

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 910 vom 6. Oktober 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__910

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 910 du 6 octobre 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 910 del 6 ottobre 2021

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ, INFIRMITÉ
CONGÉNITALE, THÉRAPIE, SOINS MÉDICAUX | 5 al. 3 Cst., 12 LAI, 13 LAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 06.10.2021 Arrêt / 2021 / 910

REJET DE LA DEMANDE, DÉCISION D'IRRECEVABILITÉ, INFIRMITÉ
CONGÉNITALE, THÉRAPIE, SOINS MÉDICAUX | 5 al. 3 Cst., 12 LAI, 13 LAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 376/20 - 295/2021 ZD20.046912 COUR DES
ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 6 octobre 2021 _____ Composition : Mme Durussel ,
présidente Mme Röthenbacher et M. Piguet, juges Greffière : Mme Lopez *****
Cause pendante entre : A.I. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault,
avocate 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.I. _____ (ci-après :
l'assuré ou le recourant), né le [...] 2006, présentant des troubles entrant dans la catégorie
des malformations congénitales du cœur et des vaisseaux au sens du chiffre 313 de l'annexe
à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS
832.232.21), a été mis au bénéfice de la prise en charge de mesures médicales du 25
septembre 2006 au 30 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton
de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). B. Le 11 octobre 2016, l'assuré, représenté par ses
parents B.I. _____ et C.I. _____, a déposé une demande d'allocation pour impotent
en faisant état d'un trouble du déficit de l'attention (TDA-H) existant depuis 2015. Il a joint
à sa demande un rapport d'examen neuropsychologique du 24 mars 2016 de la
neuropsychologue Z. _____, qui a vu l'assuré les 11 février, 1 er mars et 15 mars 2016
pour une évaluation neuropsychologique pour suspicion de TDA-H, à la demande du Dr
A. _____, pédiatre de l'assuré. Dans ce rapport, elle a posé le diagnostic de trouble
déficitaire de l'attention avec hyperactivité, en précisant que l'assuré présentait également
une dyslexie et une dysorthographe qui étaient bien prises en charge. Elle a indiqué que
l'assuré prenait de la Ritaline depuis février 2016 et avait commencé un suivi
psychothérapeutique auprès de Mme J. _____ également en 2016. Il ressort en outre de
ce rapport qu'une évaluation cognitive avait été effectuée en mars 2015 par la psychologue
scolaire dont le bilan était plutôt rassurant. Le 29 novembre 2016, le Dr A. _____ a
établi un rapport à l'attention de l'OAI dans lequel il a posé les diagnostics de dyslexie, de
dysorthographe et de difficulté d'attention. Il a indiqué qu'un traitement avait été suivi du
15 décembre 2015 au 18 novembre 2016, date du dernier examen, en précisant que l'assuré
avait besoin d'un traitement par Ritaline et d'un suivi logopédique, psychologique et
pédagogique. Il n'a pas répondu à la question de savoir quand le diagnostic de trouble du

déficit de l'attention a été posé. Le 28 septembre 2017, la Dre C. _____, spécialiste en psychiatrie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a constaté que le traitement avait été commencé après l'âge de neuf ans. Dans un projet de décision du 30 octobre 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui nier le droit à des mesures médicales sous l'angle de l'art. 13 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), au motif que les conditions cumulatives de l'infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC n'étaient pas remplies, le traitement ayant débuté après l'âge de neuf ans. L'assuré n'a pas formulé d'observations à l'égard de ce projet. Par décision du 15 décembre 2017, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer des mesures médicales. Dans les moyens de droit, il était mentionné la possibilité de recourir auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans un courrier « recours, opposition » daté du 27 décembre 2017 et adressé à la Caisse de compensation AVS/AI/APG de K. _____, l'assuré, représenté par sa mère, a demandé la reconsidération de la décision rendue par l'OAI, en précisant qu'il était suivi par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et qu'il souffrait d'un trouble chronique jusqu'à l'âge adulte et même plus tard. Ce courrier a été transmis à l'OAI le 4 janvier 2018 comme objet de sa compétence. Le 29 janvier 2018, l'OAI a rendu deux décisions octroyant une allocation d'impotence pour mineurs respectivement de degré faible du 11 octobre 2015 au 30 juin 2016, et de degré moyen dès le 1^{er} juillet 2016. Examinant la prise en charge des mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI, l'OAI a demandé un rapport médical au Dr G. _____ le 27 avril 2018. Le 3 mai 2018, la psychologue J. _____ a indiqué à l'OAI que la première consultation de l'assuré datait du 2 mars 2016 et que la psychothérapie avait duré du 13 avril 2016 au 15 mars 2017. La demande de renseignements auprès du Dr G. _____ est restée sans suite, malgré des rappels de l'OAI, ce qui a donné lieu à une dénonciation au médecin cantonal. Par courrier du 18 octobre 2019, l'OAI a informé l'assuré de l'échec de ses démarches auprès du Dr G. _____. Dans ce courrier, il a précisé que la prise en charge des mesures médicales était examinée sous l'angle de l'art. 12 LAI, dès lors que le droit à des mesures médicales en application de l'art. 13 LAI avait été refusé par décision du 15 décembre 2017, qui était entrée en force. Le Dr G. _____ a finalement établi un rapport médical à l'attention de l'OAI daté du 19 décembre 2019, dans lequel il a posé le diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention (CIM10 – F90.0). Il a indiqué que la thérapie avait commencé au début de l'année 2016, en précisant que des questionnaires de Connors avaient été effectués en 2016 sous la responsabilité du Dr A. _____ et de la neuropsychologue Z. _____. Lui-même suivait l'assuré depuis le 24 juillet 2017 et le traitement, qui était toujours en cours, consistait dans un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, incluant l'administration de méthylphénidate et une psychothérapie de soutien spécifique centrée sur les symptômes du TDA-H. Le pronostic était réservé à ce stade, mais il y avait une nette amélioration des troubles du TDA-H sous traitement psychostimulant de méthylphénidate. A la question de savoir si l'état de santé du recourant avait une influence sur la fréquentation de l'école, il a répondu par l'affirmative, en précisant que c'était depuis 2012, soit vers l'âge de six ans, selon un échange téléphonique qu'il avait eu avec le Dr A. _____ qui suivait l'assuré à l'époque. Le 16 janvier 2020, l'OAI a écrit à la mère de l'assuré pour accuser réception du rapport du Dr G. _____, en lui demandant de retourner le courrier signé par ses soins, en vue d'examiner un éventuel droit à la prise en charge des mesures médicales de réadaptation sous l'angle de l'art. 12 LAI. Dans ce courrier, l'OAI a réitéré qu'un nouvel examen du droit sous l'angle de l'art. 13 LAI était

exclu, la décision de refus étant entrée en force. Le 22 février 2020, l'assuré, représenté par sa mère, a demandé une prise de position officielle au sujet du droit à une prise en charge sous l'angle de l'art. 12 LAI. A la suite de questions complémentaires de l'OAI, le Dr G. _____ a établi un rapport le 7 septembre 2020, dans lequel il a précisé que les séances de psychothérapies s'effectuaient à une fréquence bimensuelle, que la durée de la psychothérapie était encore imprévisible à ce stade, mais que cet accompagnement devrait se poursuivre au moins jusqu'à la majorité de l'assuré. Concernant le but principal de la psychothérapie, il a indiqué ce qui suit : « Comme mentionné lors de mon dernier rapport, A.I. _____ bénéficie d'une thérapie utilisant une approche cognitivo-comportementale agissant sur le comportement, les pensées et les émotions. Cette approche lui permet de s'auto-observer et modifier ses comportements par le biais de nouveaux apprentissages. Par la suite il les met en pratique dans son quotidien avec la collaboration de son entourage familial et scolaire. D'autres techniques dites de « résolution de problèmes » favorisent chez lui la recherche de stratégies réfléchies non-impulsives et non-violentes face à une difficulté notamment relationnelle. L'objectif principal du traitement psychothérapeutique vise également de soutenir A.I. _____ dans la sphère de l'amélioration de son estime et de sa confiance en soi qui a été objectivée fragilisée depuis son jeune âge, se sentant frustré de ne pas pouvoir accomplir ses tâches quotidiennes ni d'apprentissage avec facilité. D'autre part, A.I. _____ doit être soutenu sur le plan de ses troubles du comportement sous l'effet d'impulsivité et de l'hyperactivité génèrent d'importants troubles relationnels avec autrui ce qui rend difficile le maintien des relations interpersonnelles stables dans son environnement social et scolaire. Enfin, A.I. _____ reçoit de l'aide sur le plan de l'amélioration de ses capacités organisationnelles et le binôme thérapeutique constitué par le médecin soussigné et une psychologue-psychothérapeute qui le suit en délégation dans mon cabinet permet également d'entretenir des relations avec l'entourage de A.I. _____ ; notamment ses parents et l'école afin d'apporter des éléments et une amélioration de la communication avec ses partenaires dans le but de réduire le niveau d'anxiété objectivé chez A.I. _____ . » Le 14 septembre 2020, la Dre C. _____ du SMR a constaté que les conditions de l'art. 12 LAI n'étaient pas remplies, en relevant que le pronostic était mitigé, que l'objectif principal de la psychothérapie était le traitement de l'affection comme telle, que la durée du traitement était imprévisible et que la fréquence des séances était bimensuelle. Par décision du 26 octobre 2020, confirmant un projet de décision du 15 septembre 2020, l'OAI a refusé le droit à l'octroi de mesures médicales, estimant que les conditions de l'art. 12 LAI n'étaient pas réalisées. C. Le 24 novembre 2020 (date du sceau postal), A.I. _____, représenté par ses parents B.I. _____ et C.I. _____, a recouru contre la décision du 26 octobre 2020, en concluant implicitement à son annulation et à une participation à la prise en charge des mesures médicales. Dans le délai imparti, le recourant, désormais représenté par Me Flore Primault, a produit la décision du 26 octobre 2020. A sa demande, un délai lui a été accordé pour compléter son recours. Dans une écriture complémentaire du 11 janvier 2021, le recourant, par son conseil, a précisé que le recours portait non seulement sur la décision du 26 octobre 2020, mais aussi sur la décision rendue le 15 décembre 2017 par l'intimé, en précisant que cette dernière décision avait fait l'objet d'un recours déposé en temps utile auprès de la mauvaise autorité et que l'intimé aurait dû le transmettre à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu principalement à l'annulation des deux décisions précitées et à la constatation qu'il possède un droit aux mesures découlant tant de l'art. 13 LAI que de l'art. 12 LAI, et, subsidiairement, à l'annulation des décisions et au renvoi de la cause à l'intimé pour

nouvelles décisions dans le sens des considérants. Concernant la décision du 15 décembre 2017, il a fait valoir qu'elle n'était jamais entrée en force et que les conditions de l'art. 13 LAI étaient remplies dès lors qu'il avait été suivi pour le TDA-H avant l'âge de neuf ans et que le diagnostic avait été posé également avant sa neuvième année. Concernant la décision du 26 octobre 2020, il a allégué que les conditions de l'art. 12 LAI étaient aussi remplies, puisque le traitement était délimité dans le temps, le Dr G. _____ ayant précisé qu'il aurait lieu jusqu'à sa majorité. Dans sa réponse du 12 février 2021, l'intimé a admis que le courrier « recours, opposition » du 27 décembre 2017 du recourant n'avait pas été transmis à la Cour de céans et qu'il considérait, au vu de cette situation exceptionnelle, que le recours contre la décision du 11 décembre 2017 avait été interjeté durant le délai de recours contre cette décision. Sur le fond, il a proposé le rejet du recours et le maintien des décisions attaquées. Il a joint à son écriture un rapport du 12 avril 2021 dans lequel le SMR a confirmé ses précédentes conclusions. Par réplique du 12 mars 2021, le recourant a maintenu ses conclusions, en réitérant que les conditions pour une prise en charge des mesures médicales au sens des art. 13 et 12 LAI étaient réalisées en l'espèce. A l'appui de son allégation selon laquelle il a été diagnostiqué et traité avant l'âge de neuf ans, il a produit des notes manuscrites (partiellement illisibles), en précisant qu'elles avaient été établies en décembre 2012 par le Dr A. _____, auxquelles étaient joints trois questionnaires relatifs aux « troubles et déficit de l'attention/hyperactivité ». Il a ajouté qu'il appartenait au tribunal, en cas de besoin, d'investiguer sur la date du diagnostic et du début du traitement, par exemple en interrogeant les parents du recourant sur les mesures mises en place, et/ou en interrogeant le Dr A. _____ dont la comparution personnelle en tant que témoin/expert était requise. L'intimé a maintenu ses conclusions aux termes de sa duplique du 12 avril 2021 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) Le recours interjeté le 24 novembre 2020 contre la décision du 26 octobre 2020 a été 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 respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) ; il est ainsi recevable. c) Le 11 janvier 2021, le recourant a demandé qu'il soit statué également sur le recours interjeté contre la décision de l'intimé du 15 décembre 2017. aa) Aux termes de l'art. 5 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) , les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément aux règles de la bonne foi. Le principe de la bonne foi (art. 2 al. 1 CC) et l'interdiction de l'abus de droit (art. 2 al. 2 CC) sont des principes fondamentaux de l'ordre juridique suisse (art. 5 al. 3 Cst.). Constitue notamment un abus de droit l'attitude contradictoire d'une partie. Lorsqu'une partie adopte une certaine position, elle ne peut pas ensuite soutenir la position contraire, car cela revient à tromper l'attente fondée qu'elle a créée chez sa partie adverse. Il y a lieu de constater que ces principes s'appliquent aussi en procédure administrative (ATF 136 I 254 consid. 5.2 ; 134 V 306 consid. 4.2 et la référence citée ; Pierre Moor/Alexandre Flückiger/Vincent Martenet, Droit administratif, volume I : Les fondements, Berne 2012, ch. 6.4.1.1 p. 918). Il découle également de l'art. 5 al. 3 Cst. que les particuliers doivent de manière générale, sauf délai fixé par la loi, faire valoir leurs prétentions dans un laps de temps raisonnable

(Moor/Flückiger/Martenet, op. cit., ch. 6.4.3 p. 932). bb) L'art. 49 LPGA prévoit notamment que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1) et indiquer des voies de droit (al. 2). Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. La prise de position de l'assureur selon cette procédure informelle n'est pas susceptible d'opposition ou de recours, mais les droits de l'assuré sont garantis par la possibilité d'exiger qu'une décision formelle soit rendue au sens de l'art. 51 al. 2 LPGA (TF 8C_340/2018 du 16 mai 2019 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). cc) En l'espèce, le recourant a contesté la décision du 15 décembre 2017 de l'intimé dans le délai de recours de trente jours, mais a adressé sa contestation à la Caisse de compensation AVS/AI/APG de K._____, qui l'a transmise à l'intimé, sans que ce dernier ne le transmette à son tour à la Cour de céans. Si l'intimé aurait certes dû transmettre le recours au tribunal, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas réagi, ni demandé de nouvelles de la procédure de recours pendant plus de trois ans. Il n'y a non plus eu aucune réaction ou contestation de sa part lorsque l'intimé l'a avisé le 18 octobre 2019, puis le 16 janvier 2020, que la décision en question était entrée en force faute de recours déposé auprès du tribunal cantonal. Le recourant aurait dû s'opposer à ces avis, ce qu'il n'a pas fait pendant plus d'un an, laissant croire par son attitude qu'il consentait au constat selon lequel la décision du 15 décembre 2017 était définitive et entrée en force. Ainsi, l'inaction du recourant pendant plus de trois ans ne respecte pas le principe de la bonne foi et se prévaloir à ce stade de l'absence de transmission de son recours auprès de l'autorité compétente relève de l'abus de droit, faute de contestation dans un délai raisonnable du constat que la décision du 15 décembre 2017 était entrée en force. Le recours déposé contre la décision du 15 décembre 2017 est par conséquent irrecevable. Même s'il avait été recevable, il aurait de toute manière dû être rejeté pour les motifs mentionnés au considérant 2 ci-dessous. 2. Dans sa décision du 15 décembre 2017, l'intimé a nié le droit aux mesures médicales, au motif que les conditions de l'art. 13 LAI n'étaient pas réalisées. a) 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, première 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). Sont réputées infirmités congénitales les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1 OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC). Selon le chiffre 404 de cette liste, jugé conforme à la loi par le Tribunal fédéral (ATF 122 V 113 consid. 1b), constituent une infirmité congénitale les troubles du comportement des enfants doués d'une intelligence normale, au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou de la capacité

d'établir des contacts, en concomitance avec des troubles de l'impulsion, de la perception, de la cognition, de la concentration et de la mémorisation, lorsqu'ils ont été diagnostiqués et traités comme tels avant l'accomplissement de la neuvième année. Ces symptômes ne doivent pas nécessairement apparaître simultanément, mais peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de neuf ans, seuls certains symptômes indiqués sont médicalement attestés, les conditions du chiffre 404 OIC ne sont pas remplies (Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les mesures médicales de réadaptation de l'AI, CMRM, ch. 404.5 et Annexe 7 ch. 2.1 ; cf. également TF 9C_622/2016 du 30 mars 2017 consid. 4.2.1). 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_105/2013 du 8 juillet 2013 consid. 2.2 ; TFA I 115/03 du 13 avril 2004 consid. 3). Ainsi, 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^{ème} 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 2018, 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). b) En l'espèce, aucune infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC n'a été détectée et traitée avant que le recourant n'atteigne l'âge de neuf ans, comme l'a retenu l'intimé dans la décision du 15 décembre 2017. Il ressort des pièces du dossier que le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité a été posé pour la première fois en mars 2016, soit après que le recourant ait atteint l'âge de neuf ans, par la neuropsychologue Z._____, qui a précisé, dans son rapport du 24 mars 2016, qu'elle avait procédé à une évaluation neuropsychologique à la demande du Dr A._____ pour une suspicion de TDA-H. Par ailleurs, rien au dossier ne permet de retenir que le recourant présentait, avant ses neuf ans, des symptômes nécessitant un traitement et dont la présence permettrait de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments présidant à son émergence existaient déjà avant la neuvième année. Au contraire, une évaluation cognitive faite en mars 2015 par la psychologue scolaire avait révélé des résultats dans les normes. Le fait que le Dr G._____ ait indiqué à l'OAI, sur la base d'un échange téléphonique intervenu avec le Dr A._____, que l'état de santé du recourant avait eu une influence sur sa scolarité depuis 2012, ne suffit pas pour retenir que les critères diagnostiques permettant de retenir l'existence d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC auraient été posés médicalement déjà en 2012. Il en va de

même des pièces produites par le recourant au stade du recours. En effet, les notes manuscrites de décembre 2012, qui seraient du Dr A. _____, se limitent à mentionner que « chez les trois personnes interrogées, il ressort que l'enfant a un déficit de l'attention », sans aucune précision sur les symptômes présentés ni sur les constatations du pédiatre. Sur la base des trois questionnaires joints aux notes manuscrites, il n'est pas non plus possible de retenir que les symptômes relevant du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC étaient présents en 2012, puisqu'il en ressort que le recourant ne présentait pas de troubles de l'impulsivité et que ces questionnaires ne font notamment pas état de troubles de l'affectivité ou de la capacité d'établir des contacts. A noter que dans le formulaire de demande de prestations, les parents du recourant ont indiqué que l'atteinte à la santé existait depuis 2015.

Concernant le traitement, il ressort sans conteste du dossier qu'il a débuté après la neuvième année du recourant. Le Dr A. _____, qui était le pédiatre traitant du recourant jusqu'à novembre 2016, a indiqué que le traitement avait débuté en décembre 2015. Il ressort en outre du dossier que ce médecin a instauré la prise de Ritaline en février 2016 et que le suivi psychothérapeutique a commencé en mars 2016. Ces informations ne sont pas contredites par le Dr G. _____, qui a confirmé que la thérapie avait commencé au début de l'année 2016. Les notes manuscrites du Dr A. _____ produites par le recourant, qui mentionnent simplement qu'il y a lieu de « voir ce que l'on peut mettre en place », ne suffisent pas à établir qu'un traitement aurait débuté avant l'âge de neuf ans, d'autant plus que les autres pièces du dossier, en particulier le rapport établi par ce médecin à l'attention de l'intimé, confirment le contraire. Au de ce qui précède, aucune de deux conditions cumulatives du chiffre 404 de l'annexe à l'OIC ne sont réalisées en l'espèce, de sorte que le droit à des mesures médicales sous l'angle de l'art. 13 LAI n'est pas ouvert. 3. Il reste à examiner le droit aux mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI, dès lors que le recours dirigé contre la décision rendue le 26 octobre 2020 est recevable. 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 LPG). 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). Le Tribunal fédéral a encore jugé que l'amélioration de la capacité de gain par une mesure médicale peut déjà être qualifiée d'importante, au sens de l'art. 12 LAI, lorsqu'il est possible de prévoir que l'assuré devenu majeur sera capable, grâce à la mesure préconisée, de gagner mensuellement quelques centaines de francs, le cas échéant en travaillant dans un atelier protégé (cf. TF I 408/06 du 15 mars 2007 consid. 4.2 in fine et les références).

b) 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 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). Selon le ch. 32 CMRM les critères cumulatifs à prendre en considération lorsqu'il s'agit d'appliquer l'art. 12 LAI sont les suivants : L'invalidité doit être avérée ou probable. La mesure médicale ne peut pas être prévue pour une longue durée indéterminée. Il ne doit pas y avoir d'affections secondaires importantes susceptibles de leur côté de diminuer la capacité de gain. L'amélioration de la capacité de gain doit être importante et durable. La mesure médicale doit pouvoir se fonder sur un pronostic favorable. Les mesures doivent être indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Les prestations octroyées doivent être économiques. Il faut que la décision de l'office AI permette de connaître le genre, la durée (horizon temporel) et le volume (intensité et/ou fréquence, nombre et durée des séances) et le but de la prestation, sachant qu'une mesure médicale doit autant que possible être coordonnée avec les médecins qui ont traité le patient jusque-là. Un contrôle de la réussite thérapeutique du traitement, associant les médecins traitants, doit être effectué régulièrement. Les infirmités congénitales de peu d'importance ne permettent pas de fonder un droit à des prestations. Il doit exister un rapport raisonnable et acceptable entre les dépenses et le succès de la mesure. Le succès de la réadaptation ne saurait à lui seul représenter un critère valable de délimitation dans le cadre de l'art. 12 LAI. Un acte thérapeutique qui a pour seul effet d'inhiber les symptômes ne peut pas être reconnu comme une mesure médicale au sens de l'art. 12 LAI, même s'il est indispensable en vue d'une insertion scolaire ou professionnelle (TF 8C_106/2014 du 9 avril 2014 consid.5.2). Chez les mineurs, une psychothérapie ne peut être à charge de l'assurance-invalidité que si elle n'a pas de caractère durable (TF 8C_106/2014 du 9 avril 2014 consid. 5.2 ; 8C_269/2010 du 12 août 2010 consid. 2.2). c) En l'espèce, le Dr G._____ a indiqué en décembre 2019 que le recourant continuait à avoir besoin d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré incluant l'administration d'un psychostimulant associé à une psychothérapie. Il avait objectivé une nette amélioration des troubles du TDA-H sous traitement psychostimulant de méthylphénidate, mais le pronostic était encore réservé et il estimait que de nouvelles évaluations médicales ultérieures pourraient aider à se prononcer sur le pronostic. Interpellé par l'intimé sur la durée prévisible du traitement, le Dr G._____ n'a pas été en mesure de répondre de manière précise, puisqu'il a indiqué le 7 septembre 2020 que la durée de la psychothérapie était encore imprévisible, en précisant que ce suivi devrait se poursuivre au moins jusqu'à la majorité. En novembre 2016, le Dr A._____ avait aussi observé une amélioration du comportement du recourant et des résultats scolaires avec la prise de Ritaline, mais sans se déterminer sur la durée prévisible du traitement. Les rapports des autres praticiens consultés ne contiennent pas d'indications sur la durée prévue des mesures médicales. Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la durée des mesures médicales n'est pas déterminée et reste aléatoire. Elle dépendra d'une évolution favorable de l'état de santé, dont on ne peut pas dire si elle se réalisera ou non et, le cas échéant, quand. Par ailleurs, il ressort des informations reçues du Dr G._____ que la thérapie est destinée à traiter l'affection comme telle et ses conséquences. Ce spécialiste a indiqué que la thérapie utilisait une approche cognitivo-comportementale agissant sur le comportement, les pensées et les émotions. L'objectif du traitement psychothérapeutique était de permettre

au recourant de modifier son comportement afin de favoriser chez lui la recherche de stratégies réfléchies non-impulsives et non violentes face à la difficulté et de favoriser le maintien de relations interpersonnelles stables dans son environnement, notamment scolaire. La thérapie visait aussi à améliorer l'estime du recourant et sa confiance en lui. La thérapie devait en outre lui permettre d'améliorer ses capacités organisationnelles. Les relations entre le thérapeute et l'entourage du recourant garantissait en outre une amélioration de la communication avec les partenaires du recourant dans le but de réduire le niveau d'anxiété du recourant. Au vu de ce qui précède, les conditions d'octroi de mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI ne sont pas réalisées et l'intimé était fondé à les refuser.

4. La demande du recourant tendant à la comparution du Dr A. _____ doit être rejetée. Ses rapports médicaux figurent au dossier et il ne suit plus l'enfant depuis 2016, de sorte que son audition n'aurait aucune incidence sur l'issue du litige sous l'angle de l'art. 12 LAI, ni sur le recours fondé sur l'application de l'art. 13 LAI lequel est irrecevable.

5. a) En conclusion, le recours contre la décision du 15 décembre 2017 est irrecevable et le recours dirigé contre la décision du 26 octobre 2020 est rejeté. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Il convient de les fixer à 200 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas de gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours dirigé contre la décision rendue le 15 décembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est irrecevable. II. Le recours dirigé contre la décision rendue le 26 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est rejeté. III. La décision rendue le 26 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de A.I. _____. V. 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 à : ■ Me Flore Primault (pour le recourant), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.