

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 janvier 2025

Composition : M. WIEDLER, président
M. Piguet et Mme Livet, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

A.Z._____, à [...], recourante, agissant par son père **B.Z.**_____, et représentée par Procap, à Lausanne,

et

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

Art. 12 et 13 LAI

E n f a i t :

A. A.Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 2012, représentée par son père B.Z._____, a déposé le 8 mars 2023 une demande de prise en charge de mesures médicales auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant un trouble de l'attention avec hyperactivité et dyslexie.

Dans un rapport du 6 avril 2023, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé les diagnostics de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.2) et de troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80), précisant qu'il s'agissait d'infirmités congénitales au sens des chiffres 404 et 234/237 de l'annexe à l'OIC (désormais OIC-DFI [ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.211], en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022). Elle a précisé que le diagnostic d'hyperactivité avait été posé en mars 2022 par T._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, et qu'un traitement spécifique avait été instauré pour la première fois en mars 2023. Les mesures médicales prescrites étaient un traitement en logopédie, un traitement psychopharmacologique (Ritaline) et une thérapie de soutien pour enfant. Elle suivait l'assurée depuis le 20 janvier 2023, à raison d'une séance d'une heure toutes les deux semaines.

Elle a joint à son rapport divers documents, notamment les suivants :

- Un rapport de résumé d'investigation du 20 juillet 2015 de la Dre D._____ du V._____ relatif à une consultation demandée par le père de l'assurée dans un contexte de relation familiale compliquée. Il ressort en effet de ce document que l'assurée avait été emmenée par sa mère en septembre 2013 en [...], puis placée dans un foyer jusqu'à ce que son père la ramène en Suisse en septembre 2014. Depuis lors, l'assurée présentait des angoisses et des cauchemars la nuit. La Dre D._____ proposait d'instaurer une guidance parentale et, à long terme, de discuter de la mise en place d'un service

éducatif itinérant.

- Un rapport de novembre 2020 de G._____, logopédiste, mentionnant que l'assurée avait bénéficié d'un suivi logopédique dans le cadre scolaire en raison de difficultés orales et que l'éventualité d'un déficit de l'attention avait été évoquée, dans la mesure où l'enfant peinait à rester centrée sur ses activités et avait tendance à se disperser et à interrompre les tâches pour évoquer des sujets hors de propos.
- Un rapport d'examen neuropsychologique du 4 mars 2022 effectué par T._____ pour une suspicion de trouble neurodéveloppemental, plus précisément un trouble du déficit d'attention-hyperactivité (TDAH). La neuropsychologue a conclu que le tableau était compatible avec un TDAH de présentation combinée (inattention avec hyperactivité et manque d'inhibition), d'intensité modérée à sévère, chez une enfant présentant une efficacité cognitive dans la moyenne forte. S'y associaient un trouble développemental du langage de type expressif et de la parole ainsi qu'un ralentissement de la motricité fine pour la main droite (non dominante) et en condition bimanuelle. Il ressort en outre de ce rapport que l'assurée avait eu un suivi psychothérapeutique du 25 novembre au 31 mai 2021 au Centre P._____.

Dans un avis du 21 juin 2023, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a observé ce qui suit :

« Le diagnostic de TDAH a été posé formellement en mars 2022 après l'âge de 9 ans, toutefois le diagnostic est déjà évoqué en 2020 dans le rapport logopédique soit avant l'âge de 9 ans. Le tableau clinique selon les directives médicales de l'annexe 4/CMRM [Circulaire sur les mesures de réadaptation de l'AI] est complet mais il n'est pas clair si un traitement avait été mis en place avant l'âge de 9 ans.

Avant de conclure, le SMR remercie la gestionnaire de se procurer le rapport du suivi ayant eu lieu entre novembre 2020 et mai 2021 au centre P._____ à [...]. »

Le 22 juin 2023, l'OAI a écrit au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie au Centre P._____, pour lui demander le rapport du suivi de l'assurée entre novembre 2020 et mai 2021.

Ce courrier étant revenu en retour à l'OAI avec la mention « la boîte postale/la case postale n'a plus été vidée », l'OAI a de nouveau interpellé le Dr K._____ par courrier du 27 juillet 2023, qui lui est également revenu en retour avec la même mention.

Dans un avis du 11 août 2023, la Dre M._____ du SMR a conclu ce qui suit :

« En l'absence de traitement psychothérapeutique, d'ergothérapie ou médicamenteux instauré avant l'âge de 9 ans pour le TDAH, les critères pour la reconnaissance du ch. 404 OIC ne peuvent pas être retenus.

Le traitement psychothérapeutique a lieu à quinzaine depuis 2023 et ne répond pas aux critères de l'art. 12 LAI car il n'y a pas une année de traitement intensif à une séance par semaine. »

Dans un projet de décision du 22 septembre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui nier le droit à des mesures médicales, les conditions pour une prise en charge n'étant pas réalisées tant sous l'angle de l'art. 13 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) que de l'art. 12 LAI.

Par décision du 1^{er} novembre 2023, l'OAI a confirmé le refus d'octroyer la prise en charge de mesures médicales.

B. Par acte du 28 novembre 2023, A.Z._____, agissant par son père, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de son recours, elle a fait valoir que son atteinte à la santé était apparue avant sa neuvième année et a produit un lot de pièces, notamment un certificat médical du 2 juin 2021 du Dr L._____, pédiatre, comportant la mention « bilan neuropsychologique A.Z._____, née le [...] pour suspicion de trouble neurodéveloppemental » et une attestation du 9 juin 2021 du Dr K._____

confirmant le suivi de l'assurée du 25 novembre 2020 au 31 mai 2021 à raison d'une fois par semaine.

Dans sa réponse du 22 janvier 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 8 avril 2024, l'assurée, désormais représentée par Procap, a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le TDAH est reconnu comme étant une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC justifiant une prise en charge sous l'angle de l'art. 13 LAI, subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire en lien avec l'art. 12 LAI et plus subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et examen de la prise en charge au sens de l'art. 13 LAI, subsidiairement de l'art. 12 LAI. Elle a reproché à l'intimé d'avoir nié l'existence d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 OIC et fait valoir que les documents versés au dossier démontraient que les symptômes correspondant à un TDAH étaient présents avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 9 ans et qu'un traitement avait été mis en place pour ce trouble, ce qui était attesté par le rapport du V. _____ et l'attestation du Dr K. _____ du 9 juin 2021. Elle a ensuite critiqué la position de l'intimé sous l'angle de l'art. 12 LAI, estimant que l'analyse faite par l'Office AI était lacunaire. Elle a ensuite soutenu que dans l'hypothèse où un rapport du Dr K. _____ serait indispensable pour le sort du litige, une violation du devoir d'instruction devrait être retenue dans la mesure où l'intimé ne s'était pas procuré le rapport du suivi intervenu entre novembre 2020 et mai 2021 au Centre P. _____, alors que le SMR l'avait invité à le requérir afin de préciser le traitement mis en place avant l'âge de 9 ans.

L'intimé a confirmé ses conclusions aux termes de sa duplique du 13 mai 2024.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à des mesures médicales de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si les conditions de la reconnaissance de son atteinte à la santé en tant qu'infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI sont remplies.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3).

En l'espèce, le nouveau droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 est applicable dès lors que la demande des prestations litigieuses a été déposée après cette date.

4. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir,

maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures médicales, au sens de l'art. 8 al. 3 let. a LAI en relation avec les art. 12 ss LAI, font partie de ces mesures de réadaptation. 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).

b) Conformément à l'art. 14^{ter} al. 1 LAI, le Conseil fédéral détermine notamment les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI (let. a), les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI (let. b) et les prestations de soins dont le coût est pris en charge (let. c). Il peut déléguer au Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) les compétences visées aux alinéas 1 à 3 (art. 14^{ter} al. 4 LAI).

c) Les conditions d'octroi des mesures médicales selon les art. 12 et 13 LAI ainsi que 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 à partir du 1^{er} janvier 2022) édictée par l'OFAS.

Selon la jurisprudence, les directives administratives s'adressent aux organes d'exécution. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit mais sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, en visant à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but 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. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il peut les prendre en considération lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles

établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 148 V 144 consid. 3.1.3 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 126 V 64 consid. 4b et les références citées).

5. a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 20 ans à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales, au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA, soit toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que les mesures médicales au sens de l'al. 1 sont accordées pour le traitement des malformations congénitales, des maladies génétiques ainsi que des affections prénatales et périnatales qui font l'objet d'un diagnostic posé par un médecin spécialiste (let. a), engendrent une atteinte à la santé (let. b), présentent un certain degré de gravité (let. c), nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI (let. e).

Dans le cadre des prestations de l'assurance-invalidité, les infirmités congénitales occupent une place particulière, car d'après l'art. 8 al. 2 LAI en relation avec l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels. 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).

b) Sous le titre XVI "Maladies mentales congénitales et profonds retards du développement", le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI (dont la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 a été jugée conforme à la loi par le Tribunal fédéral ; cf. TF 9C_622/2016 du 30 mars 2017 consid. 4.2.1 ; 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.1 et les références citées) prévoit la prise en charge des troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental, avec preuves cumulatives de troubles du comportement au sens d'une atteinte

pathologique de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts (1), de troubles de l'impulsion (2), de troubles de la perception (fonctions perceptives) (3), de troubles de la capacité de concentration (4) et de troubles de la mémorisation (5). Il est encore précisé que le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l'accomplissement de la neuvième année. Selon la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral sous l'empire de l'OIC (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) - dont aucun motif ne commande de s'écarter sous l'empire de l'OIC-DFI - ces conditions de diagnostic et de traitement sont cumulatives et constituent des critères de reconnaissance propres à déterminer si le trouble est congénital ou acquis. L'absence d'au moins une de ces deux caractéristiques conduit à la présomption irréfragable qu'il n'y a pas d'infirmité congénitale au sens juridique ; par ailleurs, pour déterminer s'il s'agit d'une infirmité congénitale, les troubles acquis doivent être exclus du diagnostic (TF 9C_418/2016 du 4 novembre 2016 consid. 4 ; 9C_419/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.1 et les références citées ; SVR 2016 IV n° 2 consid. 3.2). Il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI auxquelles il ne peut être renoncé (TF 9C_435/2014 précité consid. 4.1 et les références citées, en particulier ATF 122 V 113 consid. 3c/bb). Cette systématisation de la pratique de prise en charge des troubles du comportement vise à garantir l'égalité de traitement dans les décisions. L'exigence d'un diagnostic médical cumulatif de toute une série de symptômes devant être apparus jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans vise également à différencier les infirmités congénitales prises en charge par l'AI des atteintes "acquises" survenues par la suite, dont le traitement de l'affection comme telle n'est pas assumé par l'AI, mais par l'assurance-maladie (ATF 122 V 113 consid. 2a). Le rôle du SMR, le cas échéant à l'aide d'examens complémentaires, n'est pas d'estimer les besoins thérapeutiques, mais de déterminer quelle est l'assurance compétente.

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. En l'espèce, le diagnostic de TDAH n'est pas contesté. L'intimé a par ailleurs admis que ce trouble à la santé ressortait de rapports au dossier établis avant que la recourante ait atteint l'âge de 9 ans, bien que le diagnostic ait été formellement posé postérieurement. Elle a toutefois rejeté la demande de prestations au motif que le TDAH n'avait pas été traité avant l'âge de 9 ans, ce que conteste la recourante, en s'appuyant sur le rapport du 20 juillet 2015 du V._____ et sur l'attestation médicale du 9 juin 2021 du Dr K._____.

Il ressort du rapport du 6 avril 2023 de la Dre F._____ qu'un traitement spécifique pour le TDAH a été instauré pour la première fois en mars 2023, soit lorsque la recourante avait 10 ans, et les rapports du V._____ et du Dr K._____ dont se prévaut la recourante n'établissent pas qu'elle aurait eu un suivi médical en lien avec son TDAH avant l'âge de 9 ans. Selon le rapport du V._____, la recourante avait fait l'objet d'une investigation entre février et avril 2015 dans un contexte de relation familiale compliquée depuis sa naissance. Elle avait été adressée au sein de ce service de psychiatrie et psychothérapie en particulier en raison d'angoisses de perte et d'abandon après avoir été séparée de sa mère, ce

qui se répercutait sur son comportement. Un TDAH n'avait alors été ni diagnostiqué, ni traité. Quant à l'attestation médicale du Dr K._____, elle ne précise pas les motifs des consultations de la recourante au Centre P._____ entre le 25 novembre 2020 et le 31 mai 2021. L'intimé a tenté d'interpeller ce médecin à ce propos, en vain. Il ne fait toutefois aucun doute que le suivi psychiatrique ne concernait pas la prise en charge du TDAH puisqu'il n'avait alors pas encore été diagnostiqué. Ce n'est qu'en mars 2022, lorsque la recourante avait 9 ans, qu'un examen neuropsychologique a été réalisé par la psychologue T._____ en raison d'une suspicion de TDAH et que le diagnostic a été posé. Il ressort par ailleurs de ce rapport d'examen neuropsychologique que le père de la recourante avait indiqué que les personnes qui l'avaient suivies au Centre P._____ ne partageaient pas son avis quant au fait que sa fille était hyperactive (p. 2 du rapport d'examen neuropsychologique du 4 mars 2022), ce qui confirme que le diagnostic de TDAH n'avait pas été retenu par les médecins de ce centre et que ce trouble n'avait dès lors pas été traité par le Dr K._____. Dans ces circonstances, un rapport complémentaire du Dr K._____ n'est pas déterminant pour l'issue du litige et l'intimé n'a pas manqué à son devoir d'instruction en n'investiguant pas davantage ce point.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à refuser les mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI, faute de traitement avant l'âge de 9 ans.

8. a) Reste à examiner si les conditions pour une prise en charge selon l'art. 12 LAI sont remplies.

b) Selon l'art. 12 al. 1 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 20 ans, aux mesures médicales de réadaptation qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels.

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 79 consid. 1 ; 102 V 40 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 277 consid. 3a et les références citées).

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 consid. 3b et 101 V

43 consid. 3b et les références citées). 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 43 consid. 3c et 98 V 205 consid. 4b ; TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3).

c) Aux termes du ch. 645-647/845-847.5 CMRM, les conditions mises à la prise en charge des frais d'une psychothérapie sont exceptionnellement réunies en cas d'atteintes psychiques acquises, lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut attendre de la poursuite du traitement qu'il prévienne dans une mesure importante la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative.

La psychothérapie doit être prescrite par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement. Le médecin qui prescrit la psychothérapie doit documenter et justifier ses objectifs et contenus, son volume (fréquence et durée des séances) ainsi que la durée prévisible (horizon temporel) du traitement vis-à-vis de l'office AI (ch. 1037.4 et 1037.5 CMRM).

d) En l'occurrence, il ressort du rapport médical du 6 avril 2023 de la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, sur lequel se fonde la demande de la requérante, que cette dernière a débuté un suivi thérapeutique auprès de cette médecin le 20 janvier 2023, à raison d'une séance d'une heure toutes les deux semaines. Un suivi thérapeutique d'une telle fréquence ne saurait être qualifié d'intensif. En outre, celui-ci n'avait pas duré une année lorsque la demande a été déposée, ni d'ailleurs lorsque la décision attaquée a été rendue. Ce seul motif suffit à confirmer le refus de la prise

en charge des mesures médicales dites de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI par l'intimé, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres conditions prévues au ch. 645-647/845-847.5 CMRM.

9. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de trancher en pleine connaissance de cause les points de droit litigieux dont elle est saisie (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Il n'y a donc pas lieu de renvoyer l'affaire pour instruction complémentaire à l'autorité précédente.

10. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il est cependant renoncé à la perception de frais judiciaires au vu des circonstances (art. 50, 91 et 99 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient 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 1^{er} novembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :