rappel des faits : l'avis médical du 07.11.2008 indique que le refus du 13 LAI OIC 404 est motivé par la mise en route du traitement au-delà de l'âge de 9 ans.

**Rapport du 15.01.2008, signé par la Dresse L. \_\_\_\_\_** (Indexé au 21.01.2009): ce rapport décrit des comportements consécutifs à une impulsivité marquée.

Dès lors, il est possible de considérer que l'impulsivité existe.

#### Appréciation

Comme cité précédemment, le SMR propose de refuser le chiffre OIC 404 au motif que l'âge de reprise du traitement de l'affection OIC 404 en tant que telle se fait au-delà de l'âge de 9 ans. Il se fonde donc sur la définition même de ce chiffre OIC.

Dans le projet de décision, l'argument utilisé n'est pas celui-ci mais une impulsivité non démontrée.

Le rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_ démontre que ce facteur existe néanmoins chez cet enfant.

En ce qui concerne le 404, le point de vue du SMR est le suivant:

Les conditions définissant ce chiffre OIC 404, l'intelligence normale, la date du début du traitement (inférieure à 9 ans révolus), le type de traitement, sont les conditions primordiales de prise en charge. Si celles-ci sont remplies, il convient d'analyser la demande sous l'angle du CMRM 404.5. Il est donc souhaitable que cet ordre hiérarchique soit respecté de manière à éviter ce type de position.

En conclusion, les conditions du 404 ne sont pas remplies; il n'est donc pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 404."

Par décision du 23 avril 2009, l'OAI a confirmé son préavis du 19 décembre 2008, rejetant la requête de mesures médicales pour les motifs suivants :

"[...]

- Nous avons demandé au médecin de nous décrire la situation de votre enfant telle qu'elle existait entre 2000 (moment où le pédopsychiatre le prend en charge) et février 2002 (soit avant l'accomplissement de la 9<sup>ème</sup> année).

- Certes le rapport complémentaire du 15.01.2009 permet de retenir l'existence d'un trouble des pulsions.
- Il n'en reste pas moins que le syndrome psycho-organique congénital doit être DIAGNOSTIQUE ET TRAITE COMME TEL AVANT 9 ANS, soit avant février 2002.
- Or avant cette date le Dr L. \_\_\_\_\_ ne pose pas un tel diagnostic et répond même négativement à la question « y a-t-il une infirmité congénitale ». On ne peut donc ainsi pas admettre que l'exigence de « diagnostic du syndrome psycho-organique ET traitement comme tel » était remplie avant l'âge de 9 ans.
- Une intervention financière de notre assurance en application de l'art. 13 LAI n'est pas possible.
- Notre assurance a pris en charge la psychothérapie dispensée jusqu'en juillet 2005 au titre de « soutien médical à la formation scolaire spéciale » (notre décision du 17.08.2004).
- L'art. 12 LAI permet de prendre en charge les mesures médicales « de réadaptation professionnelle » lorsque certaines conditions strictes (pronostic favorable — durée de la thérapie limitée dans le temps) sont remplies.
- La prise en charge thérapeutique prodiguée depuis l'été 2005 (entretiens ponctuels mère- enfant ainsi qu'en entretiens de réseau) ne remplit pas ces conditions.
- Une intervention financière de notre assurance au-delà de juillet 2005 n'est dès lors pas possible.  
[...]"

**B.** A.M. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 20 mai 2009, en concluant à l'octroi de mesures médicales.

Dans un courrier du même jour, la Dresse L. \_\_\_\_\_, indiquant soutenir le recours de l'intéressé, relève notamment :

" Dans un premier rapport — 5 octobre 2003 — je ne répondais pas clairement « oui » à la question de l'infirmité congénitale, par contre je répondais clairement à la question "quel diagnostic" que cet enfant présentait un grave trouble de la personnalité de type dysharmonie évolutive avec des défenses de prestance contre des angoisses archaïques et une grande fragilité narcissique.

Il y a deux raisons à cette hésitation d'alors quant à la question de l'infirmité congénitale. La première était liée au contexte dans lequel ce rapport était fait: il concernait l'indication à une prise en charge thérapeutique et éducative dans un internat et je pensais que le diagnostic pouvait encore évoluer selon l'effet que pourrait avoir cette prise en charge. L'autre raison étant que nos catégories cliniques et celles de l'AI divergent passablement et nous obligent à faire une gymnastique de l'esprit qui peut nous perdre dans des considérations de détail, qui n'ont finalement rien avoir avec les soins dont a besoin un enfant.

Le 24 août 2007 je refais un rapport pour demander la prolongation de la prise en charge du traitement psychiatrique. Le 19 décembre de la même année on me demande des précisions notamment sur le diagnostic. Je me réfère à mon diagnostic de 2003, en précisant que sur le plan phénoménologique Michaël présente un tableau de trouble de l'attention avec hyperactivité.

Le 1er septembre 2008, on me demande encore des détails sur le diagnostic, notamment "la description détaillée des troubles sur le plan comportemental: comment se manifestent ces troubles: sur le plan du comportement ? — des pulsions ? — de la perception ? — de la concentration ? — de la faculté d'attention ?". Je renvoie mon rapport le 14 octobre 2008. J'y parle notamment sur la question des pulsions : "d'impulsivité", j'écris encore qu'"il bouge beaucoup depuis le début de la marche, qu'il ne tient pas en place, qu'il ne voit pas le danger".

Le 19 décembre 2008 la réponse de l'AI est que le diagnostic 404 n'est pas retenu parce que je n'y décris pas le trouble des pulsions !!!

Mme B.M.\_\_\_\_\_ suit la voie de recours de cette étape et j'écris à l'AI le 15 janvier 2009, que je m'étonne de ce refus sur cet argument, rappelant ma réponse explicite à la question des troubles des pulsions, je rajoute que je le mentionnais déjà dans mes rapports précédents: en 2003 "depuis tout petit il ne pouvait pas rester en place, ne voyait pas le danger", j'évoque aussi "une tendance à se bagarrer violemment", "quelques gestes violents, sans apparemment grande culpabilité", et en 2007: une "tendance aux passages à l'acte en groupe comme une tentative de solution pour contenir ses angoisses et ses difficultés d'élaboration".

Je rajoute que nous sommes plusieurs pédopsychiatres à penser qu'il faudrait pouvoir échanger avec le médecin-conseil sur ce point, parce qu'en effet depuis un certain temps ce diagnostic est quasiment systématiquement refusé par ce médecin-conseil sur le même argument - pas de troubles des pulsions. Tous nos compléments argumentaires restent lettre morte ainsi que nos demandes de précision de ce que ce médecin entend par là.

Suite à ce courrier je reçois un téléphone de ce médecin, qui ne me permet pas de me faire une idée claire sur ce point de litige, mais il y est question d'une rencontre entre collègues pour une discussion plus approfondie.

Sur ce, Mme B.M.\_\_\_\_\_ reçoit le 23 avril 2009, la notification de refus, qui porte maintenant sur un autre argument. Il y est dit en l'occurrence que l'existence d'un trouble des pulsions est finalement retenu, mais que ce syndrome organique devait être diagnostiqué (ce terme étant interprété ici - et cette fois - comme "annoncé à l'AI comme tel") et traité comme tel avant 9 ans.

En 2003 j'écrivais: "un suivi chez un pédopsychiatre à Genève a été entrepris dès l'âge de 4 ans. Un diagnostic de trouble de l'attention avec hyperactivité a été évoqué et A.M.\_\_\_\_\_ a été mis sous Ritaline". J'avais pour ma part une hésitation en 2003 sur ce diagnostic selon les catégories de l'AI, mais l'évolution de cet enfant tend à le confirmer. Jusque là l'AI entrait en matière si l'on montrait rétroactivement qu'il y avait les symptômes et la prise en considération thérapeutique de ce trouble avant 9 ans. Ce que tend d'ailleurs à prouver le fait que ce n'ait pas été l'argument mis en avant lors du premier refus.

Au vu de ce parcours et de la variabilité des interprétations de l'article OIC en question, il m'a paru justifié de soutenir un recours contre cette décision."

Dans sa réponse du 5 août 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il produit un avis médical du Dr F.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2009 dont il résulte ce qui suit:

### " **Au plan médical**

Rapport médical du 05.10.2003, signé par la Dresse L. \_\_\_\_\_ (indexé au 05.10.2003): ce rapport nous apprend qu'à l'âge de 4 ans, soit en 1997, l'enfant a présenté un certain degré d'hyperactivité, des troubles de l'attention qui ont été traités sous Ritaline®. Il existe également des troubles de la lecture.

Ce rapport décrit un jeune homme qui peut contrôler la relation de manière forte. Pour cela, il joue de séduction et de rejet. Il existe des angoisses archaïques déstructurantes, avec un sur moi sadique et peu contenant.

Le diagnostic retenu est un grave trouble de la personnalité de type dysharmonie évolutive (F60).

La Dresse L. \_\_\_\_\_, spéc. FMH en pédopsychiatrie, ne reconnaît pas cette affection comme atteinte OIC (page 1, alinéa b du rapport médical). On note également que ce jeune homme est alors âgé de 10 ans.

Avis juridique du 17.08.2004: fait bien la différence entre le 13 LAI et le 12 LAI OIC 645.5. La psychothérapie intensive débute en août 2000. La prise en charge pourrait se faire dès 2001. En raison de la demande tardive, le droit est ouvert à partir du 02.09.2002, pour une durée de 3 ans (30.08.2005).

Rapport médical du 24.08.2007, signé par la Dresse L. \_\_\_\_\_ (indexé au 24.08.2007): ce rapport demande une prolongation de la prise en charge de la psychothérapie. Il est placé dans le cadre d'une OIC par la Dresse L. \_\_\_\_\_

Ce rapport nous apprend que le jeune homme n'a toujours pas développé les outils nécessaires à lutter contre ses angoisses archaïques, qu'il y a des passages à l'acte avec des angoisses. D'autre part, la Dresse L. \_\_\_\_\_ nous signale que : "devient peu accessible à la psychothérapie, ... le confrontant trop à des angoisses d'intrusion ". La prise en charge devient ponctuelle et se confond avec le réseau psychosocial entourant cet enfant.

L'objectif de la psychothérapie est de soutenir ce jeune homme afin d'éviter une fuite défensive par l'acte. Il s'agit également de lutter une marginalisation sociale.

### **Du point de vue juridique:**

#### **13 LAI**

Sur la base de ces rapports, il est possible d'affirmer que le diagnostic retenu est celui de grave trouble de la personnalité de type dysharmonique. Ce diagnostic ne correspond pas au SPO défini par l'OIC 404.

Le SPO (OIC 404) correspond à des troubles de l'affect et une altération des fonctions exécutives. Par contre le trouble grave de la personnalité touche le mode de relation à autrui, un désintérêt pour la relation et l'absence d'amis proches, indifférence aux normes sociales. Il apparaît donc que la définition du SPO ne s'applique pas à un trouble de la personnalité grave tel que décrit antérieurement.

D'autre part, dans son rapport du 05.09.2003, la Dresse L. \_\_\_\_\_, spéc. en pédopsychiatrie, ne retient pas le diagnostic OIC 404. Ainsi, il ne s'agit pas de savoir si oui ou si non les conditions du CMRM 404.5 sont remplies. Le trouble de personnalité n'entre de toute façon pas dans la définition du SPO.

En conclusion, le 13 LAI OIC 404 ne peut être retenu, car il ne s'applique pas au grave trouble de la personnalité.

#### **12 LAI**

Du point de vue du 12 LAI, après 3 ans de prise en charge d'une psychothérapie du 02.09.2002 au 31.07.2005 (décision NENO2.322/2004/025622/5), le rapport du 24.08.2007 de la Dresse L. \_\_\_\_\_ nous apprend qu'il n'y a pas de bénéfice réel. En effet, en comparant les éléments apportés par la Dresse L. \_\_\_\_\_ en 2003 et 2007, il n'y a aucun changement ni bénéfice réel. Il y a même une aggravation de la situation par une «résistance» du jeune homme à la psychothérapie.

L'impression est que la situation s'est quelque peu aggravée en raison de difficultés psychosociales qui ont amené à la création d'un réseau impliquant le SPJ. Selon les documents versés au dossier, en 2007, la psychothérapie s'intègre

dans le réseau psychosocial et n'a plus un objectif de réadaptation, mais un objectif de soutien et de maintien pour éviter des fuites défensives par des passages à l'acte. Il s'agit donc de limiter les passages à l'acte du jeune homme. Il apparaît donc de manière extrêmement claire qu'il ne s'agit plus de mesure de réadaptation, mais bien du traitement de la maladie en tant que telle. D'autre part, la psychothérapie se fait comme élément de soutien pour des difficultés psychosociales.

En conclusion, les conditions du 12 LAI ne sont pas remplies et il n'est pas possible de maintenir ouvert le droit sous 12 LAI."

**C.** Le 5 septembre 2009, le recourant a produit une lettre de la Dresse L.\_\_\_\_\_, datée du 4 septembre 2009, où elle relève notamment, s'agissant de l'hésitation quant au diagnostic, qu'elle n'avait pas retenu formellement le diagnostic du ch. 404 OIC en 2004, parce que la situation n'était pas encore tout à fait claire en terme de mécanismes sous-jacents à la symptomatologie que présentait l'assuré et que le fait que celle-ci n'ait pas été modifiée par les mesures mises en place alors, lui permettait de confirmer ce diagnostic. S'agissant de la qualification de la prise en charge, elle estime qu'elle ne se confond pas avec le réseau psychosocial mais qu'elle reste spécifiquement psychiatrique, et contribue au soutien de l'évolution de l'enfant sous une autre forme, en lien plus étroit avec le réseau. Sur le plan juridique, elle est d'avis que son désaccord avec le Dr F.\_\_\_\_\_ tient au fait qu'ils n'ont pas la même spécialisation et que ce praticien ne tient pas compte du fait qu'il s'agit avant tout d'un diagnostic descriptif, qui ne repose pas sur des preuves tangibles de causalité, celle-ci étant construite à partir de différentes grilles de lecture; une première, qui se base sur les comportements, leur supposant avant tout une origine organique - mais toujours pas démontrable objectivement - proche des classifications internationales et une autre qui se situe au niveau du fonctionnement psychique et décrit les choses en terme de psychopathologie et de fonctionnement de la personnalité. En ce qui concerne l'objectif de réadaptation, elle relève que le suivi en internat puis dans une démarche TEM, soutenus en partie par ce travail de réseau amène à ce jour l'assuré à commencer une formation élémentaire, et qu'il s'agit là entre autre d'un travail en vue d'une réadaptation selon les objectifs AI.

L'OAI produit un avis médical du 28 septembre du Dr F.\_\_\_\_\_ qui remarque que le SMR n'a pas pour vocation de remettre en cause les

diagnostics ou les procédures. Il analyse les éléments fournis par les médecins traitants de manière à s'assurer de la congruence avec la loi et qu'en l'espèce le traitement n'a pas été mis en oeuvre avant l'âge de 9 ans révolus.

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

**1.** 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

**2.** Est litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre à la prise en charge, par l'assurance-invalidité, du traitement de psychothérapie au-delà du mois de juillet 2005.

**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'Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC; RS 831.232.21), 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 consid. 3a et la référence; ATF 130 V 163 consid. 4.3.1 et les références), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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'art. 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 (TFA I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 3.1 in fine et les références). 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 consid. 2a; 122 V 212 consid. 2c et les références).

**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. 404 de l'annexe OIC.

Le ch. 404 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon la pratique administrative, plusieurs symptômes - troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention - doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC soit retenue. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres (cf. note marginale 404.5 CMRM). Le ch. 404 de l'annexe OIC et la pratique administrative concernant cette disposition sont conformes à la loi (ATF 122 V 114 consid. 1b). Dans ce cadre, la jurisprudence a précisé qu'il est possible que des examens complémentaires pratiqués après l'âge-limite permettent d'établir avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré présentait déjà avant l'accomplissement de la neuvième année la symptomatologie complète de l'infirmité congénitale en cause (ATF 122 V 122 consid. 3c/bb et 3c/cc). Dans cet arrêt, il s'agissait d'un cas dans lequel une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC avait été diagnostiquée à temps, mais mise en doute par la suite, et cet arrêt précise qu'il est possible, dans une telle situation, d'établir après coup que tous les symptômes selon la note marginale 404.5 CMRM existaient déjà avant l'âge de neuf ans. En revanche, il n'est pas admissible, selon la jurisprudence, d'établir après



l'âge-limite qu'un syndrome psycho-organique aurait dû être diagnostiqué antérieurement. Cela remettrait en cause la présomption irréfragable selon laquelle il n'y a pas d'infirmité congénitale au sens de la disposition en cause lorsque le diagnostic n'est pas posé et le traitement entrepris avant l'âge de neuf ans (ATF 122 V 122 consid. 3c/bb ; sur la date à laquelle un traitement à été entrepris : cf. arrêt I 115/03 du 13 avril 2004).

**c)** En l'espèce, le Dr F. \_\_\_\_\_ (rapport du 23 juillet 2009) explique que le diagnostic retenu est un grave trouble de la personnalité de type dysharmonie évolutive (F60), ce diagnostic ne correspondant pas au syndrome psycho-organique défini par le ch. 404 OIC, celui-ci correspondant à des troubles de l'affect et une altération des fonctions exécutives alors que le trouble grave de la personnalité touche le mode de relation à autrui, un désintérêt pour la relation et l'absence d'amis proches, l'indifférence aux normes sociales.

La Dresse L. \_\_\_\_\_ ne démontre pas que le diagnostic posé par elle correspond au syndrome défini par le ch. 404 OIC. En outre, dans son rapport du 5 octobre 2003, elle a expressément mentionné qu'il ne s'agissait pas d'une maladie congénitale. Certes, dans son rapport du 14 octobre 2008, elle indique ne pas avoir coché la bonne case. Toutefois, dans son rapport du 20 mai 2009, elle mentionne ne pas avoir répondu clairement "oui" à la question de l'infirmité congénitale, d'une part parce que le rapport concernait l'indication à une prise en charge thérapeutique et éducative dans un internat et qu'elle pensait que le diagnostic pouvait encore évoluer selon l'effet que pourrait avoir cette prise en charge et d'autre part, parce que ses catégories cliniques et celles de l'AI divergent. Les explications de cette spécialiste apparaissent ainsi peu convaincantes, voire contradictoires. Ses conclusions ne peuvent donc être suivies.

Enfin, comme l'indique le Dr F. \_\_\_\_\_, tous les symptômes ne sont pas ou sont insuffisamment décrits. En effet, si ceux relatifs aux troubles du comportement et des pulsions sont bien résumés, les troubles de la perception dont ce praticien ne conteste pas l'existence, sont décrits de manière totalement paradoxale. En outre, les éléments de

concentration ne sont pas mis en évidence et les troubles de la faculté d'attention sont confondus avec les problèmes de concentration. L'intelligence n'est pas décrite non plus.

En conséquence, il sied de constater que les conditions d'application de l'art. 13 LAI ne sont pas réunies.

**d)** Il convient dès lors d'examiner si la mesure médicale requise peut être ordonnée en application de l'art. 12 LAI.

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.

Le traitement de l'affection comme telle a généralement pour but de guérir ou de soulager un état pathologique labile. L'assurance-invalidité ne prend en principe à sa charge que les actes médicaux qui visent directement à supprimer ou à corriger des états défectueux ou des pertes de fonction stables ou du moins relativement stabilisés et dont on peut attendre un succès important et durable conformément à l'art. 12 al. 1 LAI (ATF 120 V 277 consid. 3a et les références citées; VSI 2000 p. 66 consid. 1).

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 consid. 2 in fine; ATF 105 V 19 = RCC 1979 p. 556; VSI 2000 pp. 66 s. consid. 1 précité).

A cet égard, peu importe que les mesures ordonnées soient des mesures d'urgence (opération chirurgicale, par exemple) ou des mesures d'une certaine durée, telles que la physiothérapie ou l'ergothérapie (RCC 1984 p. 525 consid. 3). Mais des mesures médicales illimitées dans le temps en vue d'empêcher la survenance d'un état pathologique définitif ou d'en atténuer les conséquences n'ont pas un caractère prépondérant de mesures de réadaptation; elle constituent plutôt un traitement de l'affection comme telle, de sorte qu'elles ne sont pas à charge de l'assurance-invalidité (ATF 102 V 40 consid. 1 pp. 42 s., 100 V 41 consid. 2a pp. 43 s., 100 V 104 consid. 2 pp. 107 s. ; VSI 1999 p. 130 ; RCC 1984 pp. 524 s. consid. 1 et 2 ; TFA I 64/01 du 20 février 2002).

En l'espèce, dans son rapport du 24 août 2007, la Dresse L.\_\_\_\_\_ indique que, depuis un certain temps, le recourant est peu accessible à la psychothérapie, la relation individuelle que cela implique le confrontant trop à ses angoisses d'intrusion. Le 18 février 2008, elle indique, s'agissant du plan de traitement, que le suivi a débuté en 2000 en entretien mère-enfant et en psychothérapie individuelle et que, depuis juillet 2005, des consultations psychothérapeutiques ont lieu une fois toutes les six semaines pour une durée indéterminée vu la fin de la scolarité et les difficultés rencontrées dans l'orientation professionnelle. Ainsi, à la date de la décision attaquée, il n'y a aucun changement ni bénéfice réel à la suite du traitement. Il semble même qu'il y ait eu une aggravation de la situation. Selon le rapport du 24 août 2007, la psychothérapie s'intègre dans le réseau psychosocial.

Il apparaît ainsi avoir un objectif de soutien et de maintien pour éviter, comme le relève le Dr F.\_\_\_\_\_, des fuites défensives par des passages à l'acte.

Il ne s'agit dès lors plus de mesure de réadaptation, mais bien du traitement de la maladie en tant que telle.

En conséquence, les conditions posées par l'art. 12 LAI ne sont pas non plus réunies.

**3. a)** En définitive, le recours doit être intégralement rejeté et la décision de l'OAI du 23 avril 2009, doit être confirmée.

**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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA et.55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 23 avril 2009 est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de A.M.\_\_\_\_\_.

**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 :

- A.M. \_\_\_\_\_
- 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 :