

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2015

Composition : M. MERZ, président
MM. Métral et Küng, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.C. _____, à [...], recourant, représenté par son père, **B.C.** _____, et celui-ci par INTEGRATION HANDICAP, Me Florence Bourqui, avocate, à Lausanne,

ASSURA-BASIS SA, à Le Mont-sur-Lausanne, recourante,

et

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

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

E n f a i t :

A. A.C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse, est né le [...] 2004 au terme d'une grossesse sans particularités.

A compter de mars 2007, il a présenté des convulsions inaugurales d'une « épilepsie myoclonique astatique », laquelle a nécessité une prise en charge en urgence, puis un traitement et un suivi réguliers au sein du Service de pédiatrie du Centre hospitalier B._____.

B. L'assuré, représenté par son père, B.C._____, a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), soit des mesures médicales, des subsides pour personne impotente et des moyens auxiliaires, par dépôt du formulaire ad hoc le 6 août 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par communication du 5 septembre 2007, l'OAI a accordé la prise en charge des coûts afférents au traitement de l'infirmité congénitale affectant l'assuré sous chiffre 387 de l'annexe à l'OIC (réd. : chiffre de la liste des infirmités congénitales selon l'annexe à l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC ; RS 831.232.21]).

L'OAI a également octroyé à l'assuré des casques de protection sur prescription médicale, selon communication du 26 octobre 2007 .

Le 22 octobre 2007, par l'intermédiaire de la Fondation G._____, l'assuré a sollicité des mesures de formation scolaire spéciale, sous forme d'éducation précoce par le Service éducatif itinérant (SEI). Les coûts corrélatifs ont été assumés par l'OAI du 6 septembre 2007 au 31 décembre 2007 selon communication du 27 décembre 2007.

Un rapport médical a été complété par le Dr H._____, pédiatre traitant de l'assuré, en date du 22 avril 2008. Après avoir fait état du diagnostic d'une « épilepsie myoclonique astatique », tel que mis en évidence au sein du Centre hospitalier B._____, ce spécialiste a relaté l'évolution de la situation de son patient en ces termes :

« L'évolution depuis août 2007 est plutôt favorable avec une stabilisation clinique et une épilepsie myoclonique astatique actuellement bien contrôlée sous un traitement inchangé depuis le début du mois de septembre [...]. Ce contrôle épileptique a permis la reprise des acquisitions dans les différentes sphères du développement. [L'assuré] garde néanmoins un retard global du développement prédominant dans les domaines de la communication, la motricité fine, est toujours en retard et l'équilibre instable nécessite une aide et une surveillance de tous les instants. [...] »

Suite à une requête du 15 septembre 2008, l'OAI a prononcé, en date du 19 février 2009, la prise en charge des coûts engendrés par des mesures d'ergothérapie ambulatoire, prolongées ultérieurement par des communications des 14 décembre 2010 et 2 octobre 2012.

Dans l'intervalle, en date du 26 janvier 2009, le Service de neuropédiatrie du Centre hospitalier B._____ a adressé un rapport à l'OAI, soulignant que l'assuré souffrait d'une « épilepsie myoclonostatique (syndrome de Doose) » accompagnée d'un « déficit d'attention majeur » et de « difficultés praxiques ». Etaient également souligné que l'assuré présentait un « discret retard du développement, avec notamment un retard au niveau du langage, ainsi que de la motricité fine », éléments au demeurant « connus dans le contexte d'une épilepsie myoclonostatique ».

Par décision du 30 avril 2009, l'assuré a été mis au bénéfice d'une allocation pour mineur impotent de degré moyen à compter du 1^{er} mars 2008.

L'OAI a en outre accordé la remise en prêt d'un vélo de thérapie aux termes de communications des 9 juillet 2009 et 14 juin 2011.

C. Par courrier de son père, daté du 19 mars 2013, l'assuré a indiqué à l'OAI que le Dr H._____ avait recommandé des séances de psychothérapie auprès du Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents. Il a sollicité la prise en charge des frais correspondants au titre de mesure médicale de l'AI.

Le Dr S._____ a communiqué un rapport médical initial à l'OAI le 3 avril 2013, mentionnant les diagnostics de « syndrome de Doose (syndrome épileptique généralisé idiopathique, G40.3) », « troubles du comportement oppositionnel avec provocation (F91.3) » et « retard mental léger (F70) ». Il s'est prononcé comme suit s'agissant de l'influence de l'état de santé sur la fréquentation de l'école à compter de 2011 :

« L'évolution de [l'assuré] sur le plan scolaire est déterminée à la fois par ses compétences cognitives, mais également de manière assez claire par des aspects émotionnels. Les enseignants relèvent un envahissement par un imaginaire riche, voire trop riche, des difficultés de concentration et un évitement dans les tâches scolaires, un besoin de présence de l'adulte quasi constant. »

S'agissant de l'anamnèse, le Dr S._____ a mis en évidence les éléments ci-dessous :

« Les parents expliquent que la maladie de Doose s'est déclarée subitement en mars 2007 par des convulsions ayant rapidement nécessité une prise en charge neuropédiatrique intensive, d'abord aux soins continus puis par une prise de médicaments et des contrôles importants et réguliers. Il a fallu plus d'un an pour trouver une médication permettant de stabiliser de manière efficace les crises. Après ces premiers mois s'est posée la question de la scolarisation de [l'assuré] qui a eu lieu d'abord à l'école enfantine de [...] pendant 2 ans. Se rendant compte qu'une scolarisation en classe normale ne serait pas possible il a été décidé de scolariser [l'assuré] à la Fondation R._____ en août 2011. En raison de difficultés persistantes il a été décidé de scolariser [l'assuré] à la Fondation G._____ depuis janvier 2013. Sur le plan scolaire, [l'assuré] montre beaucoup de difficultés à progresser, mais au-delà des difficultés dans les apprentissages, [l'assuré] a aussi des difficultés relationnelles avec ses pairs. Dans le cadre de la famille avec ses parents et frères et sœurs, les relations sont tendues également. Mme dit qu'elle n'en peut plus, qu'à la maison la situation est trop difficile. [L'assuré] n'obéit pas, crie lorsqu'on lui dit « non », fait des crises en permanence. Il peut être méchant envers

sa petite sœur de 3 ans. Il ne tolère pas la frustration, insiste toujours très longuement pour obtenir ce qu'il veut, et n'arrive pas à entendre raison. »

Il a précisé que des séances de psychothérapie individuelle d'orientation analytique avaient débuté le 12 mars 2013 pour une durée indéterminée et a notamment joint à titre de complément les rapports pédagogique et de psychomotricité de la Fondation R. _____ des 2 et 8 octobre 2012. Etaient également joints un récent rapport de consultation, établi le 13 juin 2012 par le Dr M. _____, neuropédiatre au Centre hospitalier B. _____, de même qu'un rapport d'examen neuropsychologique adressé le 9 décembre 2010 à ce spécialiste.

Ce dernier document relate, au titre de conclusions, « un retard de développement, des troubles comportementaux et dysexécutifs, des troubles spécifiques langagiers, moteurs, praxiques et gnosiques, ainsi qu'un déficit d'attention majeur ». La spécialiste en neuropsychologie en charge de l'examen, Mme V. _____, a par ailleurs souligné une « évolution cognitive particulièrement sévère » en dépit de la stabilisation de l'épilepsie. Elle a singulièrement relevé ce qui suit s'agissant des troubles du comportement :

« [...] On observe également des troubles du comportement suggestifs d'une dysfonction comportementale, caractérisée par des comportements stéréotypés, des persévérations tant verbales que graphiques (séquences graphiques alternées par ex.). Des troubles d'inhibition, de contrôle émotionnel, de flexibilité, mais également une agressivité, des pensées parfois étranges, des idées bizarres ainsi que des obsessions, sont notés. [...] »

Quant au rapport du Dr M. _____, il a observé une situation superposable à son précédent examen, soit peu évolutive en dépit d'une stabilisation de l'épilepsie, tout en préconisant l'augmentation de la médication pour atteindre la dose thérapeutique et s'avérer plus efficace sur le plan comportemental.

Sollicité pour avis, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr K._____, spécialiste en pédiatrie, s'est exprimé en ces termes le 14 juin 2013 :

« Ce patient présente un syndrome de Doose avec troubles du comportement oppositionnel, avec provocation et retard mental léger. Une psychothérapie a débuté en mars 2013. Cette psychothérapie ne peut pas être prise en charge par l'AI pour diverses raisons :

- Elle ne peut pas être prise en charge directement sous couvert du chiffre OIC 387, car la relation avec l'épilepsie est possible, mais tout sauf évidente.
- Cet enfant présente un retard mental léger et en vertu du 403.4 CMRM [réd. : Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)], la psychothérapie n'est pas considérée comme une thérapie simple et adéquate en cas de retard mental.
- On ne voit pas sous quel autre chiffre OIC admettre ce traitement.
- Une prise en charge sous couvert de l'art. 12 LAI est exclue puisque la psychothérapie vient de débuter en mars 2013. »

D. Se fondant sur cette appréciation, l'OAI a établi un projet de décision le 18 juillet 2013, refusant la prise en charge, au titre de mesures médicales, des frais afférents à la psychothérapie mise en œuvre auprès du Dr S._____. Il a exposé que ce traitement n'était pas destiné à une affection secondaire en étroite connexion avec l'épilepsie affectant l'assuré.

Par pli du 29 août 2013, le Dr M._____ s'est directement adressé à l'OAI, faisant état de ce qui suit :

« Une demande de prise en charge de psychothérapie vous avait été envoyée par le Dr S._____ à propos de [l'assuré] qui est pris en charge auprès de ce service sous le chiffre OIC 387 (épilepsie myoclonono-astatique).

Cette épilepsie myoclonono-astatique est classiquement reliée à un déficit d'attention avec hyperactivité et des troubles du comportement plus ou moins importants, éventuellement un retard mental, qui peuvent apparaître dans la phase active et au décours du syndrome. Même si cette évolution n'est pas prévisible d'un enfant à l'autre, elle est clairement associée à ce type d'épilepsie.

Dans le cas [de l'assuré], celui-ci présente d'importants troubles du comportement et un retard mental léger qui peuvent être mis sur le compte de son épilepsie. Dans ce cadre-là, la prise en charge de la psychothérapie me paraît justifiée, les troubles du comportement étant une conséquence secondaire de son épilepsie. [...] »

En date du 2 septembre 2013, les parents de l'assuré ont formellement contesté le projet de décision susmentionné en renvoyant aux données fournies notamment par le Dr S._____. Ce dernier, dans un pli à l'OAI du 17 septembre 2013, a souligné que « le lien de causalité [...] entre la problématique psychique et neurologique de [l'assuré] sembl[ait] clair », raison pour laquelle il se ralliait à la contestation de ses parents.

Aux termes d'un avis du 26 septembre 2013, le Dr K._____ du SMR s'est référé à un article du Dr Christian Korff, neuropédiatre aux Hôpitaux Universitaires de Genève, paru dans la revue médicale « Epileptologie » (en 2009, aux pp. 163 à 173) et portant le titre « Encéphalopathie épileptique : les tableaux électrocliniques de l'enfance ». Il en a cité les explications suivantes :

« **Epilepsie avec crises myocloniques et astatiques :**

L'épilepsie avec crises myocloniques et astatiques regroupe un ensemble d'entités d'étiologie différente dont le spectre de sévérité et le pronostic à long terme varient. La forme idiopathique, d'étiologie génétique probable est plus communément appelée syndrome de Doose. Ce syndrome débute entre la 1^{ère} et la 5^{ème} année de vie dans la plupart des cas. Le pronostic de cette forme, lorsqu'elle est très précisément définie, est favorable. Cependant, l'intégration du syndrome de Doose dans le groupe des encéphalopathies épileptiques peut se justifier par le fait que des épisodes de régression développementale transitoires sont fréquemment observés en cas d'exacerbation de la fréquence des crises. Ceci est notamment le cas au cours de la 1^{ère} année d'évolution, un début « explosif » est dans la règle dans cette entité. Les formes d'épilepsie avec crises myocloniques et astatiques cryptogéniques et symptomatiques, de moins bon pronostic global, sont moins bien définies et correspondent probablement à des intermédiaires entre le syndrome de Doose, le syndrome Lennox-Gastaut et d'autres formes d'encéphalopathie épileptique du jeune enfant. »

Le Dr K._____ a proposé des questions complémentaires à l'attention du Dr M._____, en date du 26 septembre 2013, à savoir :

- « 1. Confirmez-vous le diagnostic de syndrome de Doose pur, comme vous l'écrivez dans un rapport du 19.12.2012 ?
2. Pouvez-vous fournir à notre médecin-conseil des articles décrivant de tels troubles du comportement avec retard mental plusieurs années après l'apparition de crises épileptiques ? »

Le Dr M._____ a répondu à ces interrogations le 15 janvier 2014 en ces termes :

« En réponse à votre question concernant [l'assuré], je confirme qu'[il] présente un syndrome de Doose de par le début des crises, l'électro-encéphalogramme et le type de crises qu'il a présenté. Le médecin-conseil utilise le terme de « pur » qui est impropre à cette classification. Le syndrome de Doose, comme tout syndrome épileptique, est défini par un âge de survenue, un type de crises et un pattern électro-encéphalographique particulier qui était présent chez cet enfant. Il s'agit d'un syndrome qui est bien connu sur le plan sémiologique mais encore mal compris sur le plan étiologique. Une évolution non favorable sur le plan cognitif, c'est-à-dire avec des difficultés cognitives remarquables, voire même une déficience mentale, est décrite dans plusieurs articles de la littérature et je vous renvoie vers l'article suivant « Dissecting the genetic basis of myoclonic-astatic epilepsy » (Shan Tang and Deb K Pal, *Epilepsia* 1303-1313, 2012) qui met en lumière cette différence en montrant bien que les différentes études qui ont été faites ne permettent pas de distinguer clairement des facteurs prédictifs vers une évolution défavorable ou non.

Dans le cas de l'enfant présent, nous avons en tout cas pu raisonnablement exclure une malformation cérébrale ou une autre maladie neurodégénérative car le cours clinique n'y correspond absolument pas. Quant à l'évolution et le retard mental, ils ont été décrits et je renvoie encore une fois le médecin-conseil à l'article suivant : « Treatment and Long-Term Prognosis of Myoclonic-Astatic Epilepsy of Early Childhood » (*Neuropediatrics* 2002 ; 33 :122 H. Hoguni) que mon collègue le Dr Korff à Genève a certainement cité dans son article de la revue *Epileptologie*. [...] »

Le Dr M._____ a joint copie des deux articles cités à sa réponse.

Par avis du 6 février 2014, le Dr K._____ a concédé, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles du comportement oppositionnels avec provocation et le retard mental léger présentés par l'assuré étaient liés au syndrome de Doose, dont les conséquences étaient assumées sous l'égide du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. Il a cependant rappelé que « la psychothérapie n'[était] pas considérée comme une thérapie simple et adéquate (rapport investissement-gain) selon le 403.4 CMRM ». Il s'est par ailleurs enquis du résultat éventuel du « pointage neuropsychologique » préconisé par le Dr M._____ en juillet 2013.

Ce spécialiste a transmis le 10 avril 2014 un tirage du rapport d'examen neuropsychologique établi 30 octobre 2013 par Mme V._____, soulignant que ce document mettait en évidence « une déficience mentale modérée, un trouble attentionnel, un déficit en mémoire de travail ainsi qu'un profil dysexécutif [...] en présence d'un déficit moteur sévère ». La spécialiste en neuropsychologie a d'ailleurs conclu ledit rapport comme suit :

« Ce bilan d'évolution, effectué dans une phase bien stabilisée de l'épilepsie, montre malheureusement la persistance d'une faible efficacité intellectuelle qui se situe dans le registre d'un retard mental de degré modéré. Les déficits attentionnels, la dysfonction exécutive et les troubles moteurs perdurent également. A noter cependant une nette diminution de l'agitation motrice (comparé au dernier bilan de 2010). [L'assuré] entre également plus facilement dans les contraintes de l'examen et le comportement est moins stéréotypé / persévérant qu'auparavant.

Lors de la discussion des résultats (6 décembre), les parents nous ont fait part de la persistance des troubles de comportement de [l'assuré], toujours très difficiles à gérer à domicile, avec un enfant qui s'oppose, teste les limites, transgresse les règles, n'en fait qu'à sa tête. Ces troubles de comportement amènent actuellement à un épuisement maternel et exercent un fort impact sur la vie familiale. Nous avons encouragé les parents de [l'assuré] à reprendre ce point avec le Dr S._____, pédopsychiatre, afin de voir comment faire face à cette problématique et de discuter des options thérapeutiques dans ce type de situation. ...] »

Le Dr K._____ du SMR a réitéré que la psychothérapie ne pouvait « être prise en charge par l'AI en vertu du 403.4 CMRM » dans un avis _____ du 22 mai 2014.

E. Compte tenu des déterminations du SMR, l'OAI a émis un nouveau projet de décision daté du 25 juin 2014, par lequel il a derechef envisagé de refuser les mesures médicales sollicitées. Quand bien même un lien entre l'infirmité congénitale reconnue sous chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et les troubles ayant indiqué une psychothérapie pouvait être admis, la prise en charge de ce traitement devait être refusée faute de simplicité et d'adéquation conformes aux exigences posées par le chiffre 403.4 CMRM.

A l'issue d'un courrier du 9 juillet 2014, destiné à être complété, le père de l'assuré s'est formellement opposé au projet de décision précité, invoquant le soutien des Drs M._____ et S._____ dans sa démarche à l'encontre de la position de l'OAI.

L'assurance-maladie de l'assuré, Assura-Basis SA, a également manifesté son désaccord - à titre conservatoire - en date du 16 juillet 2014 avec le projet de décision du 25 juin 2014 et requis un exemplaire du dossier constitué par l'OAI.

Le 22 août 2014, l'assuré, représenté depuis lors par Intégration Handicap, Me Florence Bourqui, a complété sa précédente écriture et fait grief à l'OAI d'avoir examiné l'indication de la psychothérapie uniquement sous l'angle du chiffre 403.4 CMRM, et non pas dans le cadre du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. Alors que le lien de causalité entre le syndrome de Doose - dont les frais de traitement étaient assumés par l'OAI - et les troubles du comportement avait été expressément admis par le SMR, les coûts engendrés par l'unique traitement adéquat de ces troubles - soit la psychothérapie - devaient également être pris en charge. Il a conclu en conséquence à l'octroi de la prestation litigieuse en vertu du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

L'OAI a réceptionné un rapport du Dr M._____, daté du 18 septembre 2014, lequel a attesté de la stabilisation durable de l'épilepsie en dépit de l'évolution « vers une atteinte cognitive durable ».

Par correspondance du 19 septembre 2014, Assura-Basis SA a confirmé sa contestation du projet de décision du 25 juin 2014, estimant que le chiffre 403.4 CMRM ne pouvait trouver application en l'espèce. Rappelant que le lien de causalité adéquate qualifié entre l'affection prise en considération sous le chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et les troubles du comportement de l'assuré était reconnu, Assura-Basis SA a estimé que lesdits troubles devaient être considérés comme des affections secondaires à l'épilepsie, ce quand bien même ils n'en seraient qu'une conséquence indirecte. Elle a conclu à la prise en charge par l'AI de la

psychothérapie au titre d'affection secondaire de l'infirmité admise sous le chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et requis au surplus que l'OAI se prononce spécifiquement sur cette question.

F. L'OAI a rendu sa décision le 1^{er} octobre 2014, confirmant les termes de son projet du 25 juin 2014 et ajoutant que « du fait du retard du développement (oligophrénie), [l'assuré] ne [pouvait] pas bénéficier d'une psychothérapie (pour traiter ses troubles du comportement en lien avec l'épilepsie) suffisamment pour que ce traitement [pût] être qualifié de simple et adéquat ». Copie de cette décision a été adressée à Assura-Basis SA.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI, par correspondance du 6 octobre 2014, un nouveau rapport du Dr S._____, rédigé le 23 septembre 2014 notamment en ces termes :

« [...] . La consultation pédopsychiatrique a été demandée par les parents car au-delà des problèmes liés aux apprentissages, [l'assuré] présentait des difficultés relationnelles importantes notamment à l'école avec ses pairs, mais aussi dans le cadre de la famille avec ses parents et frères et sœurs. Dans le cadre scolaire [l'assuré] se montrait peu réceptif aux règles et aux exigences (travail, apprentissages, activités de groupe) et dans la famille il se montrait désobéissant en permanence, criant suite aux frustrations, provoquant parfois en bravant sciemment des interdits pouvant parfois même le mettre en danger. Il pouvait être méchant envers sa petite sœur de 3 ans, souffrait d'angoisses la nuit avec un sommeil très léger. Ne tolérant aucune frustration, il insistait toujours très longuement pour obtenir ce qu'il voulait, et n'arrivant pas à entendre raison, épuisait son entourage. Par exemple en voulant constamment s'habiller avec les habits de sa mère ce qui entraînait des tensions régulières.

Parallèlement aux symptômes neurologiques et cognitifs, [l'assuré] présente une symptomatologie dont la composante affective et émotionnelle est claire, raison pour laquelle j'ai proposé une psychothérapie individuelle avec rencontre régulière des parents. Actuellement l'évolution est favorable cependant les progrès sont lents. Les parents observent que [l'assuré] est plus apaisé à la maison. Il reste vif et très fréquemment provocateur. Mais l'entente avec sa sœur cadette de même qu'avec la famille s'est améliorée. Il peut mieux entendre et répondre positivement aux règles. Il se montre aussi plus motivé et moins opposant passivement vis-à-vis des apprentissages tant en famille qu'à l'école. Les angoisses nocturnes se sont atténuées et il semble prendre plus confiance en lui. Son intérêt pour les habits de sa mère reste présent, mais acceptable puisqu'il tolère un certain nombre de limites. »

Le 22 octobre 2014, l'OAI a confirmé la réception du courrier précité et de son annexe à l'assuré, précisant que ces pièces ne justifiaient à son sens pas la reconsidération de sa décision du 1^{er} octobre 2014.

G. L'assuré a déféré cette dernière à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 3 novembre 2014, concluant à son annulation et à la prise en charge par l'OAI des frais induits par la psychothérapie. Ce recours a été enregistré sous numéro de cause AI 254/14. Rappelant que l'OAI avait admis le lien de causalité adéquate qualifiée entre l'épilepsie l'affectant et ses troubles du comportement, le recourant a soutenu que la psychothérapie permettait de traiter ceux-ci de manière simple et adéquate. Il a mis en exergue les rapports convergents de ses médecins traitants à cet égard, l'OAI étant seul à s'en distancer, singulièrement sur la base de la position du SMR et d'un avis non médical, émanant de son Service juridique. Il a souligné souffrir, en sus de l'affection principale à la santé, d'un retard mental demeurant léger lequel n'entraverait pas sa réceptivité à la psychothérapie. Tandis que les bénéficiaires de ce traitement étaient exposés à satisfaction par le Dr S._____, il fallait en déduire le caractère simple et adéquat de la psychothérapie, dont les frais devaient être pris en charge par l'AI sous l'égide du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. En outre, l'appréciation du SMR fondée sur le chiffre 403.4 CMRM n'avait à son sens pas lieu d'être suivie puisque ce chiffre traitait d'une infirmité différente de celle l'affectant principalement et que la question du rapport raisonnable entre le coût de la mesure et son résultat n'avait de toute façon pas été investiguée. Il a enfin suggéré l'appel en cause de son assureur contre la maladie, également en désaccord avec la position de l'OAI.

De son côté, Assura-Basis SA a recouru contre la décision du 1^{er} octobre 2014 par acte du 6 novembre 2014, concluant à la prise en charge par l'OAI des frais afférents à la psychothérapie dispensée à l'assuré, le tout sous suite de frais et dépens. Cette procédure porte le numéro de cause AI 259/14. Après avoir souligné que l'OAI avait assumé le

traitement de l'épilepsie dont souffre l'assuré sous couvert du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et que le lien de causalité adéquate qualifié entre cette infirmité et les troubles du comportement observés avait été reconnu, Assura-Basis SA a fait grief à l'intimé d'avoir examiné la situation exclusivement à l'aune du chiffre 403.4 CMRM, lequel ne concernait pourtant pas le cas d'espèce. Elle a par ailleurs contesté l'appréciation de l'intimé selon laquelle l'assuré ne serait pas en mesure de retirer un bénéfice suffisant de la psychothérapie, motif pris de son retard de développement, ainsi que l'exclusion systématique de la prise en charge d'un tel traitement, ce même dans le cas d'une oligophrénie. Il y aurait en revanche lieu dans l'application du chiffre 403.4 CMRM d'investiguer le rapport entre l'investissement et le gain de la psychothérapie, ce à quoi l'intimé n'avait au demeurant pas procédé. Assura-Basis SA a annexé à son mémoire de recours un bordereau de pièces contenant notamment une copie de la note d'honoraires initiale, établie le 5 septembre 2014 par Dr S._____, où il apparaît que la psychothérapie a débuté le 5 février 2013 pour un coût total ascendant à 3'836 fr. 40 jusqu'au 25 juin 2013.

L'intimé a produit ses réponses aux deux recours ci-dessus en date des 6 janvier 2015 s'agissant de la procédure AI 254/14 et 8 janvier 2015 dans la procédure AI 259/14, concluant à leur rejet et à la confirmation de sa décision du 1^{er} octobre 2014. Il a concédé, aux termes de ses deux écritures, que le chiffre 403.4 CMRM ne s'appliquait pas directement en l'occurrence, précisant toutefois que ce chiffre devait « être érigé en principe pour trancher du caractère simple et adéquat d'une psychothérapie ». Il a considéré qu'un enfant doté de faibles capacités intellectuelles, tel que le recourant, ne pouvait collaborer à la démarche psychothérapeutique dans une mesure qui permettrait de qualifier un tel traitement de simple et adéquat. Compte tenu de la lenteur des progrès de l'assuré, ces qualificatifs devaient ainsi être niés en lien avec la psychothérapie conduite par le Dr S._____. Au surplus, l'OAI s'en est remis à l'appréciation de la Cour de céans s'agissant de l'examen du rapport entre le coût de la mesure et le bénéfice retiré.

Par ordonnance du 12 janvier 2015, le juge instructeur a signalé aux parties que les deux causes seraient traitées en parallèle. A cette occasion et par la suite, il leur a donné la possibilité de prendre connaissance et de se déterminer sur les écritures déposées dans chacune des procédures.

L'assuré a répliqué le 9 février 2015 et relevé que la détermination de l'intimé eu égard au principe général que constituerait le chiffre 403.4 CMRM en matière de psychothérapie était à son sens une pure interprétation ne ressortant ni de la loi, ni des directives administratives. Il a souligné que l'OIC posait un premier cadre réglementaire précis pour la prise en charge des frais occasionnés par chacune des infirmités congénitales énumérées, tandis qu'un second cadre constitué par la circulaire de l'OFAS, la CMRM, venait encore restreindre les interprétations possibles de l'OIC. Il n'était à son sens pas admissible que l'intimé procédât d'une interprétation extensive des règles de la CMRM, ce sans investiguer l'intégralité des éléments pertinents pour le cas concret. Le recourant a exposé qu'à son avis les seules restrictions admissibles étaient celles définies à l'art. 2 al. 3 OIC, soit une indication du traitement au regard de la science médicale, ainsi que les conditions de simplicité et d'adéquation dudit traitement. Il a considéré que l'ensemble des conditions posées par cette disposition étaient réunies dans son cas et maintenu ses précédentes conclusions.

Par réplique du 10 février 2015, Assura-Basis SA a également réitéré ses conclusions initiales, considérant que seul l'art. 2 al. 3 OIC pouvait trouver application en l'occurrence en l'absence d'infirmité congénitale reconnue sous l'angle du chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, mais bien au titre du chiffre 387 de ladite annexe. Vu l'évolution favorable de la situation par le biais de la psychothérapie litigieuse, attestée médicalement, la simplicité et l'adéquation de ce traitement ne pouvaient être mises en doute en l'état du dossier.

Le 2 mars 2015, l'OAI a dupliqué dans les deux procédures AI 254/14 et AI 259/14, reprenant la teneur de ses précédentes écritures et concluant derechef au rejet des recours.

Aux termes de leurs plis respectifs des 18 mars 2015 et 24 mars 2015, Assura-Basis SA et l'assuré ont indiqué ne pas avoir de remarques complémentaires à formuler et persisté dans leurs conclusions.

E n d r o i t :

1.

1.1 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

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

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

1.3 Les recours de l'assuré et d'Assura-Basis SA ont tous deux été formés en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'ils sont recevables.

L'on ajoutera que le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. D'après l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose alors des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également à cet égard : art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

En l'espèce, en sa qualité d'assurance-maladie susceptible d'être amenée à assumer les frais de la mesure litigieuse à titre subsidiaire (cf. art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] et art. 64 LPGA), Assura-Basis SA a indubitablement la qualité pour recourir contre la décision de refus de mesures médicales rendue par l'OAI le 1^{er} octobre 2014.

1.4 En outre, l'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune.

Dans la mesure où les recours interjetés respectivement par l'assuré le 4 novembre 2014 (enregistré sous le numéro de cause AI 254/14) et par Assura-Basis SA le 6 novembre 2014 (portant numéro de cause AI 259/14) sont tous deux dirigés contre la décision de l'OAI du 1^{er} octobre 2014, ils se rapportent à une situation de faits identique et à une cause juridique commune, tandis qu'ils formulent des conclusions similaires. Il convient dès lors de joindre les causes AI 254/14 et 259/14 et de se prononcer sur les deux recours concernés à l'issue du présent arrêt.

2. Est litigieuse in casu la prise en charge des frais afférents au traitement des troubles du comportement affectant le recourant, soit à la psychothérapie dispensée dès le 5 février 2013 par le Dr S._____.

Il est en revanche incontesté que l'assuré présente une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, soit « une épilepsie myoclonono-astatique » congénitale, correspondant au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. L'intimé a d'ailleurs octroyé diverses prestations à ce titre, singulièrement des mesures médicales destinées à traiter tant l'épilepsie que des affections secondaires à celle-ci. Ainsi, par exemple, l'OAI a-t-il décidé de financer les coûts de la médication de Strattera® destinée au traitement de l'hyperactivité observée auprès de l'assuré, ainsi que l'a relevé Assura-Basis SA aux termes de son mémoire de recours du 6 novembre 2014. Cela étant, l'intimé a refusé d'assumer le coût de la psychothérapie mise en œuvre dès le 5 février 2013 auprès du Dr S._____, en se référant au chiffre 403.4 CMRM.

En premier lieu, il s'agira de se prononcer sur l'applicabilité au cas d'espèce des règles administratives corrélées au chiffre 403 de

l'annexe à l'OIC, traitant de l'oligophrénie, en sus de celles liées au chiffre 387 de ladite annexe.

Il conviendra dans ce contexte de déterminer si - comme le soutient l'office intimé - le chiffre 403.4 CMRM serait doté d'une portée générale eu égard à la prise en charge des coûts d'une psychothérapie. Selon l'OAI, ce chiffre fixerait valablement le principe du défaut de simplicité et d'adéquation d'un tel traitement dans les cas où un assuré présenterait un retard mental en sus d'une infirmité congénitale correspondant à un chiffre de l'annexe à l'OIC, mais qui ne ressortirait pas nécessairement au chiffre 403 de cette annexe.

Il s'imposera en second lieu d'examiner si la mesure de psychothérapie entamée le 5 février 2013 remplit les conditions posées par l'art. 2 al. 3 OIC et cas échéant, s'il incombe à l'intimé ou à Assura-Basis SA d'en assumer les coûts. A cet égard, tant le recourant que Assura-Basis SA considèrent la psychothérapie dispensée à l'assuré comme une mesure simple et adéquate laquelle aurait au demeurant déjà porté ses fruits dans le traitement des troubles du comportement observés. Quant à l'OAI, il estime que le retard mental - quand bien même léger - affectant le recourant ne lui permet pas de bénéficier pleinement d'une mesure psychothérapeutique, de sorte que ce traitement ne serait ni simple, ni adéquat. S'agissant du rapport entre le coût de la psychothérapie et le bénéfice retiré, l'intimé s'en est remis à l'appréciation de la Cour de céans.

3. A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

3.1 Conformément à l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

L'existence de l'art. 13 LAI s'explique historiquement par le fait que, lors de l'entrée en vigueur de la LAI (en 1960), il n'y avait pas encore d'assurance-maladie obligatoire. Depuis 1996, l'assurance-maladie obligatoire prend également en charge les conséquences financières des infirmités congénitales, toutefois de manière subsidiaire par rapport à l'AI (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 395/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2, in : SVR 2003 IV n° 12 p. 35).

3.2 Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC.

Aux termes de cette ordonnance, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1, première phrase, OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC).

En prenant en charge le traitement des infirmités congénitales des assurés âgés de moins de 20 ans révolus, l'AI encourage et finance dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – de handicaps qui seront susceptibles d'entraver les assurés à l'âge adulte. On notera en particulier que le traitement de l'affection en tant que telle est compris dans le cadre l'art. 13 LAI ; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc).

Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexée, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2,

deuxième phrase, OIC ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416).

3.3 Selon la jurisprudence, la liste de l'annexe de l'OIC se fonde sur un critère fonctionnel ; sa systématique permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. Pour des affections polysymptomatiques, le traitement d'une pluralité de troubles est à la charge de l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC (TF 9C_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ; TFA I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5a).

Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien de causalité adéquate qualifié (ATF 129 V 207 consid. 3.3).

Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable (ATFA 1962 p. 48 consid. 1).

Il n'est cependant pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse elle-même les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale spécifique ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence

de la causalité adéquate (VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 75 consid. 3b ; ATF 100 V 41 consid. 1 ; TFA I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b et les références ; cf. également Valterio, op.cit., n° 1552 p. 420).

Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate (TF 8C_80/2010 du 15 juin 2010 consid. 2.2 et jurisprudence citée ; cf. également Valterio, op. cit., ibidem).

Dans tous les cas, la reconnaissance du lien de causalité doit être soumise à une appréciation restrictive du fait précisément que l'art. 13 LAI limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale comme telle (VSI 1998 p. 252 consid. 2a).

3.4 S'agissant de l'étendue des mesures, l'art. 14 LAI prévoit que les mesures médicales comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (al. 1 let. a), ainsi que les médicaments ordonnés par le médecin (al. 1 let. b).

3.5 En outre, 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).

Une méthode de traitement est considérée comme éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire réputée scientifiquement reconnue, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif à cet égard réside dans le résultat des expériences et dans le succès d'une thérapie déterminée (ATF 123 V 58 consid. 2b/aa et les références ; TFA I 462/01 du 4 juillet 2002 consid. 2a).

Le seul fait qu'une mesure médicale ne supprime pas ou ne stabilise pas durablement les symptômes d'une maladie, mais en retarde uniquement l'aggravation ou en atténue temporairement les effets ne permet pas d'exclure d'emblée ni son caractère scientifiquement reconnu, ni son caractère simple et adéquat (TF 9C_197/2013 du 20 juin 2013 consid. 6.3.3 ; TFA 462/01 du 4 juillet 2002 consid. 2b).

4. L'obligation de l'AI de verser des prestations pour les infirmités congénitales et la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la CMRM (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2014), édictée par l'OFAS.

Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que l'administration ne rende des décisions viciées qu'il faudra ensuite annuler ou révoquer, et d'établir des critères généraux d'après lesquels sera 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. Les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative. Selon la jurisprudence, 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 celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce, voire qu'elles présentent la jurisprudence de la Haute Cour en vigueur. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (cf. ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 132 V 200 consid. 5.1.2 ; 131 V 42

consid. 2.3 ; 129 V 200 consid. 3.2 ; 127 V 57 consid. 3a ; 126 V 64 consid. 4b et références citées).

En tant qu'aides interprétatives, les instructions ne constituent pas un fondement pour poser des exigences matérielles limitatives supplémentaires (ATF 126 V 421 consid. 5a ; 109 V 166 consid. 3b).

5. S'agissant plus précisément des chiffres de l'annexe à l'OIC intéressant le cas d'espèce, ont été examinés et pris en considération par l'intimé les chiffres 387 et 403 de cette annexe.

5.1 Le chiffre 387 de l'annexe à l'OIC a trait aux « épilepsies congénitales », précisant que « les formes ne nécessitant pas une thérapie anti-convulsive ou seulement lors d'une crise sont exclues ».

Le chiffre 387.5 CMRM vient souligner qu'entrent en ligne de compte comme symptômes psycho-pathologiques (équivalents) en lien avec ces pathologies : les troubles de la parole et du langage, la difficulté d'écrire et d'apprendre et les troubles du comportement. Comme de telles particularités psychiques peuvent avoir des significations très variées et d'autres origines, la confirmation par des altérations épileptiques manifestes sur l'EEG [réd. : électro-encéphalogramme] pendant la phase d'accès et dans l'intervalle est indispensable (plusieurs complexes manifestes de pointes-ondes se détachant clairement de l'activité de base).

5.2 Quant au chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, il se rapporte à une « oligophrénie congénitale », mais « seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique ».

En vertu du chiffre 403.3 CMRM, il y a aussi oligophrénie congénitale lorsqu'elle ne représente qu'un symptôme accessoire d'une infirmité congénitale pour laquelle aucun traitement ne peut être envisagé

et qui ne figure de ce fait pas dans la liste des infirmités congénitales (par ex. la trisomie 21).

D'après le chiffre 403.4 CMRM, seuls sont pris en charge par l'AI les traitements médicaux reconnus comme étant simples et adéquats, qui visent à traiter de manière spécifique et exclusive le comportement apathique ou éréthique. Leur classement sous le ch. 404 OIC n'est pas admissible. En règle générale, pour les cas d'oligophrénie, la psychothérapie n'est pas considérée comme une thérapie simple et adéquate (rapport investissement-gain).

5.3 Relativement aux mesures de psychothérapie, la CMRM préconise plus généralement à son chiffre 1045 que l'AI prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale. Il est par ailleurs renvoyé au chiffre 11 CMRM, lequel souligne la prise en charge par l'AI des traitements des manifestations pathologiques secondaires en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale principale, conformément à la jurisprudence citée supra sous considérant 3.3.

6.

6.1 In casu, ainsi qu'il a été relevé plus haut sous considérant 2, il ne fait pas de doute que le recourant est atteint d'une épilepsie entrant dans le champ d'application du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

Ce constat ressort manifestement des observations cliniques et de l'ensemble des avis communiqués par les spécialistes traitants de l'assuré, auxquels le Dr K. _____ du SMR s'est d'ailleurs rallié (cf. notamment _____ rapports _____ des Drs H. _____ du 22 avril 2008 et M. _____ du 13 juin 2012, ainsi que de Mme V. _____ du 9 décembre 2010).

6.2 Il a également été relaté que l'épilepsie induisait auprès du recourant « un retard de développement, des troubles comportementaux et dysexécutifs, des troubles spécifiques langagiers, moteurs, praxiques et gnosiques, ainsi qu'un déficit d'attention majeure » (cf. rapport de Mme V._____ du 9 décembre 2010).

Ces conséquences de l'épilepsie ont engendré des suivis spécialisés et traitements spécifiques dont l'OAI a légitimement décidé d'assumer les coûts sous l'angle du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC (cf. p. ex. communications d'octroi de l'ergothérapie ambulatoire des 19 février 2009, 14 décembre 2010 et 2 octobre 2012).

Dans ce contexte, les spécialistes en charge du cas du recourant n'ont aucunement envisagé le diagnostic particulier faisant l'objet du chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, soit l'oligophrénie congénitale, pour distinguer le retard mental léger observé auprès de l'assuré de l'atteinte principale à sa santé constituée par l'épilepsie.

Au demeurant, ainsi que le retient de toute façon le chiffre 403.3 CMRM, l'oligophrénie est prise en compte en tant que telle, sous l'angle du chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, dans la mesure où il s'agit d'un symptôme accessoire à une infirmité ne figurant pas dans la liste annexée à l'OIC. Tel n'est pas le cas en l'occurrence puisque la pathologie dont souffre l'assuré ressort au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

En outre, s'agissant spécifiquement des troubles du comportement observés auprès du recourant, les échanges entre le Dr M._____, qui a d'ailleurs renvoyé à la doctrine pertinente (cf. son courrier du 15 janvier 2014), et le Dr K._____ du SMR ont convaincu ce dernier que ces troubles constituaient une atteinte à la santé « secondaire » à l'épilepsie l'affectant à titre principal, au sens entendu par la jurisprudence citée plus haut sous considérant 3.3. Les réponses du Dr M._____ du 15 janvier 2014 à l'attention du SMR sont sans équivoque à cet égard, de même d'ailleurs

que le constat précédemment communiqué par le Dr S. _____ le 17 septembre 2013 et les observations consignées par Mme V. _____ dans son rapport d'examen neuropsychologique du 30 octobre 2013.

Par ailleurs, de tels troubles sont expressément énumérés comme symptômes psycho-pathologiques possibles de l'épilepsie au chiffre 387.5 CMRM.

Il s'ensuit que le SMR, respectivement l'OAI, ont admis à bon droit que les troubles du comportement relevés auprès de l'assuré devaient être considérés comme des affections secondaires à l'épilepsie ressortant au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et confirmé le lien de causalité adéquate qualifié entre ces troubles et l'atteinte principale à la santé.

Vu les éléments qui précèdent, l'on ne voit pas que le chiffre 403 de l'annexe à l'OIC puisse trouver application dans le cas d'espèce, puisque la totalité des problèmes de santé évoqués auprès du recourant, y inclus les troubles du comportement, résulte de son épilepsie. Les frais afférents à leur traitement doivent ainsi être pris en charge sous couvert du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

7. Il convient à ce stade de déterminer si le chiffre 403.4 CMRM a lieu d'être considéré comme une disposition administrative de principe en matière de prise en charge des frais de psychothérapie.

A l'instar du recourant et de Assura-Basis SA, l'on ne voit pas que le texte de l'OIC ait envisagé une réglementation particulière pour la prise en charge des traitements de psychothérapie dispensés en lien avec des infirmités congénitales répertoriées à son annexe. A cet égard, l'art. 2 al. 3 OIC impose exclusivement le respect de deux conditions, soit l'indication d'un traitement en vertu de la science médicale et son caractère simple et adéquat en vue d'atteindre son but thérapeutique.

Quoi qu'en dise l'intimé, l'absence de restrictions légales ou réglementaires claires quant à la prise en charge d'un traitement de psychothérapie, en présence d'un retard mental corrélé à une infirmité répertoriée dans l'annexe à l'OIC, permet bien davantage de considérer que le chiffre 403.4 CMRM instaure, non pas un principe, mais une situation exceptionnelle en cas d'oligophrénie associée à une infirmité non répertoriée.

Cette conclusion s'impose au demeurant à la lecture du chiffre 1045 CMRM puisqu'il y est précisé que l'AI prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale. Il est en outre expressément renvoyé au chiffre 11 CMRM qui rappelle la prise en charge par l'AI des traitements des manifestations pathologiques secondaires en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale principale.

Le cas du recourant ressort d'ailleurs manifestement de cette règle administrative du fait de la reconnaissance de l'infirmité congénitale répertoriée sous chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et de ses troubles du comportement en tant qu'atteintes à la santé secondaires à cette affection principale, au sens d'ailleurs également du chiffre 387.5 CMRM.

8. Reste à déterminer si la psychothérapie dispensée en faveur du recourant depuis février 2013 remplit les exigences générales pour justifier sa prise en charge par l'AI, telles qu'imposées par l'art. 2 al. 3 OIC.

8.1 Il convient de rappeler dans ce contexte que l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du

degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Par ailleurs, un rapport médical émanant du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) qui a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous

forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2011 consid. 4.1).

8.2 En l'occurrence, l'indication de la psychothérapie au regard de la science médicale n'a manifestement pas lieu d'être mise en doute dans le cas de troubles du comportement.

Les parties n'ont dès lors pas discuté cet aspect, tandis qu'il ne se justifie pas d'y revenir, le premier critère fixé par l'art. 2 al. 3 OIC étant à l'évidence rempli dans le cas particulier.

8.2 Quant au caractère simple et adéquat du traitement de psychothérapie litigieux, l'on relèvera à cet égard que les documents versés au dossier de l'assuré permettent de conclure que ce traitement lui était recommandé et lui a été bénéfique.

La spécialiste en neuropsychologie, Mme V._____, a en effet expressément préconisé de discuter des options thérapeutiques des troubles du comportement avec le pédopsychiatre (cf. rapport du 30 octobre 2013), tandis que le Dr M._____ a conseillé un tel suivi dans sa correspondance à l'OAI du 29 août 2013.

Le Dr S._____ s'est pour sa part largement exprimé sur les effets bénéfiques de la psychothérapie en lien avec le comportement du recourant, relatant ses progrès par le détail (cf. à cet égard rapports des 3 avril 2013 et 23 septembre 2014). Ses explications, communiquées notamment au terme de plus d'une année de traitement, précisent les problématiques comportementales objectivées auprès du recourant et leur évolution au fil du traitement, tout en faisant état des éléments d'anamnèse pertinents et des plaintes subjectives manifestées par l'entourage de l'assuré. Elles apparaissent globalement suffisamment étayées et convaincantes pour justifier que les rapports de ce spécialiste se voient conférer pleine valeur probante.

A l'inverse, les déterminations du Dr K. _____ ne remettent pas sérieusement en cause l'adéquation de la psychothérapie concernée, ce dernier s'étant limité pour l'essentiel à étudier le cas dans le cadre de la limitation contenue au chiffre 403.4 CMRM.

8.3 Il faut en définitive déduire de ce qui précède, à l'instar des recourants, que la psychothérapie dispensée en faveur de l'assuré sous l'égide _____ du Dr S. _____ depuis février 2013 remplit les critères fixés par l'art. 2 al. 3 OIC et que les frais corrélatifs doivent être pris en charge par l'AI à l'aune du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

9. Indépendamment de ces éléments, même si par impossible la restriction imposée par le chiffre 403.4 CMRM devait être appliquée au cas d'espèce, l'on ne parviendrait pas à une autre conclusion. Ce chiffre n'exclut pas catégoriquement la prise en charge de la psychothérapie, mais uniquement en règle générale, sans que l'intimé ne se soit prononcé à ce sujet.

Il s'agirait ainsi de constater qu'en sus de la réceptivité du recourant aux mesures de psychothérapie, le coût de ce traitement s'avère de toute façon proportionné aux bénéfices observés.

En effet, le Dr S. _____ a fait parvenir à Assura-Basis SA une facture initiale d'un montant de 3'836 fr. 40 pour environ 6 mois de traitement, ce qui semble justifié pour le suivi intensif assumé dans cet intervalle. Le recourant a par ailleurs retiré après un an et demi de traitement des effets bénéfiques en termes de qualité du sommeil et d'interactions avec ses pairs et les membres de sa famille. Etant donné que de tels effets peuvent se répercuter favorablement dans les acquisitions scolaires et les relations sociales, l'on ne saurait qualifier d'excessif un coût d'environ 8'000 francs par année au titre de la psychothérapie.

10. Il résulte de ce qui précède que les recours déposés pour le compte de l'assuré et par Assura-Basis SA doivent être admis et la décision de l'OAI du 1^{er} octobre 2014 réformée en ce sens que l'assuré a droit à la prise en charge de la psychothérapie entamée le 5 février 2013 auprès du Dr S. _____ sous l'angle de l'art. 13 LAI, singulièrement du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

10.1 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé sont arrêtés à 500 francs.

10.2 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés in casu à 1'800 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

Quoique Assura-Basis SA obtienne également gain de cause, elle ne saurait en revanche prétendre des dépens de la part de l'intimé, dans la mesure où en sa qualité d'assureur social, elle dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

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

- I. Les causes AI 254/14 et AI 259/14 sont jointes.

- II. Les recours interjetés pour le compte de A.C._____ et par Assura-Basis SA sont admis.

- III. La décision rendue le 1^{er} octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que A.C._____ a droit à la prise en charge des coûts de la psychothérapie sous couvert de l'art. 13 LAI, singulièrement du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens en faveur de A.C._____.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Intégration Handicap, Me Florence Bourqui, à Lausanne (pour A.C._____),
- Assura-Basis SA, à Le Mont-sur-Lausanne,

- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :