

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 3 al. 2 LPGA; art. 13 LAI

E n f a i t :

A. Le 21 décembre 2007, les parents de K._____, né le 22 août 1999, ont déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI pour assuré de moins de 20 ans, tendant à l'octroi de mesures pédagogiques (traitement de logopédie).

Dans un rapport du 20 décembre 2007, l'orthophoniste X._____ a posé le diagnostic de dyslexie-dysorthographe. Elle a relevé qu'il n'y avait pas de problème ORL, mais que K._____ présentait une grave difficulté d'élocution. Elle a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Les difficultés de K._____ touchent les niveaux de la lecture et de l'orthographe. La lecture de mots et de phrases est correcte grâce aux bonnes capacités de compensation. Le déchiffrement d'un texte montre beaucoup plus de difficultés, avec arrêts entre chaque mot, des confusions, omissions, adjonctions et inversions. La compréhension est correcte, ce qui montre une bonne capacité de compensation par la logique. Sur le plan orthographique, on trouve également des confusions et des omissions, ainsi que des problèmes de césure. Les difficultés augmentent avec la fatigue en fin d'épreuves.

K._____ présente des difficultés du code écrit importantes qui ne sont pas en lien avec le bilinguisme. Ces troubles mettent en danger le bon déroulement de sa scolarité. Je sollicite donc un financement pour une prise en charge logopédique à raison de deux séances par semaine dès le 16 novembre 2007, avec des contrôles espacés. Le traitement sera effectué par Mme [...], logopédiste, [...]"

Par communication du 10 mars 2008, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement logopédique en tant que mesures de formation scolaire spéciale.

Le 10 juillet 2009, les parents de K._____ ont déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande tendant à l'octroi de mesures médicales, en raison de difficultés psychologiques depuis avril 2008.

Dans un rapport du 1^{er} septembre 2009, la Dresse C._____, psychiatre, a posé le diagnostic de troubles envahissants du développement (entre psychose et pré-psychose) depuis mars 2008. Elle a constaté des troubles du comportement, dès lors que K._____ est très oppositionnel, refuse d'obéir, fait facilement des crises de colère, se met facilement en conflit avec les autres, provoque volontiers, est vite excité et agité, et commet des gestes violents lorsqu'il ressent de l'émotion. Elle a également constaté des pulsions (parfois avec une grande violence) ainsi que des troubles de la perception de type psychotique, de la concentration et de la faculté d'attention.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical du 14 octobre 2009, le Dr N._____ a relevé que le diagnostic de trouble envahissant du développement avait été posé après l'âge de 5 ans et qu'un traitement avait été mis en place après l'âge de 9 ans, de sorte qu'il ne s'agissait pas de psychoses primaires du jeune enfant et autisme infantile (ch. 401 OIC), ni de troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs (ch. 404 OIC). Dès lors, la situation ne pouvait être prise en charge comme infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI.

Dans un questionnaire de l'OAI du 20 octobre 2009, la Dresse C._____ a indiqué que la psychothérapie de groupe avait commencé le 1^{er} septembre 2008, et que la prise en charge entre mars et août 2008 avait consisté en des investigations et des discussions avec les parents pour qu'ils acceptent l'idée d'une thérapie. Elle a en outre relevé qu'il n'était pas possible de faire une psychothérapie individuelle étant donné les angoisses persécutives; un psychodrame individuel était prévu ultérieurement.

Dans un projet de décision du 12 novembre 2009, l'OAI a informé les parents de K._____ de son intention de lui refuser le droit à des mesures médicales, dès lors que les atteintes ne constituaient pas des infirmités congénitales.

Le 3 décembre 2009, J._____, assureur-maladie de K._____, a formulé des objections contre le projet de décision précité, en expliquant qu'au vu des pièces médicales on ne pouvait nier l'existence de troubles de pulsions. Ce faisant, elle a invité l'OAI à investiguer de façon plus approfondie l'existence d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI et le cas échéant d'une mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI.

Le cas a à nouveau été soumis au SMR, qui a retenu, dans un avis médical du 19 janvier 2010 du Dr N._____, que la prise en charge d'une infirmité congénitale devait être refusée sur la base des faits chronologiques. Ce médecin a ajouté qu'il n'y avait pas de prise en charge psychothérapeutique mais uniquement un travail avec les parents, de sorte qu'il ne pouvait s'agir d'une mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI.

L'OAI a requis un complément médical de la Dresse C._____.
Le 17 mai 2010, cette spécialiste a relevé ce qui suit:

"1. Selon le ch. 2.7 de ce rapport [du 1^{er} septembre 2009], le traitement a débuté en août 2008 sous la forme d'une psychothérapie de groupe.

a. En quoi celle-ci consiste-t-elle? Nombre d'enfants suivis et d'intervenants durant une séance?

b. La fréquence est-elle restée hebdomadaire dès août 2008?

a. Une thérapie de groupe est effectuée lorsqu'on pense qu'elle apporte plus de bénéfices qu'un traitement individuel. C'est le cas pour un enfant ayant peu de capacités symboliques, ou ayant des angoisses persécutoires dans une relation à deux par exemple.

Il y a quatre à six enfants par groupe et un couple de thérapeute (un homme et une femme) pour chaque séance de 50 minutes et hebdomadaire. Il s'agit de groupes ouverts, c'est-à-dire que ce sont toujours les mêmes enfants qui viennent, ils forment un groupe d'enfants qui se connaissent bien. Quand un enfant du groupe termine sa thérapie, un autre le remplace. Le groupe est généralement mixte (filles et garçons). Les enfants ont environ le même âge (écart d'un an, éventuellement un an et demi entre le plus jeune et le plus vieux). Une certaine harmonie est recherchée au niveau des problématiques (difficultés communes, niveau intellectuel commun,...) mais de complémentarité (des enfants inhibés et ayant peu d'idées avec des enfants ayant des troubles du comportement et des émotions) pour faciliter à la fois l'émergence d'histoires, d'émotions, d'éléments pulsionnels, tout en facilitant la gestion du groupe. Souvent les anciens du groupe prennent les rôles

les plus actifs, laissant aux nouveaux le temps de s'habituer à inventer des histoires, en parler et servant d'émulation au groupe.

Le nombre d'enfants dépend des demandes, mais surtout des enfants en présence. S'ils sont plutôt agités, dans la destructivité, l'opposition, on n'en prendra plutôt que quatre. S'ils sont plus dans un versant de retrait, de pauvreté imaginaire, ils peuvent être plus.

Le groupe de l'enfant en question a oscillé en nombre, mais le nombre a diminué dans le temps car c'était un groupe difficile, dans le sens où, K. _____ en particulier mais d'autres, étaient plutôt agités, dans la destructivité et l'opposition.

Le déroulement d'une séance a lieu ainsi premièrement, le groupe et les thérapeutes sont assis en rond. Un enfant invente une histoire avec le nombre de personnages du groupe (histoire du monde réel, fantasmatique). Il distribue les rôles à chacun. L'histoire est jouée en se levant, dans une autre partie de la salle. Cela permet à chacun de vivre des émotions liées au rôle joué. A la fin de l'histoire, on retourne s'asseoir. Chacun exprime ce qu'il a pu vivre dans son rôle, ce qu'il a pensé de l'histoire, permettant de travailler en groupe en discutant sur les problématiques de l'histoire, les attitudes, les réactions, de l'interface de l'histoire avec la réalité, du parallélisme qu'on peut faire avec la vraie vie, ce qui amène à discuter des problématiques que chacun peut vivre. Chacun à son tour raconte une histoire.

b. Les psychodrames de groupe se font toujours hebdomadairement. K. _____ est venu régulièrement à ses séances de groupe.

2. Merci de préciser également le type de suivi que vous avez prodigué entre mars 2008 et le début de la psychothérapie de groupe (investigation...)?

Il s'agissait d'une investigation, y compris un bilan intellectuel et projectif. Il y a eu un travail de réseau (mise en lien avec la maîtresse, la logopédiste, le Directeur scolaire...) et un travail de préparation pour la famille à l'idée d'une thérapie (famille réticente).

Le travail de restitution à la famille s'est fait en juin 2008 (bilan). Il y a eu aussi environ deux entretiens mère-enfant liés aux difficultés rencontrées par la famille avec leur fils (de type thérapeutique) en mai et en juin 2008.

3. Si vous estimez que l'enfant a présenté des troubles, des pulsions avant le 22.09.2008, merci de les étayer (idem pour les troubles de l'attention).

Cet enfant a été signalé aux parents comme difficile dès le début de l'école enfantine, et des propositions de prise en charge pédopsychiatrique ont été faites dès cette époque, mais n'ont pas été suivies par les parents. En particulier, les troubles des pulsions et les troubles de concentration et d'attention ont posé des problèmes dès le début de l'école.

L'anamnèse personnelle de cet enfant montre que les symptômes ont été visibles dès la petite enfance. Ceux-ci n'ont pas changé

jusqu'à la première consultation (les parents ont attendu, puis ils ont consulté lorsqu'ils ont vu que leur enfant ne changeait pas dans les différentes difficultés [troubles des pulsions, de concentration, d'attention notamment]).

D'autre part, la psychose infantile est un trouble précoce de l'organisation psychique, dont la survenue se situe à l'âge de 6 à 8 mois (raté de la position dépressive). On ne peut pas développer une psychose infantile à 5 ans (c'est l'âge normalement de la résolution de l'Oedipe, qui est une phase de développement bien plus subtile et évoluée que la construction psychotique). Par contre, les premiers signes d'une psychose sont visibles de 3 ans (psychoses autistiques sans langage) à 4-5 ans (développement d'angoisses, de troubles de pulsions, d'attention, de troubles de la pensée caractéristiques de la structure psychotique). Donc si la construction de la psychose est très précoce, il faut plus de temps pour qu'elle soit visible vu de l'extérieur, car c'est la structure de la pensée en particulier qui permet de repérer la psychose, et il faut que la pensée se soit suffisamment développée pour que ce soit visible (à 3 ans, la pensée est encore peu développée).

4. Si le traitement dure depuis plus d'un an, quelle est l'évolution sur les plans personnel et scolaire?

Le traitement de groupe a duré un an et demi. Il s'est interrompu brusquement à la demande des parents qui étaient très ambivalents pour la prise en charge, au moment où la décision de l'Assurance invalidité est tombée (je crois que la mère a parlé de leur décision de faire arrêter à leur enfant la thérapie juste avant que la décision de l'Assurance invalidité soit tombée, mais la mère n'a pas ramené l'enfant pour les dernières séances initialement prévues). Evidemment, une décision négative de l'Assurance invalidité incite les parents à penser que les thérapeutes ont posé un diagnostic erroné, et conforte une idée de rupture. Ceci dit, la décision d'arrêt était, à mon avis, juste déjà prise au moment où l'Assurance invalidité est arrivée.

Cela étant dit, cet enfant avait déjà une certaine évolution après la première année de traitement. Au départ, K. _____ présentait une importante régression des pulsions agressives et de la vie émotionnelle, il se défendait par le contrôle. Petit à petit, il a pu se laisser aller à exprimer le contenu de ses pensées. Il s'est mis à livrer des fantasmes assez crus et violents, de type psychotique, ce qui l'inquiétait. Le vécu d'intrusion est resté très fort. K. _____ luttait contre des angoisses persécutoires dans la relation par des défenses de type maniaque (triomphe, mépris de l'autre) et d'emprise (contrôle, renversement des rôles...). Le travail a alors été interrompu par la famille. On peut donc dire que K. _____ avait fait des progrès, dans le sens où il commençait à avoir accès à son monde imaginaire pour pouvoir le travailler, mais qu'il avait un grand chemin à faire pour dépasser les angoisses archaïques qui l'habitent.

Personnellement, j'ai été surprise de la première décision de l'Assurance invalidité car il s'agit d'un enfant souffrant vraiment d'un trouble psychique grave (il se serait agi d'un 401 si les parents avaient consulté plus tôt, et en tous les cas il entre dans les critères

404). Je n'ai pas réagi car je n'ai plus eu l'occasion de revoir les parents et, donc je n'ai pas eu leur accord pour recourir [contre] la décision. Vu la gravité du cas et de mon souci pour l'avenir de cet enfant sur le plan psychique et scolaire, je serais néanmoins reconnaissante que la gravité de sa situation soit reconnue par l'Assurance invalidité, afin qu'une suite de prise en charge puisse être effectuée à l'avenir si la famille consulte à nouveau.

Un des éléments qui avait été retenu contre le 404 est que la thérapie avait commencé une semaine après ses 9 ans. Or, si la première séance d'août avait été annulée, c'est parce qu'elle tombait sur le lundi de la rentrée scolaire et que nous préférons que les enfants puissent prendre leur matériel scolaire, trouver une place à côté d'un camarade, recevoir leurs horaires, ce qui n'est pas propice s'ils viennent en thérapie ce jour-là. En plus, d'autres séances de travail mère-enfant avaient déjà été effectuées juste avant l'été".

L'OAI s'est adressé à la Dresse H._____, pédopsychiatre traitant de l'enfant K._____. Dans un rapport du 14 juin 2010, cette spécialiste a posé le diagnostic de trouble spécifique de la lecture. Elle a fait état d'un bilan pédopsychiatrique du 1^{er} novembre 2007 au 31 janvier 2008, en précisant qu'il n'y avait pas eu de suivi à proprement parler, un traitement logopédique ayant été privilégié à l'époque par les parents. Elle a répondu par la négative à la question de savoir s'il y avait une infirmité congénitale, relevant qu'au moment des consultations une partie des symptômes présentés était compatible avec un syndrome psycho-organique, mais sans en présenter le tableau clinique complet. Elle a retenu que l'enfant, au moment du bilan, présentait des difficultés en lecture, des troubles de l'attention et de la concentration ainsi qu'un manque de confiance, surtout en lien avec ses difficultés d'apprentissage; il avait aussi besoin de la présence d'un adulte auprès de lui pour se sentir rassuré. La Dresse H._____ a précisé qu'elle écartait le diagnostic d'hyperactivité, étant donné que les troubles scolaires liés aux difficultés d'apprentissage étaient plus importants que la perturbation de l'attention.

Dans un avis médical du 12 août 2010, sous la plume du Dr N._____, le SMR a relevé qu'il était difficile, au vu des rapports médicaux, de nier l'existence d'une altération des pulsions de type inhibitrices. Le traitement n'avait pas été entrepris avant l'âge de 9 ans, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC.

Par décision du 16 décembre 2010, l'OAI a refusé à l'enfant K._____ le droit à des mesures médicales. Il a retenu que ce dernier avait certes bénéficié d'un suivi intensif (une séance par semaine) depuis début septembre 2008, mais sous forme de psychodrame de groupe dans un premier temps, ce qui ne constituait pas un traitement spécialisé intensif. La prise en charge du traitement auprès de la Dresse C._____ n'était dès lors pas possible sous l'angle de l'art. 12 LAI.

B. Par acte du 1^{er} février 2011, J._____ a recouru contre cette décision, concluant principalement à son annulation et à l'octroi de mesures médicales fondées sur l'art. 13 LAI ch. 404 OIC, subsidiairement à son annulation et à l'octroi de mesures médicales fondées sur l'art. 12 LAI.

Par décision du 19 mai 2011, l'OAI a reconsidéré sa décision du 16 décembre 2010, en admettant la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale sous forme de psychothérapie du 19 mai 2008 au 31 mai 2012. Se référant à l'entrée en vigueur au 14 avril 2011 de la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: l'OFAS) n. 298 établissant de nouvelles directives médicales sur les infirmités congénitales 404, il a relevé que le traitement médical de l'enfant avait eu lieu avant l'âge de 9 ans. Cette décision a également été notifiée à J._____.

Ultérieurement, par décision du 4 juillet 2011, la Cour de céans a rayé la cause du rôle dans la procédure introduite par J._____ contre la décision du 16 décembre 2010 (cause AI 42/11).

C. Par acte du 8 juin 2011, J._____ a recouru contre la décision du 19 mai 2011 et a conclu à la prise en charge par l'OAI des coûts du traitement de l'infirmité congénitale 404 à partir de novembre 2007. Elle a fait valoir que le traitement psychothérapeutique a été prodigué déjà en 2005 et 2006, que les consultations auprès de la Dresse H._____ ont commencé en novembre 2007 et celles de la Dresse C._____ en mars 2008. Elle a ajouté que les consultations d'investigation auprès de ces

spécialistes doivent être assumées par l'OAI à titre de mesures d'instruction.

Dans sa réponse du 29 juin 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la Dresse H._____ n'a jamais suspecté un diagnostic au sens de l'art. 404 OIC et que la Dresse C._____ a posé un diagnostic en mars 2008, qui était flagrant dès le début de la prise en charge. Par ailleurs, les contrôles médicaux effectués par ces médecins ne peuvent être pris en charge, dès lors que l'existence d'une infirmité congénitale n'a pas été établie.

Dans ses déterminations du 11 août 2011, J._____ a maintenu ses conclusions. Elle a fait valoir que les séances de mars et avril 2008 effectuées par la Dresse C._____ devaient être prises en charge par l'OAI, de même que les six séances de novembre 2007 à janvier 2008 auprès de la Dresse H._____. Elle a pour le surplus repris ses arguments.

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'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 al. 1 LPGA).

Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. A cet égard, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en

communiquer un exemplaire; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Selon la jurisprudence, l'assureur-maladie a ainsi qualité pour recourir contre une décision d'un Office AI relative à des mesures médicales (ATF 114 V 94 consid. 3d; Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., 2009, n. 23 ad art. 59 LPGA), dans la mesure où il lui incombe de prendre en charge les mesures médicales qui ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité.

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). La recourante, en tant qu'assureur-maladie de K._____, a qualité pour recourir contre la décision attaquée. Dès lors, le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent.

En l'espèce, est litigieuse la prise en charge par l'OAI, pour le traitement d'une infirmité congénitale, de séances et de consultations médicales en faveur de K._____ entre novembre 2007 et le 19 mai 2008. La valeur litigieuse est donc manifestement inférieure à 30'000 fr., de sorte que le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétent pour statuer (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, conformément à la décision attaquée, il n'est plus contesté que le traitement de l'infirmité congénitale selon le ch. 404 OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21) doit être pris en charge par l'OAI ensuite de la publication de la lettre circulaire AI n. 298 du 14 avril 2011. Cette lettre circulaire a été intégrée à la circulaire de l'OFAS sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), dont elle constitue désormais l'annexe 7. C'est pour cette raison que, conformément à cette décision, l'OAI a accepté la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC, sous forme de psychothérapie, du 19 mai 2008 au 31 mai 2012.

La question à trancher dans le présent litige est celle du début de la prise en charge par l'OAI de l'infirmité congénitale de K._____. Selon la recourante, il faut tenir compte des consultations auprès de la Dresse H._____ de novembre 2007 à janvier 2008 et de la Dresse C._____ dès mars 2008. La recourante réclame donc la prise en charge de ces prestations médicales entre novembre 2007 et le 19 mai 2008.

3. a) Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Conformément à l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales 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).

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 OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, 1^{ère} phrase, OIC).

b) Selon la jurisprudence, le Conseil fédéral - et le Département fédéral de l'intérieur dans l'hypothèse de l'art. 1 al. 2 OIC -

dispose d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; TF I 544/97 du 14 janvier 1999 c. 2b et les références, in VSI 1999 p. 170). La liste dressée à cette fin, parfois en tenant compte d'impératifs légitimes de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Dans ces conditions, si la norme édictée reste dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'a pas à décider si la solution adoptée représente la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne peut substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département (ATF 125 V 21 consid. 6a; TF 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels est tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le Tribunal fédéral en contrôle librement la légalité et doit s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1; 133 V 257 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_818/2009 du 20 novembre 2009 consid. 3.2.2; TF 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.3).

Selon le ch. 14 CMRM, les assurés ont droit aux mesures médicales au sens des art. 3 LPGA et 13 LAI dès que l'infirmité congénitale nécessite un traitement (dont font partie les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale établie en toute certitude) et que le traitement offre des chances de succès. Sont réputés mesures médicales nécessaires au

traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale reconnaît qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et, autant que possible, le volume (intensité et/ou fréquence, nombre de séances de physiothérapie ou de psychothérapie) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale ne peut pas être d'une durée indéterminée et doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là.

Selon le ch. 16 CMRM, les contrôles médicaux d'une infirmité congénitale reconnue comme telle (en particulier en cas de malformations cardiaques) qui, à part les contrôles, ne nécessite pas encore de mesure médicale particulière ou que l'on ne peut pas encore véritablement traiter, font partie du traitement de l'infirmité congénitale; la fréquence de tels contrôles de surveillance doit être maintenue dans des limites raisonnables; demeurent réservés les ch. 18 ss. et 494.

c) Selon le ch. 404 de l'annexe OIC, constituent une infirmité congénitale les 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, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année; l'oligophrénie congénitale est classée exclusivement sous ch. 403.

4. À l'appui de ses conclusions, la recourante soutient que les frais engagés entre novembre 2007 et le 19 mai 2008 doivent être assumés par l'OAI à titre de mesures d'instructions conformément à l'art. 45 LPGA et au ch. 404.7 CMRM, qui renvoie à l'art. 78 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201).

a) Selon l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement (al. 1). L'assureur indemnise les parties ainsi que les personnes tenues de fournir des renseignements si elles subissent une perte de gain ou encourent des frais (al. 2). Les frais peuvent être mis à la charge de la partie qui empêche ou entrave l'instruction de manière inexcusable après sommation et indication des conséquences (al. 3).

Selon le ch. 404.6 CMRM, les premiers examens ne doivent pas être ordonnés ni entrepris par l'AI, car le traitement adéquat présuppose un diagnostic correctement établi. Les frais de traitement sont pris en charge seulement une fois l'infirmité congénitale reconnue, soit lorsque le diagnostic est établi de manière compréhensible, conformément à l'annexe 7. Selon le ch. 404.7 CMRM, lorsque l'existence d'une infirmité congénitale a été constatée avec une vraisemblance prépondérante avant la limite d'âge ou s'ils ont été prescrits par l'office AI, les frais d'examens peuvent être pris en charge rétroactivement dans le cadre de l'art. 78 al. 3 RAI. Leur justification et leur intérêt médical doivent être vérifiés.

D'après l'art. 78 al. 3 RAI, les mesures d'instruction sont prises en charge par l'assurance quand elles ont été ordonnées par l'office AI ou, à défaut, en tant qu'elles étaient indispensables à l'octroi de prestations ou faisaient partie intégrante de mesures de réadaptation octroyées après coup.

Selon la jurisprudence, sont reconnus comme traitement médical d'une infirmité congénitale le traitement pédopsychiatrique de l'enfant et de sa famille, le traitement médicamenteux et l'ergothérapie, mais pas la logopédie, la psychomotricité, les cours spéciaux ou de soutien, ni les mesures d'encouragement scolaire intégratif et toute autre mesure de soutien. L'examen médical ou psychologique du cas n'est pas considéré comme un traitement, pas plus que les conseils prodigués aux

parents (TF I 37/01 du 7 septembre 2001 consid. 2b; TF I 569/00 du 6 juillet 2001; voir aussi TF I 200/04 du 22 septembre 2004 consid. 2.2).

Comme le traitement des jeunes enfants se fait de toute manière principalement par l'intermédiaire des parents ou d'autres personnes de référence servant de médiateurs et que les enfants peuvent rarement être traités seuls, ce travail thérapeutique doit être déclaré comme traitement pédopsychiatrique de l'enfant et de sa famille.

b) Dans le cas présent, il y a eu trois phases. La première de novembre 2007 à janvier 2008 par la Dresse H._____, la deuxième de mars à mai 2008 par la Dresse C._____ et la troisième depuis le 19 mai 2008, date du début des entretiens mère-enfant avec la Dresse C._____.

Dans son rapport du 14 juin 2010, la Dresse H._____ a posé le diagnostic de trouble spécifique de la lecture, ce qui ne constitue pas une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe OIC. Elle a fait état d'un bilan pédopsychiatrique du 1^{er} novembre 2007 au 31 janvier 2008, en précisant qu'il n'y avait pas eu de suivi à proprement parler, un traitement logopédique ayant été privilégié à l'époque par les parents. Elle a répondu par la négative à la question de savoir s'il y avait une infirmité congénitale, relevant qu'au moment des consultations une partie des symptômes présentés était compatible avec un syndrome psycho-organique, mais sans en présenter le tableau clinique complet. En outre, elle n'a pas indiqué la date à laquelle un traitement spécifique a été instauré pour la première fois. Dès lors, cette phase de traitement ne peut être mise à la charge de l'OAI.

Dans son rapport du 17 mai 2010 ainsi que dans le questionnaire de l'OAI du 20 octobre 2009, la Dresse C._____ a donné des indications au sujet du suivi prodigué de mars à mai 2008. Elle a relevé qu'il s'agissait d'une investigation, y compris un bilan intellectuel et projectif, comprenant un travail de réseau (avec la maîtresse, la logopédiste et le directeur scolaire) et un travail de préparation pour la famille à l'idée d'une thérapie. Or, au vu de la jurisprudence précitée, de

telles mesures ne constituent pas un traitement médical d'une infirmité congénitale. C'est donc à juste titre que l'OAI a pris en charge le traitement de l'enfant K._____ depuis le 19 mai 2008, date du premier entretien mère-enfant avec la Dresse C._____.

c) Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'OAI.

5. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de la recourante J._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- J. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :