

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 décembre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

, à Cully, recourant, représenté par ses parents B.P. _____ et A.P. _____,
tous deux à Cully,

et

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

Art. 13 LAI; 1 OIC

E n f a i t :

A. Les parents de C.P._____ (ci-après: l'enfant, l'assuré ou le recourant), né le 28 janvier 1999, ont déposé une demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus le 29 mars 1999. Il était indiqué s'agissant du genre d'atteinte "affection néonatale".

Dans un rapport médical du 13 avril 1999, consécutif à un séjour de l'enfant du 6 au 12 février 1999, le Dr H._____, médecin adjoint de la division de néonatalogie au CHUV, a posé le diagnostic d'état infectieux d'origine indéterminée. Il indiquait qu'à son avis, l'enfant ne remplissait pas les critères OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21) 495. La discussion et l'évolution du cas de l'assuré étaient décrits comme il suit:

"Durant son séjour en Néonatalogie, C.P._____ a présenté les problèmes suivants:

- Infection d'origine indéterminée: la clinique (surtout apathie et fièvre) est compatible avec une infection néonatale raison pour laquelle l'enfant a bénéficié d'un traitement de Clamoxyl pendant 10 jours et de Garamycine pendant 7 jours. Le bilan infectieux reste négatif et l'évolution est favorable."

Selon une fiche d'examen du dossier No 1 établie le 4 août 1999 par une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), l'enfant a encore séjourné du 12 au 17 février 1999 auprès du service de pédiatrie de l'hôpital de zone à [...] pour fin de traitement.

Par projet de décision du 4 août 1999 puis décision du 20 octobre 1999, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée. Sur la base des documents médicaux, bien qu'il s'agisse en l'occurrence d'une affection congénitale, son traitement n'incombait pas à l'assurance-invalidité selon la liste exhaustive des affections établie sur la base de l'art. 13 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20) laquelle prévoit sa prise en charge uniquement si l'atteinte

néonatale sévère est manifeste au cours des septante-deux premières heures de la vie et qu'elle nécessite un traitement intensif en établissement hospitalier. Or, tel n'était pas le cas en l'espèce.

B. Le 25 juin 2004, les parents de C.P._____ ont déposé une seconde demande de prestations AI pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus, en indiquant s'agissant du genre de l'atteinte "difficultés dans l'apprentissage du langage [depuis] environ 1 an".

A teneur d'un rapport médical du 20 avril 2004, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé le diagnostic de dyslalie. Il indiquait qu'un traitement d'une durée de deux ans renouvelables avait été débuté le 5 mars 2004 auprès d'E._____, logopédiste. Le compte-rendu de la consultation pratiquée le 9 janvier 2004 par le Dr G._____ décrivait ce qui suit:

"2. Examens effectués et résultats

C.P._____ a 5 ans lorsque je le rencontre. C'est un enfant qui paraît son âge, certes il n'est pas très grand mais le retard de croissance ne paraît pas excessif.

Il établit progressivement une relation de bonne qualité avec l'expert. D'abord timoré, il reste sur les genoux de sa mère. Il se détend rapidement, entrant en interaction verbale avec l'examineur avec lequel il parvient petit à petit à établir une interaction de bonne qualité. Il parvient à se séparer de sa mère et à pouvoir jouer avec l'examineur.

Le langage est marqué par différentes erreurs de syllabes, des omissions, des inversions, des simplifications lesquelles sont détaillées dans le rapport logopédique joint à cet envoi. Il convient toutefois de relever qu'une syntaxe de bonne qualité est en voie de se mettre en place, il est indéniable que le travail logopédique va permettre d'accélérer ce processus. Le jeu symbolique est constitué, il met en scène des voitures, des personnages qui entrent en interaction dans des scénarios ludiques bien organisés. C.P._____ est parfaitement capable de jouer seul.

La relation avec la sœur a pu être observée; elle est ludique; en même temps, C.P._____ est parfaitement capable de se défendre s'il se sent envahi. Pour terminer, aucune interaction agressive n'a été observée; il ne semble pas s'agir là d'un mode d'action prévalant chez cet enfant.

Il convient aussi de relever une inquiétude majeure de la mère heureusement tempérée par un côté très rassurant du père de C.P._____.

En conclusion, il s'avère qu'un traitement logopédique est largement indiqué pour permettre à C.P._____ d'améliorer ses compétences langagières qui sont déjà en voie d'évolution positive. Outre l'effet sur le langage, ce traitement aura également pour effet d'améliorer l'estime de soi, la confiance en soi ainsi que potentialiser les compétences sociales de cet enfant."

A l'occasion d'un rapport logopédique du 1^{er} mars 2004, E._____ s'est prononcée en ces termes sur le comportement de C.P._____:

"Conclusion

C.P._____ rencontre d'importantes difficultés dans l'acquisition du langage. Ses difficultés risquent de le pénaliser dans ses relations aux autres et dans sa scolarité. Il me paraît donc important qu'il puisse bénéficier d'un traitement logopédique.

Diagnostics:

Dyslalie - 233"

Par décision du 28 juillet 2004, l'OAI a octroyé des mesures de formation scolaire spéciale sous la forme de la prise en charge des coûts du traitement logopédique selon plan établi par son centre d'examen, du 5 mars 2004 au 28 février 2006, puis trois à quatre contrôles espacés sur la période d'un an.

Dans un rapport "Graves difficultés d'élocution Rapport du Centre d'examen" complété le 9 octobre 2006 par E._____, étaient posés les diagnostics de dysphasie (234) et de difficultés dans l'apprentissage de l'écrit (237). Au terme d'un rapport médical du 28 septembre 2006 joint, cette spécialiste relevait qu'au vu de ses importantes difficultés perturbant déjà sa scolarité, il paraissait important que l'enfant continue à bénéficier d'un traitement logopédique.

Par communication du 20 avril 2007, l'Office AI a indiqué qu'il prenait en charge les coûts du traitement logopédique selon plan établi par son centre d'examen, du 10 mars 2006 au 29 février 2008.

C. Les parents de C.P._____ ont déposé une demande de prestations AI en date du 24 mars 2011. Il y était mentionné concernant le genre d'atteinte "TED, Troubles envahissants du développement".

Dans un rapport médical du 22 avril 2010 établi après une consultation de l'enfant accompagné de sa mère en date du 15 avril 2010, le Prof. R._____ et la Dresse F._____ du département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV ont relevé ce qui suit concernant l'évolution de C.P._____:

"Impression et discussion:

On retrouve les éléments correspondant à la dyspraxie visuo-constructive et gestuelle ainsi que ceux de la dysgraphie reconnus il y a un peu moins d'une année. On constate néanmoins que C.P._____ a fait beaucoup de progrès notamment dans le graphisme mais également, dans une certaine mesure, dans les aspects praxiques comme l'imitation de gestes. L'expression dans le langage oral reste par moment problématique mais l'enfant n'est pas inhibé et s'investit bien dans l'échange. Sur le plan du langage écrit, nous ne retrouvons pas de difficulté particulière en ce qui concerne l'orthographe, la lecture est bien fonctionnelle. En calcul, la transcription du chiffre est acquise, par contre la compréhension des opérations mathématiques propres à résoudre de petits problèmes simples est extrêmement laborieuse et ne semble pas acquise. Ce d'autant plus, que j'ai l'impression que la mémoire de travail est faible. Sur le plan psychologique, l'enfant a regagné de la confiance en lui-même.

La poursuite de la logopédie et de l'ergothérapie reste, à mon avis, indiquée. Pour ce qui est de l'ergothérapie, je me pose la question si les exercices concernant l'utilisation du clavier d'ordinateur pourraient être proposés à C.P._____ afin d'améliorer son rendement. Je reste à disposition de Mme [...] pour en discuter si nécessaire. Concernant les aspects de difficultés dans le calcul et de suspicion de troubles de la mémoire de travail, je pense qu'une évaluation neuropsychologique permettrait de mieux comprendre la nature de ces problèmes rencontrés et de les reconnaître à leurs justes valeurs. Il sera convoqué par nos soins."

Dans un rapport d'examen neuropsychologique du 7 janvier 2011, V._____, psychologue associée / neuropsychologue spécialiste FSP/ASNP, et K._____, psychologue assistante, de l'Unité de neurologie et réhabilitation pédiatrique du département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV, se sont prononcées comme il suit sur l'état de santé de l'enfant:

"Conclusions: Cet examen neuropsychologique - effectué chez C.P. _____ âgé de 11 ans ½ - met en évidence les observations suivantes:

→ Une intelligence dans les normes à normes faibles.

→ Un trouble sévère de la mémoire de travail auditivo-verbale ayant notamment des répercussions dans les activités scolaires (demande souvent à ce qu'on lui répète les données).

→ Une dyscalculie mixte non exclusivement consécutive au trouble du langage oral (dyscalculie du code verbal) ou du trouble de la mémoire du travail mais qui touche également les procédures et le raisonnement mathématique.

→ Concernant le langage, nous retrouvons encore quelques légères imprécisions phonologiques, lexicales et syntaxiques mais le niveau formel du langage est suffisamment opérant pour ne pas être un frein à l'échange. En effet, actuellement on observe des difficultés sur le versant sémantique-pragmatique du langage comme mauvais usage du langage dans les contextes sociaux, une altération de la formulation et de la compréhension du discours en situation.

→ Une dissociation des capacités attentionnelles avec hyperfocalisation sur des sujets d'intérêt mais difficulté de maintien de l'attention (attention soutenue) sur des activités quittant la sphère de ses intérêts (jusqu'à yeux mi-clos, à la limite de l'endormissement: « je crois que je commence à perdre conscience, je suis plus tellement concentré »).

→ Des particularités relationnelles et comportementales avec altération qualitative des interactions sociales et caractère restreint et répétitif de ses centres d'intérêts. C.P. _____ éprouve de grandes difficultés à établir des relations avec ses pairs. Ses intérêts sont focalisés sur une même thématique (les mares) et envahissent son quotidien. Il supporte difficilement le changement. On note également, la présence d'idées morbides et des hallucinations visuelles sont rapportées par l'enfant lui-même.

Discussion

C.P. _____ souffre d'un trouble complexe du développement. Alors que ce jeune garçon, intelligent, est déjà connu et pris en charge pour des troubles langagiers et praxiques, nous observons effectivement la présence de troubles du calcul et de la mémoire de travail surajoutés. C.P. _____ présente également des troubles sémantique-pragmatiques ainsi qu'une dysrégulation des capacités attentionnelles. Enfin, on note des difficultés relationnelles et comportementales, un trouble de la communication et des intérêts restreints, particularités compatibles avec un trouble du spectre des troubles envahissant du développement si on se réfère aux classifications en vigueur (DSM-IV / CIM-10). En présence de problématiques et comportements associés tels que des idées morbides et hallucination, ces troubles correspondent également au Multiple Complex Developmental Disorder (Cohen et al., 1986). Nous n'avons pas exploré la présence/nature d'angoisse.

C.P. _____ bénéficie toujours d'aménagement spécifique en classe (effectif réduit, intégration et soutien pédagogique individuel). Concernant spécifiquement les troubles du calcul, il semble que l'ergothérapeute soit intéressé par cette prise en charge. Aussi, nous soutenons la reprise de la prise en logopédique (après 6 mois de fenêtre thérapeutique) ouverte sur la problématique sémantique-pragmatique (individuelle ou groupale). Enfin, il serait très bénéfique

pour C.P._____ et sa famille de consulter en pédopsychiatrie pour mettre en lumière son fonctionnement psychique."

Dans un rapport médical du 23 février 2011, S._____, ergothérapeute, a relevé une bonne progression de l'enfant dans l'organisation séquentielle de sa motricité globale et sa motricité fine ce qui lui permettait une meilleure endurance (ceci en comparaison avec les résultats d'une précédente évaluation datant de septembre 2009). Cette spécialiste relevait néanmoins que C.P._____ restait fragile et pouvait être submergé par ses angoisses. Elle estimait ainsi que la poursuite de l'ergothérapie se justifiait jusqu'à la fin 2011, voire début 2012.

Dans un rapport médical du 11 mai 2011, la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'enfant depuis le 2 mars 2011, a posé les diagnostics de troubles envahissant du développement sans précision (F84.9) depuis le 9 septembre 2010, de trouble de l'acquisition du langage (dysphasie) (F80.1) et de trouble spécifique du développement moteur (dyspraxie) (F82). Observant un état de santé en amélioration, cette spécialiste était d'avis que la poursuite de l'ergothérapie, la reprise du traitement logopédique et un soutien psychologique de l'enfant se justifiaient.

Sur la demande de l'OAI le CHUV a communiqué, le 12 mai 2011, la copie d'un rapport médical rédigé le 30 juin 2009 par le Prof. R._____ et la Dresse F._____ rédigé à la suite d'une consultation de neuropédiatrie du 25 juin 2009. Il en ressortait en particulier ceci:

"Impression et discussion:

La consultation du jour permet de mettre en évidence une maladresse motrice importante compatible avec une dyspraxie. Les aspects oro-moteurs et gestuels (motricité grossière, dextérité, graphomotricité) sont davantage affectés que les aspects visuo-constructifs, même si ces derniers pourraient également en partie y contribuer (puzzle très lentement effectué). A cela s'ajoute probablement un déficit d'attention léger, sans hyperactivité ni impulsivité. On constate enfin qu'il reste des séquelles de dysphasie, avec également des difficultés dans le langage écrit, de type dyslexie dysorthographe.

Il n'y a pas d'élément à l'anamnèse ainsi qu'au status neurologique du jour évocateur de la possibilité d'une lésion cérébrale acquise

d'origine pré, péri ou post-natale. Pas d'élément non plus pour une maladie neuromusculaire. Il n'y a pas de difficulté de perception visuelle associée au Syndrome de Duane connu, et nous ne pensons pas qu'il y ait de lien entre ce trouble oculomoteur et la dyspraxie. Compte tenu de l'anamnèse familiale, des facteurs génétiques sont certainement à retenir dans l'origine des difficultés de C.P._____.

En raison des séquelles de dysphasie et des difficultés dans le langage écrit plutôt compatibles avec une dysorthographe, le suivi par logopédie reste tout à fait indiqué. Par contre, il est à notre sens nécessaire de réaliser selon entente avec la famille, un bilan puis un traitement ergothérapeutique en raison de la dyspraxie sévère que présente C.P._____. Il faudrait pouvoir mettre l'accent sur les difficultés dans l'organisation du travail, de la dysgraphie et d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. Afin de suivre l'évolution, nous proposerions de revoir C.P._____ d'ici 6 à 9 mois. [...]"

Au terme d'un avis médical du Service Médical Régional (SMR) de l'AI du 30 août 2011, le Dr D._____ s'est exprimé comme il suit sur l'état de santé de l'enfant:

"L'assuré présente d'une part une dyspraxie visioconstructive et dysgraphie et d'autre part un trouble envahissant du développement. La relation entre ces 2 troubles n'est pas claire. La question posée est de savoir dans quelle mesure une prise en charge des mesures médicales peut être faite sous couvert de l'article 13 LAI.

On ne peut pas admettre que des symptômes évidents liés à son trouble autistique étaient présents avant la fin de la 5^{ème} année de vie: l'enfant présentait alors bien un retard de langage, des difficultés de relation en été 2003 avec son enseignante, qui notait également un manque d'autonomie, des difficultés de concentration et des réactions agressives. Le Dr G._____, pédopsychiatre, cependant, estime, dans son rapport du 20.04.2004 (GED 25.06.2004), que l'enfant établit une relation de bonne qualité, son jeu symbolique est constitué et qu'il a une bonne relation ludique avec sa sœur. En bref, le Dr G._____ ne suspecte alors absolument aucun trouble envahissant du développement.

Il convient donc de refuser la prise en charge des mesures médicales sous couvert de l'article 13 LAI, car les éléments permettant d'affirmer la présence de symptômes manifestes d'un trouble du spectre autistique avant l'âge de 5 ans manquent. Quant à la dysphasie et à la dyspraxie, elles ne font pas partie des affections prises en charge selon l'article 13 LAI."

Par projet de décision du 2 septembre 2011, intégralement confirmé selon décision rendue le 12 octobre 2011, l'OAI a refusé le droit à

l'octroi de mesures médicales pour l'enfant. Ses constatations étaient les suivantes:

"Les assurés âgés de moins de 20 ans ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]). Ces affections sont mentionnées de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance y relative.

Les rapports médicaux en notre possession ne décrivent pas l'existence d'une atteinte à la santé satisfaisant aux critères de l'un ou l'autre des chiffres de l'annexe OIC.

En particulier, le chiffre 401 OIC annoncé par la Dresse B. _____ (remplacé dès le 1^{er} janvier 2010 par les chiffres 405 et 406 OIC) ne peut pas être retenu car il n'est pas établi que les symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année de vie. [...]"

D. Par acte du 11 novembre 2011, C.P. _____, représenté par ses deux parents, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que sa demande de mesures médicales soit admise. Il requiert, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire tendant à déterminer l'existence éventuelle de symptômes manifestes présents avant l'âge de cinq ans. Le recourant se prévaut du chiffre 401 de la Circulaire de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), dans sa version valable à partir du 1^{er} janvier 2009 et qui prévoyait ce qui suit:

"1.13 Maladies mentales et graves retards du développement

Psychoses primaires du jeune enfant et autisme infantile, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'âge de 5 ans révolus

401 Lorsque de telles psychoses sont annoncées pour traitement seulement après l'accomplissement de la 5^e année, il n'existe un droit fondé sur l'art. 3 LPGA, art. 13 LAI (ch. 401 OIC [ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21]) que si l'anamnèse met en évidence des éléments objectifs et non équivoques prouvant qu'une telle symptomatologie était déjà manifeste avant que la limite d'âge n'ait été atteinte."

Il indique que si le diagnostic de troubles envahissants du développement n'a été posé qu'en janvier 2011 par les spécialistes du

CHUV, il n'en demeure pas moins que cette pathologie fait partie des troubles du spectre autistique et tombe ainsi sous le chiffre 405 OIC. Le diagnostic n'a été posé qu'en 2011, soit lorsque le recourant était âgé de plus de cinq ans mais les problèmes avaient débuté beaucoup plus tôt, des symptômes ayant été détectés dès ses deux premières années de vie déjà (acquisition tardive de la marche et du langage, difficultés dans les interactions sociales, etc.). Un élément objectif permettant de mettre en évidence que la symptomatologie était déjà présente avant la limite d'âge tiendrait au fait qu'en avril 2003 le pédiatre traitant n'avait pas délivré le document demandé afin d'attester que l'enfant était apte à débiter l'école enfantine. De plus, en septembre 2003, soit à l'âge de 4 ans et 8 mois, C.P. _____ avait dû quitter l'école enfantine publique pour rejoindre une classe avec effectif réduit de l'école privée, la tentative de première enfantine dans le circuit public ayant échoué.

Dans sa réponse du 31 janvier 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève en premier lieu que les diagnostics de dysphasie et de dyspraxie dont est atteint l'enfant ne font pas partie des infirmités congénitales à la charge de l'assurance-invalidité, ce qui n'est pas contesté en l'espèce. Il observe ensuite que le recourant admet que son trouble autistique n'a été diagnostiqué qu'en 2011 lorsqu'il était âgé de 12 ans, soit lorsque l'enfant avait largement plus de cinq ans. L'OAI précise que le chiffre 401 de l'OIC est abrogé depuis le 1^{er} janvier 2010 et remplacé dès cette date par les chiffres 405 et 406 OIC. Partant, abrogé avant la demande de mesures médicales (datant de mai 2011), le chiffre 401 OIC est inapplicable. Sur le plan médical, s'il est vrai que le recourant avait des problèmes de type dyspraxique et dysgraphique expliquant ses difficultés scolaires, ses enseignants n'ont toutefois pas été en mesure de suspecter un trouble autistique avant le diagnostic du 7 janvier 2011. L'OAI souligne que dans son rapport du 20 avril 2004, le Dr G. _____ estimait que l'enfant établissait une relation de bonne qualité, que son jeu symbolique était constitué et qu'il avait une bonne relation ludique avec sa sœur, de sorte qu'en résumé, le Dr G. _____, pédopsychiatre, ne suspectait alors absolument aucun trouble envahissant du développement. L'intimé constate par application analogique de la

jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances relative au chiffre 404 OIC que l'absence de symptômes manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année crée la présomption légale irréfragable qu'il ne s'agit pas d'un syndrome psycho-organique congénital (mais d'une affection acquise). Il conclut en excluant que la réalisation d'une expertise chez un enfant alors âgé de 12 ans puisse permettre de déterminer les symptômes que celui-ci présentait il y a plus de 7 ans en arrière.

Par réplique du 31 mars 2012, le recourant maintient les conclusions de son recours. Il indique que le diagnostic n'ayant été posé ni en ce qui concerne la dysphasie et la dyspraxie, ni en ce qui concerne les troubles envahissants du développement au début de sa scolarité, il est arbitraire d'affirmer que ses difficultés scolaires dès l'école enfantine étaient liées à ses problèmes de type dysphasique et dyspraxique, et non pas à ses troubles envahissants du développement. Le recourant se dit doublement pénalisé; d'une part l'erreur de diagnostic du Dr G. _____ n'a pas permis une prise en charge optimale de son cas dès son plus jeune âge et d'autre part, les mesures auxquelles il aurait dû avoir droit depuis longtemps lui sont refusées aujourd'hui. Il relève pour terminer que la jurisprudence citée par l'intimé n'est pas applicable étant posé qu'en l'état de la recherche, il est admis que les causes des troubles envahissants du développement ont une origine génétique.

Dans sa duplique du 1^{er} juin 2012, l'OAI maintient ses conclusions tendant au rejet du recours. Se référant aux chiffres 405 et 405 1/10 CMRM en cas de troubles du spectre autistique (dont font partie les troubles envahissants du développement), il constate que le recourant n'apporte pas la preuve que son trouble envahissant du développement existait avant ses 5 ans. Le Dr G. _____ ne décrivait pas de tels troubles et proposait uniquement un suivi logopédique, aucun autre avis médical n'ayant été émis avant les dix ans du recourant.

E n d r o i t :

1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; art. 93 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de prise en charge de mesures médicales sans limitation dans le temps.

2. a) La contestation porte sur le droit de l'assuré à des mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI.

b) Il y a en principe lieu d'examiner le droit à la prestation en cause au regard des dispositions légales en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1). Eu égard à la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue, le 12 octobre 2011, et au fait que la demande de prestations date quant à elle du 24 mars 2011, il y a lieu de prendre en compte l'OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21) alors en vigueur (cf. consid. 3a infra).

c) Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales

(art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Il incombe au Conseil fédéral d'établir une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées (al. 2, 1^{ère} phrase). Dans l'établissement de la liste, le Conseil fédéral pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2, 2^{ème} phrase).

Cette liste est incluse dans l'OIC.

La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA ("Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant"). La prise en charge des traitements médicaux, dans le cadre de l'assurance-invalidité, est définie par les prescriptions spéciales de la législation sur l'assurance-invalidité, notamment l'ordonnance concernant les infirmités congénitales. Celle-ci contient donc une liste, en annexe, qui énumère les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 OIC).

S'agissant des maladies mentales et retards graves du développement, la liste OIC mentionne les infirmités congénitales suivantes :

"401. ...

402. ...

403. Oligophrénie congénitale (seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique)

404. 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.

405. Troubles du spectre autistique, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année

406. Psychoses primaires du jeune enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année"

3. a) La demande de mesures médicales déposée le 24 mars 2011 mentionne l'existence de troubles envahissants du développement (TED) depuis la naissance de l'enfant. A lecture du dossier, on constate

que c'est uniquement dans le rapport d'examen neuropsychologique du 7 janvier 2011 des spécialistes du CHUV, l'enfant étant alors âgé de 11 ans et demi, que sont évoqués pour la première fois des "difficultés relationnelles et comportementales, un trouble de la communication et des intérêts restreints, particularités compatibles avec un trouble du spectre des troubles envahissant du développement". Un tel diagnostic est également posé par la Dresse B. _____ dans son rapport du 11 mai 2011. Cette pédopsychiatre fait remonter l'existence de ce diagnostic pour la première fois au 9 septembre 2010, étant précisé qu'elle suit elle-même l'enfant seulement depuis le 2 mars 2011. Hormis ces deux documents médicaux, on ne trouve pas trace d'un tel diagnostic au dossier; dans leurs rapports des 30 juin 2009 et 22 avril 2010, le Prof. R. _____ et la Dresse F. _____ observent uniquement des éléments correspondant à de la dyspraxie, à de la dysphasie ainsi qu'à des difficultés de type dyslexie dysorthographe. Partant, en retenant que le diagnostic de troubles envahissants du développement (TED) est présent au plus tôt en date du 9 septembre 2010, on doit admettre que le recourant était alors âgé de 11 ans. En outre, sur la base des autres pièces médicales, il y a lieu de se rallier à l'avis médical SMR du 30 août 2011 du Dr D. _____ qui retient qu'on ne peut pas admettre la mise en évidence de symptômes évidents de troubles du spectre autistique avant l'accomplissement de la fin de la 5^{ème} année de vie de l'enfant; le 20 avril 2004, le Dr G. _____ rapporte effectivement que le recourant, alors âgé de 5 ans, "parvient petit à petit à établir une interaction de bonne qualité", que "le langage est marqué par différentes erreurs de syllabes, des omissions, des inversions, des simplifications", que le "jeu symbolique est constitué", que "la relation avec la sœur est ludique" et qu'"aucune interaction agressive n'a été observée". Ce pédopsychiatre ne disposait ainsi d'aucun élément de nature à suspecter un trouble envahissant du développement (TED) chez l'enfant. Il en va de même d'E. _____, logopédiste, qui dans ses rapports des 1^{er} mars 2004 et 9 octobre 2006, retient uniquement les diagnostics de dyslalie (233) et de difficultés dans l'apprentissage de l'écrit (237). Or selon le chiffre 405 de l'OIC (lequel avec le chiffre 406 suivant a remplacé, dès le 1^{er} janvier 2010, le chiffre 401 existant précédemment [cf. les chiffres 23 et 401 de la CMRM, dans sa version valable à partir du 1^{er}

janvier 2010]), les troubles du spectre autistique font l'objet d'une prise en charge lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. On constate dès lors que le trouble affectant le recourant n'est pas constitutif d'un cas de maladie mentale et retard grave du développement tel que figurant sous chiffres 403 à 406 de la liste OIC, spécialement son chiffre 405. L'OAI était ainsi fondé à refuser l'octroi des mesures médicales requises sur la base de l'art. 13 LAI.

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_486/2010 du 25 novembre 2010, consid. 3.1, 9C_818/2008 du 18 juin 2009, consid. 2.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008). En l'occurrence, le dossier étant complet du point de vue médical, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire visant à déterminer l'existence éventuelle de symptômes manifestes du trouble envahissant du développement (TED) présents avant l'âge de cinq ans, soit il y a actuellement plus de huit ans de cela.

4. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200

fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 12 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice arrêtés à 200 fr. (deux cents francs) sont mis à la charge de C.P. _____ qui succombe.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- B.P. _____ et A.P. _____ (pour C.P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :