

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 septembre 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Métral et Mme Brélaz Brillard, juges  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par sa mère, **C.B.** \_\_\_\_\_,

et

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

---

**Art. 3 al. 2 LPGA ; art. 12 et 13 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français né le [...] 2005, est entré en Suisse en mars 2010 avec ses parents, C.B.\_\_\_\_\_ et D.B.\_\_\_\_\_.

Représenté par sa mère, il a formulé une demande de mesures médicales auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

(ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 26 avril 2016, motif pris de troubles envahissants du développement et d'un déficit d'attention.

Le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 17 septembre 2016. Il a diagnostiqué un « trouble envahissant du développement - non spécifié (F84.9) » tombant sous le coup du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21). Il a précisé que l'assuré connaissait des problèmes sur les plans académique et social à l'école, malgré un soutien spécialisé. Il présentait des difficultés d'accès social, un comportement oppositionnel, des problèmes relationnels dans la fratrie, des problèmes de concentration, d'organisation du travail et de gestion des émotions. Une psychothérapie avait été instaurée depuis septembre 2015 et un traitement médicamenteux depuis mars 2016.

Par rapport du 11 octobre 2016, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a fait état du diagnostic de « troubles envahissants du développement (F84.8) » depuis 2011, sous chiffre 406 de l'annexe à l'OIC, affectant le comportement de l'assuré et entraînant des difficultés de concentration. Elle mentionnait une « relation inadéquate avec l'adulte (soit trop proche, soit absent), [des] affects inadéquats, logorrhée, confusion idéatoire, fuite des idées ». L'assuré présentait des troubles majeurs de la pensée et du comportement, ainsi que des difficultés relationnelles très importantes.

Les mêmes symptômes avaient été observés préalablement en France à l'âge de trois ans et à l'arrivée en Suisse de l'assuré. Ces troubles étaient apparus précocement sur le plan du comportement selon l'anamnèse, accompagnés d'une angoisse majeure. Était notamment annexé le rapport d'un bilan cognitif du 15 juin 2012, lequel a fait état des éléments suivants :

« [...]

Au WISC-IV, B.B. \_\_\_\_\_ obtient un QI global de 99, le situant dans la norme par rapport au groupe des enfants de son âge. [...]

### **Indice de compréhension verbale**

[...]

C'est l'indice à l'intérieur duquel B.B. \_\_\_\_\_ a montré le plus de difficultés et où j'ai dû énormément cadrer, soutenir B.B. \_\_\_\_\_ afin d'éviter qu'il dérive dans des histoires hors contexte et n'ayant plus aucun rapport avec la question posée.

De façon globale, et ceci pour tous les items, l'aspect associatif des réponses prend le dessus de l'aspect logique et rationnel. [...]

[Les exemples] mettent en lumière, chez B.B. \_\_\_\_\_, **d'important troubles de la pensée, des processus de symbolisation extrêmement fragiles, vite envahis par les processus primaires, par une angoisse importante, déstructurant beaucoup le moi et la capacité d'abstraction, d'élaboration, de conceptualisation.**

### **Indice de raisonnement perceptif**

J'ai senti globalement B.B. \_\_\_\_\_ bien plus à l'aise dans les items de cette échelle, l'aspect figuratif et concret de ces items l'a énormément contenu et rassuré. Il a pu fonctionner de façon bien plus adéquate et de manière plus performante.[...]

**Lorsque j'ai constaté l'immense écart de fonctionnement entre ce que B.B. \_\_\_\_\_ a pu montrer à cet item et comment il fonctionnait lors des items verbaux, j'ai réalisé les immenses efforts qu'il devait certainement faire parfois pour éviter un envahissement important de son moi et ses ressources... [...]**

**Les matrices viennent encore confirmer cela, montrant que lorsque B.B. \_\_\_\_\_ peut bénéficier tant d'un contexte relationnel privilégié, rassurant, stable, contenant que d'un support pour réfléchir, il peut utiliser pleinement ses ressources et être performant. [...]**

### **Indice de mémoire de travail**

[...] Cet indice, à lui seul, met en lumière l'immense disharmonie décrite plus haut entre le fonctionnement de B.B. \_\_\_\_\_ aux deux indices verbal et perceptif (**disharmonie existant bel et bien, mais que les résultats chiffrés globaux effacent et occultent. Ils doivent donc être pris avec une infinie prudence, car non révélateurs des difficultés réelles de B.B. \_\_\_\_\_**). [...]

## Indice de vitesse de traitement

Disharmonie dans cet indice, comme au précédent, venant bien mettre en lumière combien la qualité du travail intellectuel chez B.B.\_\_\_\_\_ est fonction du **taux d'angoisse et d'envahissement interne** dans lequel il se trouve au moment d'effectuer la tâche. [...] Les difficultés ressorties ici, ainsi qu'à mémoire de travail, ne m'apparaissent **en aucun cas refléter des troubles attentionnels. Ils me semblent être de puissants révélateurs de troubles plus globaux et envahissants, empêchant B.B.\_\_\_\_\_ d'utiliser son potentiel et ses ressources de façon stable, régulière et performante.**

## Conclusion

Ce test met en évidence que B.B.\_\_\_\_\_ possède un potentiel intellectuel dans la norme par rapport au groupe des enfants de son âge.

Une analyse plus fine met en évidence chez B.B.\_\_\_\_\_ des difficultés accrues dans le domaine verbal, lorsqu'il doit réfléchir tout en canalisant son monde interne sans aucun support concret. Il est vite envahi, sa pensée se déstructure, il perd pied avec la réalité et produit des réponses confabulées, associatives sans plus aucun lien avec la question posée. Dans ces moments, seule une relation privilégiée à l'adulte, un cadre extrêmement proche, contenant et stable permet à B.B.\_\_\_\_\_ de ne pas abandonner le travail cognitif. J'insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas de comprendre les difficultés ressorties comme un trouble instrumental et/ou attentionnel quelconque.

Elles m'apparaissent clairement refléter chez B.B.\_\_\_\_\_ des troubles plus globaux, psycho-affectifs, ayant à voir avec la construction et la solidité de ses processus de pensée et de symbolisation, son identité globale, sa construction moïque, sa capacité à différencier fantasme et réalité. »

La Dre J.\_\_\_\_\_ a également joint un rapport rédigé par ses soins le 8 février 2013 à l'attention de l'assurance-maladie de l'assuré, F.\_\_\_\_\_. Cette spécialiste retenait le diagnostic de « troubles envahissants du développement (F84.8) » à compter de sa prise en charge en août 2011. Un traitement psychiatrique intégré avait été mis en place dès la rentrée scolaire 2012.

En date du 19 janvier 2018, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, a établi son rapport à l'OAI indiquant que l'assuré souffrait d'un « trouble envahissant du développement - non spécifié (F84.9) » diagnostiqué en juillet 2014 à la consultation du Cabinet M.\_\_\_\_\_. Elle s'est référée au chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, exposant que l'assuré présentait des troubles du

comportement (affects dépressifs et difficultés relationnelles), des pulsions (impulsivité et frustrations), de la perception (notamment visuelle et tactile), ainsi que de concentration et d'attention. Un suivi psychiatrique et un soutien scolaire avaient été mis en place. Elle a complété le questionnaire spécifique au syndrome d'hyperactivité chez l'enfant notamment en ces termes :

« [...] 2. Comment se manifestent les troubles ?

2.1 du comportement ? B.B. \_\_\_\_\_ est triste avec des affects dépressifs, il a une très pauvre estime de lui-même. Ceci provoque des crises importantes à la maison. A l'école, les relations avec les autres sont difficiles et B.B. \_\_\_\_\_ est également souvent en opposition.

2.2 des pulsions ? B.B. \_\_\_\_\_ a une impulsivité. Il a des frustrations importantes qu'il exprime par le comportement car il n'arrive pas encore à les exprimer autrement.

2.3 de la perception ? B.B. \_\_\_\_\_ a des difficultés au niveau de la perception visuelle, à la figure complexe de Rey, le trait est soigné, mais la structure d'ensemble n'est pas présente et la figure souffre alors de nombreuses imprécisions. Le stockage et la récupération en mémoire semblent bons, cependant le manque de structure à la base fait que les éléments mémorisés sont reproduits individuellement sans mémoire visio-spatiale. Il a également des difficultés grapho-motrices. B.B. \_\_\_\_\_ a une hypersensibilité tactile.

2.4 de la concentration ? B.B. \_\_\_\_\_ se disperse en classe, il perd le fil et n'intègre pas les consignes. Il a besoin que l'adulte le remette à la tâche.

2.5 de la faculté d'attention ? B.B. \_\_\_\_\_ peine à mobiliser son attention. Pour ce qui est de l'échelle de vitesse de traitement, les scores sont inférieurs à la norme. [...] »

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume de la Dre K. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédopsychiatrie, a relevé le 1<sup>er</sup> mars 2018 que l'assuré présentait « des symptômes clairs d'un trouble envahissant du développement, objectivés à l'âge de 6 ans et 3 mois ». Les conditions posées par les chiffres 404 et 406 de l'annexe à l'OIC n'étaient cependant pas remplies. En particulier, sous l'angle du chiffre 404 précité, le diagnostic n'avait été posé qu'à l'âge de 9 ans et 2 mois. Les traitements dispensés à l'assuré ne pouvaient pas non plus être pris en considération au titre de mesures médicales de réadaptation puisqu'ils visaient le traitement de l'affection comme telle.

Par projet de décision du 16 mars 2018, l'OAI a fait part de ses intentions de nier le droit de l'assuré à des mesures médicales.

**B.** C.B.\_\_\_\_\_, représentant l'assuré, a manifesté son désaccord avec le projet précité par correspondance du 12 avril 2018 concluant à la prise en charge des traitements dispensés à son fils sous l'angle des chiffres 404 et 406 de l'annexe à l'OIC, subsidiairement au titre de mesures médicales de réadaptation.

Le 17 avril 2018, F.\_\_\_\_\_ a également contesté le projet de décision du 16 mars 2018, relevant que l'assuré avait fait l'objet de traitements psychothérapeutiques dès son entrée en Suisse. Le cas devait à son avis être pris en charge par le biais du chiffre 406 de l'annexe à l'OIC.

Sur sollicitation de l'OAI, la Dre J.\_\_\_\_\_ a précisé les éléments suivants par courrier du 27 août 2018 :

« [...] Les consultations [...] n'ont commencé qu'en août 2011. Auparavant, il avait consulté en France puis au SPEA (réd. : Service de psychiatrie pour enfants et adolescents) à [...].

Mes observations ne peuvent donc correspondre qu'à la période qui couvre les 6 ans de cet enfant, qui avait d'ailleurs commencé l'école.

Les éléments anamnestiques, ainsi que je vous l'ai transmis dans mon précédent rapport, décrivent une relation symbiotique, des difficultés alimentaires lors du passage à l'alimentation solide, des fortes tendances à la régression et surtout des difficultés de séparation importantes.

Cliniquement, j'ai relevé des troubles de la pensée, une agitation psychomotrice très importante, une fuite des idées, des affects inadéquats, une forte tendance à se centrer exclusivement sur soi, une inadéquation dans la relation à autrui, des confusions massives. Je ne peux rien ajouter qui ne figure déjà dans mon précédent rapport. [...] »

Le SPEA [...] a pour sa part indiqué à l'OAI, par pli du 25 septembre 2018, ne plus suivre l'assuré depuis le 21 mars 2011, ce dernier s'étant rendu à deux consultations, la première en date du 16 mars 2011.

Par avis du 18 octobre 2018, la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie au SMR, a relevé que la première consultation de l'assuré auprès du SPEA avait eu lieu le 16 mars 2011, soit postérieurement à ses cinq ans

révolus. Les critères pour admettre le droit à des mesures médicales sous l'angle du chiffre 406 de l'annexe à l'OIC n'étaient donc pas réunis en l'état du dossier.

L'OAI a dès lors établi sa décision le 30 octobre 2018, niant le droit de l'assuré à des mesures médicales sous les chiffres 404 et 406 de l'annexe à l'OIC, ainsi qu'au titre de mesures médicales de réadaptation.

**C.** B.B.\_\_\_\_\_, représenté par sa mère, C.B.\_\_\_\_\_, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 5 décembre 2018, concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit à des mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il a rappelé la difficulté à poser avec certitude des diagnostics durant la petite enfance et le soutien tant médicalisé que scolaire rendu nécessaire de longue date du fait d'une infirmité congénitale. Il a également relevé qu'à son sens la date à laquelle le diagnostic pouvait être posé demeurerait sans incidence sur le droit aux prestations d'assurance.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 15 janvier 2019 et a proposé son rejet, en se référant pour l'essentiel aux avis rendus par le SMR dans le cas particulier.

Par réplique du 5 février 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'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 LPGGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGGA (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 LPGGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGGA, 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 LPGGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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).

**c)** In casu, le recours formé le 5 décembre 2018 contre la décision de l'intimé du 30 octobre 2018 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGGA, ont été par ailleurs respectées, de sorte que le recours est recevable.

**2.** Est litigieux en l'occurrence le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à la prise en charge de mesures médicales.

**3.** Les mesures médicales de l'assurance-invalidité sont prévues aux art. 12 LAI (mesures médicales de réadaptation) et 13 LAI (mesures médicales destinées au traitement d'infirmités congénitales).

**a)** A teneur de l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable. Selon l'al. 2 de cette disposition, le Conseil fédéral est autorisé à délimiter les mesures prévues à l'al. 1 par rapport à celles qui relèvent du traitement de l'affection comme telle. A cet effet, il peut notamment préciser la nature et l'étendue des mesures incombant à l'assurance et régler la naissance et la durée du droit aux prestations.

L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 81 consid. 1 ; 102 V 41 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en

attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art. 12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 279 consid. 3a ; 115 V 194 consid. 3 ; 112 V 349 consid. 2 ; 105 V 19 ; 104 V 82 et 102 V 42).

Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'AI si, sans ces mesures, la guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (VSI 2000 p. 65 ; ATF 105 V 19).

Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 et 101 V 50 consid. 3b avec les références). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 52 consid. 3c et 98 V 211 consid. 4b ; TF 9C\_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2).

**b)** Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA comme toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC qui contient une liste, en annexe, énumérant les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 al. 2 OIC).

Sur le plan temporel, si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1, 3<sup>ème</sup> phrase, OIC). Celle-ci tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, mais que plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (ATF 120 V 89 consid. 3 ; TF 9C\_635/2017 du 5 avril 2018 consid. 4.1 ; cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2015, n° 7 ad art. 13 LAI, p. 176).

Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Le droit aux mesures médicales prévues à l'art. 13 LAI est ainsi indépendant de la possibilité d'une future intégration professionnelle. La prise en charge de l'assurance-invalidité a pour but de supprimer ou réduire l'atteinte à la santé résultant d'une infirmité congénitale (ATF 115 V 202 consid. 4e/cc).

**c)** 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).

**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 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018), 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 (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).

**5.** S'agissant du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, intéressant le cas d'espèce, il regroupe les troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année.

**a)** La jurisprudence fédérale a retenu que le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC qualifie d'infirmité congénitale les troubles cérébraux congénitaux ayant pour conséquence prépondérante des symptômes psychiques et cognitifs chez les sujets d'intelligence normale, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année (syndrome psycho-organique, psycho-syndrome dû à une lésion diffuse ou localisée du cerveau et syndrome psycho-organique congénital infantile). Selon la pratique administrative, plusieurs symptômes - troubles du comportement dans le sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, troubles des pulsions, troubles perceptifs et cognitifs, troubles de la concentration et troubles de la faculté d'attention - doivent être réunis avant l'âge de neuf ans pour qu'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC soit prise en compte. Ils ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres (cf. chiffre 404.5 CMRM et annexe 7 CMRM). Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC et la pratique administrative concernant cette disposition sont conformes à la loi (ATF 122 V 114 sv. consid. 1b). Dans ce cadre, la jurisprudence a précisé qu'un diagnostic établi après la limite d'âge ne permet pas de renverser la présomption d'un syndrome psycho-organique acquis (c'est-à-dire non congénital). Il est toutefois possible que des examens complémentaires pratiqués après l'âge-limite permettent d'établir avec un degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré présentait déjà avant l'accomplissement de la neuvième année la symptomatologie complète de l'infirmité congénitale en cause (ATF 122 V 122 ss consid. 3c/bb et 3c/cc ; TF 9C\_622/2016 du 30 mars 2017 consid.

4.2.1 ; 9C\_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 ; TFA I 115/03 du 13 avril 2004 consid. 3).

**b)** A son annexe 7, la CMRM contient des directives spécifiques en lien avec les infirmités congénitales englobées par le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC. Sous rubrique « Critères de reconnaissance », le chiffre 2.1 de l'annexe 7 de la CMRM rappelle que les conditions du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins des troubles du comportement au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, de l'impulsion et de la perception (troubles perceptifs), de la concentration et de la mémorisation. Ces symptômes doivent être présents cumulativement. Ils ne doivent cependant pas nécessairement apparaître simultanément ; ils peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, le jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC ne sont pas remplies. Les SMR des offices AI doivent vérifier de manière critique et méticuleuse si les critères requis sont effectivement remplis et les attester clairement. Si nécessaire, ils demandent l'avis de spécialistes externes.

**aa)** S'agissant des troubles du comportement, le chiffre 2.1.1 de l'annexe 7 souligne qu'il faut distinguer le trouble du comportement du trouble de l'impulsion. Il s'agit là de troubles nets de l'affectivité et/ou du contact. Dans le cas des enfants présentant une infirmité congénitale du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, l'affectivité et le contact sont influencés de manière pathologique d'une part, par des facteurs organiques (commande) et, d'autre part, par les réactions inadéquates (propres, de l'environnement ou de la famille) aux déficits de l'enfant et par les stratégies inadéquates dans la gestion des troubles qui en découlent. On entend ici non pas les troubles affectifs au sens de la CIM-10, mais les atteintes pathologiques de l'affectivité et du contact, conformément aux descriptions ci-après :

- Troubles de l'humeur et des affects : dépression/tristesse, excitabilité/dysphorie, manque de confiance en soi, désespoir, sentiment de culpabilité/auto-accusation, pauvreté des affects, manque d'intérêt/apathie, labilité des affects, agitation intérieure/impulsivité, augmentation de la conscience de propre valeur/euphorie.
- Troubles du contact : hyperadaptation, timidité/manque d'assurance, retrait social/isolement, mutisme, exagération, perte de la distance/désinhibition, manque d'empathie, manque de réciprocité et de communication sociales.
- Au sens du comportement oppositionnel voire antisocial : les troubles suivants satisfont également aux critères exigés : domination, opposition/refus, agressivité verbale, agressivité physique, mensonge/tromperie, vols, fuites/fugues, école buissonnière, destruction de biens, pyromanie.

**bb)** Eu égard aux troubles de l'impulsion, le chiffre 2.1.2 de l'annexe 7 à la CMRM indique que l'on définit actuellement l'impulsion comme une composante des fonctions d'exécution associées à l'action, qui peut être en partie mesurée par des tests psychologiques. Dans le contexte du droit des assurances, elle désigne le dynamisme global de l'enfant, sa propension générale à l'action, l'activation de fond supramodal tonique. Les troubles peuvent aller soit vers un « hyper » (excès), soit vers un « hypo » (déficit, par ex. l'enfant ne bouge pas s'il n'y est pas poussé). Ils s'observent au cabinet médical et se retrouvent dans l'anamnèse. Un excès se manifeste souvent par une psychomotricité typique, mais aussi par une très grande rapidité dans l'exécution de gestes et de paroles associée à un grand nombre d'erreurs, un débit de parole élevé, une hyperactivité globale, la transgression de limites et une difficulté générale à respecter celles-ci. Un déficit peut se manifester par une vitesse de traitement extrêmement faible ou de grandes difficultés à initier une activité, ou encore par un « enlisement » en cas de travail autonome. Ces caractéristiques ne sont pas toutes observables en situation de test et on dépend aussi du jugement des parents et des enseignants pour poser le diagnostic.

**cc)** Concernant les troubles de la perception, le chiffre 2.1.3 de l'annexe 7 à la CMRM précise qu'au premier plan se trouvent des déficits avérés de la perception visuelle et auditive, qui peuvent entraver l'acquisition du langage. Il n'y a trouble de la perception qu'en présence d'une baisse de certaines performances visuelles ou auditives partielles ou spécifiques. La démarche recommandée ici est de demander des tests standardisés afin d'établir un bilan clair et détaillé. On peut affirmer que l'existence de troubles de la perception, ou plus exactement de troubles des performances instrumentales spécifiques, sont souvent faciles à trouver. En revanche, cela signifie aussi qu'en leur absence, on ne peut pas reconnaître une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC, et qu'il n'est alors pas nécessaire d'analyser d'autres critères.

**dd)** S'agissant des troubles de la concentration, le chiffre 2.1.4 de l'annexe 7 à la CMRM souligne que d'une manière générale, la concentration est définie comme une attention dirigée d'une manière supramodale. Elle comprend la reconnaissance du stimulus, la focalisation (au sens d'une attention partagée), le maintien de l'attention (concentration proprement dite), ainsi que le déplacement de l'attention ou l'évitement d'un déplacement inadéquat de l'attention (distractibilité). De nombreux tests sont par ailleurs cités à titre d'exemples.

**ee)** Concernant les troubles de l'attention, le chiffre 2.1.5 de l'annexe 7 de la CMRM les définit comme des atteintes de la mémoire à court terme, mesurables par de nombreux tests.

**ff)** Enfin, le chiffre 2.1.6 de l'annexe 7 de la CMRM rappelle que l'une des conditions à la reconnaissance d'une problématique en tant que chiffre 404 de l'annexe à l'OIC est une intelligence normale. Sur ce point, les interprétations varient : selon la jurisprudence, l'« intelligence normale » va jusqu'à la limite du retard mental (c'est-à-dire jusqu'à un QI de 70). La faiblesse du total s'explique donc par un échec dans certains domaines. Dans chaque cas, il faut s'assurer que les troubles de la

perception et de l'attention sont bien des troubles instrumentaux spécifiques. Si le niveau est bas tout en présentant une certaine harmonie, on trouve également des performances insuffisantes dans la perception et l'attention, ou dans les autres performances partielles mentionnées plus haut. Cependant, il convient de ne pas interpréter celles-ci comme un déficit spécifique, mais de les considérer comme le niveau général de performance de l'enfant : il ne s'agit pas d'un trouble spécifique de l'attention lié à différents troubles des performances partielles, mais de difficultés d'apprentissage générales ou d'un retard mental (CIM-10 F7) (« handicap mental »). Dans ces cas, le critère de l'intelligence normale n'est pas satisfait et la reconnaissance comme selon le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC n'est pas possible.

**c)** En définitive, le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC est un diagnostic qui procède par élimination. Il faut exclure d'abord une pathologie acquise (dans la petite enfance) qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H : négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué. Il existe en outre des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquent les mêmes symptômes. Si l'on suspecte un trouble relevant de la pédopsychiatrie, il faut faire appel à un spécialiste. Des comorbidités liées à l'atteinte sous chiffre 404 de l'annexe à l'OIC peuvent apparaître, mais elles ne sont généralement pas la cause majeure de la symptomatique. Dans les rapports médicaux, il est donc très important d'expliquer, par une anamnèse précise, des descriptions illustrant les résultats, des tests psychométriques (intelligence) et des éléments de diagnostic différentiel, qu'il n'y a pas d'étiologie acquise, de façon à bien montrer au médecin SMR que l'infirmité est congénitale (chiffre 2.2 de l'annexe 7 à la CMRM).

**6.** Le chiffre 406 de l'annexe à l'OIC, également évoqué dans le cas particulier, prend en considération les psychoses primaires du jeune

enfant, lorsque leurs symptômes ont été manifestes avant l'accomplissement de la cinquième année. Le chiffre 406 de la CMRM précise à ce propos que les symptômes ne peuvent pas être reconnus après coup comme « présents avant la cinquième année » s'il n'est pas prouvé qu'ils existaient avant cet âge.

On relèvera que le chiffre 404.1 de la CMRM exclut une reconnaissance simultanée des chiffres 404 et/ou 406 de l'annexe à l'OIC, sauf exceptionnellement en présence d'une justification dûment fondée par un spécialiste (pédopsychiatre).

**7. a)** En l'espèce, dans ses rapports des 8 février 2013 à l'assurance-maladie et 11 octobre 2016 à l'intimé, la Dre J.\_\_\_\_\_ a fait état du diagnostic de « trouble envahissant du développement », sous rubrique F84.8 de la CIM-10, lequel correspondait de son point de vue au chiffre 406 de l'annexe à l'OIC. Le SPEA [...] a pour sa part uniquement évoqué les deux consultations réalisées en mars 2011, sans fournir de plus amples précisions sur le diagnostic retenu et les symptômes observés.

Eu égard à la reconnaissance du chiffre 406 de l'annexe à l'OIC, l'intimé, respectivement le SMR, a dès lors constaté qu'aucun élément du dossier ne venait attester des symptômes correspondants à cette infirmité avant la cinquième année accomplie du recourant. Il s'est toutefois déclaré ouvert à un nouvel examen du cas dans l'hypothèse de la production d'un rapport médical relatif à la période antérieure aux cinq ans révolus.

**b)** Il convient en l'occurrence de se rallier aux observations de l'intimé sur cette question, dans la mesure où le diagnostic ressortant au chiffre 406 de l'annexe à l'OIC a été en définitive évoqué exclusivement par la Dre J.\_\_\_\_\_. Cette spécialiste a assumé la prise en charge du recourant uniquement à partir du 25 août 2011 et n'a pu fournir aucune information s'agissant de la période antérieure à son suivi thérapeutique (cf. rapports médicaux des 11 octobre 2016 et 11 septembre 2018). En l'état du dossier, aucun rapport médical ne fournit de renseignements sur

la situation régnant avant les cinq ans révolus du recourant, en particulier sur les symptômes présentés par ce dernier.

Or, on rappellera que la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 195 consid. 2).

En l'état du dossier du recourant, la réalisation du chiffre 406 de l'annexe à l'OIC n'est pas établie, faute de rapports médicaux attestant que les symptômes correspondants seraient survenus avant ses cinq ans révolus. C'est en conséquence à bon droit que l'intimé a nié la prise en charge des mesures médicales sous cet angle, tout en réservant le réexamen du cas si de nouvelles pièces médicales venaient à être produites.

**8. a)** Dès la rentrée scolaire 2012, le recourant a été mis au bénéfice d'un suivi spécialisé avec traitement psychiatrique intégré, compte tenu de la symptomatologie présentée.

Le diagnostic retenu dans son cas a été réévalué et confirmé ultérieurement au sein du Cabinet M. \_\_\_\_\_ en juillet 2014. Depuis lors, le  
Dr G. \_\_\_\_\_ et la Dre H. \_\_\_\_\_ ont mentionné le diagnostic de « trouble envahissant du développement », sous rubrique F84.9 de la CIM-10, correspondant selon eux à l'infirmité congénitale du chiffre 404 de

l'annexe à l'OIC (cf. rapports médicaux des 17 septembre 2016 et 19 janvier 2018).

Ces éléments permettent de constater que le diagnostic concerné, vraisemblablement difficile à établir compte tenu de l'âge du recourant, a effectivement été posé au-delà de la limite d'âge imposée par le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC.

Cela étant, conformément à la jurisprudence fédérale rappelée supra sous consid. 5a, il convient d'examiner, sur la base des pièces médicales versées au dossier, si le recourant a réuni les symptômes cumulatifs décrits au chiffre 2.1 de l'annexe 7 de la CMRM, avant l'accomplissement de ses neuf ans révolus.

**b)** Pour la période antérieure à cette limite d'âge, il s'agit de se référer aux informations communiquées par la Dre J.\_\_\_\_\_, en particulier dans son rapport à F.\_\_\_\_\_ du 8 février 2013, ainsi qu'aux résultats du bilan cognitif du 15 juin 2012.

**aa)** Le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC exige en premier lieu la présence de troubles du comportement, soit de l'affectivité et/ou du contact, lesquels ont été manifestement objectivés bien avant les neuf ans révolus du recourant. En effet, la Dre J.\_\_\_\_\_ a expressément relevé dès 2011 une « manière d'entrer en relation frappant par une inadéquation massive », le recourant étant « soit trop proche, soit absent », des « affects inadéquats » associés à des difficultés relationnelles très importantes et à des problèmes « d'intégration au groupe de ses pairs » (cf. rapport du 8 février 2013).

**bb)** S'agissant en second lieu de troubles de l'impulsion, la Dre J.\_\_\_\_\_ a observé une tendance à la logorrhée, une confusion idéatoire et la fuite des idées dans son rapport du 8 février 2013. Ces éléments ont été également relevés au cours du bilan cognitif réalisé le 15 juin 2012, où le recourant a dû à plusieurs reprises être attentivement cadré pour éviter de « dériver dans des histoires hors contexte ». En

particulier, des troubles de la structuration de la pensée, un envahissement par des processus primaires et une angoisse importante ont été mis en évidence (cf. rapport du 15 juin 2012, p. 2 et 3).

**cc)** Des troubles de la perception ont troisièmement été relatés lors du bilan cognitif de juin 2012, singulièrement en lien avec la compréhension verbale, la capacité d'abstraction, d'élaboration et de conceptualisation, déstructurées par l'aspect associatif au détriment des aspects logiques et rationnels. Les tests relatifs à l'indice de raisonnement perceptif ont toutefois été plus concluants dans le cas du recourant, mais uniquement dans un « contexte relationnel privilégié, rassurant, stable, contenant » et en présence d'un « support [concret] pour réfléchir » (cf. rapport du 15 juin 2012, p. 2 et 3).

**dd)** Des troubles de la concentration ont été indiqués par la Dre J. \_\_\_\_\_ dans son rapport à l'intimé du 11 octobre 2016, tandis que l'envahissement de la pensée, associé à une importante angoisse, a été relevé à plusieurs reprises au cours du bilan cognitif de juin 2012, le recourant n'ayant par exemple pas été en mesure de donner des réponses à des séquences lettres-chiffres (« tout s'embrouille dans sa tête », cf. rapport du 15 juin 2012, p. 3).

**ee)** S'agissant d'éventuels troubles de l'attention, le bilan cognitif de juin 2012 a souligné la nécessité pour le recourant de bénéficier d'un « cadre stable, contenant et cohérent afin d'éviter l'angoisse et l'envahissement interne ». Néanmoins, le rapport corrélatif précise expressément que les difficultés observées n'apparaissent « en aucun cas refléter des troubles attentionnels », mais qu'elles constituent plutôt des « révélateurs de troubles plus globaux et envahissants » empêchant le recourant d'utiliser adéquatement ses ressources. En outre, en guise de conclusion, l'auteure du bilan cognitif du 15 juin 2012 a expressément considéré qu'il ne fallait pas réduire les difficultés présentées par le recourant à « un trouble instrumental et/ou attentionnel quelconque ». Il s'agissait de son point de vue bien plutôt de « troubles

plus globaux, psycho-affectifs » se répercutant sur la construction de l'identité et des mécanismes de la pensée.

**ff)** Enfin, il n'est pas contesté que le recourant présente une intelligence dans les normes, au vu des tests réalisés, le bilan cognitif du 15 juin 2012 ayant fait état d'un QI de 99 et d'un « potentiel intellectuel dans la norme des enfants de son âge » (cf. rapport du 15 juin 2012, p. 1 et 4). Le recourant a d'ailleurs été en mesure de poursuivre une scolarité normale à l'aide du soutien spécialisé mis en place en 2012.

**c)** En définitive, on peut certes constater que la quasi-totalité des critères contenus à l'annexe 7 de la CMRM, étayés par la Dre H. \_\_\_\_\_ dans son rapport à l'intimé du 19 janvier 2018 (cf. en particulier annexe au rapport médical complétée à la même date), ont été objectivés à réitérées reprises antérieurement aux neuf ans révolus du recourant. Cela étant, il s'agit d'exclure la présence de troubles de l'attention au sens entendu par l'annexe 7 de la CMRM, antérieurement à cet âge limite. Le bilan cognitif réalisé le 15 juin 2012 a en effet sans équivoque exclu des troubles instrumentaux et attentionnels, estimant que les difficultés correspondantes s'inscrivaient en revanche dans le contexte de troubles de la construction de la personnalité globale. On peut par ailleurs douter de la réalisation de troubles de la concentration, ceux-ci apparaissant plus particulièrement associés à une importante angoisse, laquelle ressort également davantage au registre psycho-affectif.

Compte tenu du défaut de réalisation des critères cumulatifs énumérés à l'annexe 7 de la CMRM, il convient de déduire que les exigences posées à la reconnaissance de l'infirmité congénitale contenue au chiffre 404 de l'OIC n'étaient pas réalisées avant les neuf ans révolus du recourant. Partant, ce dernier n'a pas droit à la prise en charge des mesures médicales requises pour le traitement de l'infirmité congénitale du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC sous l'angle de l'art. 13 LAI.

**9.** Quant à la prise en charge des mesures médicales requises par le recourant sous l'angle de l'art. 12 LAI, il apparaît que celles-ci visent

clairement le traitement de l'affection comme telle. Il n'est pas sérieusement remis en question que l'état du recourant correspond à un état pathologique labile, susceptible d'évolution par le traitement instauré pour une durée indéterminée.

Il s'agit donc de considérer que les mesures médicales litigieuses ne ressortent pas à l'art. 12 LAI conformément à la jurisprudence rappelée supra sous consid. 3a.

**10.** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 30 octobre 2018 confirmée.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge du recourant qui succombe.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 30 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- C.B.\_\_\_\_\_, à [...] (pour B.B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Cet arrêt est communiqué, par l'envoi de photocopies, à D.B.\_\_\_\_\_.

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 :