

VD_GERICHTE ZD14.044310 vom 3. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.044310

FR: VD_GERICHTE ZD14.044310 du 3 août 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.044310 del 3 agosto 2015

Erwägungen

E. 1.1

Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

E. 1.2

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

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

E. 1.3

Les recours de l'assuré et d'Assura-Basis SA ont tous deux été formés en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'ils sont recevables. L'on ajoutera que le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. D'après l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose alors des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également à cet égard : art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1). En l'espèce, en sa qualité d'assurance-maladie susceptible d'être amenée à assumer les frais de la mesure litigieuse à titre subsidiaire (cf.

art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie ; RS 832.10] et art. 64 LPGA), Assura-Basis SA a indubitablement la qualité pour recourir contre la décision de refus de mesures médicales rendue par l'OAI le 1er octobre 2014.

- 17 -

E. 1.4

En outre, l'art. 24 al. 1 LPA-VD prévoit que l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation de faits identique ou à une cause juridique commune. Dans la mesure où les recours interjetés respectivement par l'assuré le 4 novembre 2014 (enregistré sous le numéro de cause AI 254/14) et par Assura-Basis SA le 6 novembre 2014 (portant numéro de cause AI 259/14) sont tous deux dirigés contre la décision de l'OAI du 1er octobre 2014, ils se rapportent à une situation de faits identique et à une cause juridique commune, tandis qu'ils formulent des conclusions similaires. Il convient dès lors de joindre les causes AI 254/14 et 259/14 et de se prononcer sur les deux recours concernés à l'issue du présent arrêt.

E. 2

Est litigieuse in casu la prise en charge des frais afférents au traitement des troubles du comportement affectant le recourant, soit à la psychothérapie dispensée dès le 5 février 2013 par le Dr S._____. Il est en revanche incontesté que l'assuré présente une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI, soit « une épilepsie myoclonico-astatique » congénitale, correspondant au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. L'intimé a d'ailleurs octroyé diverses prestations à ce titre, singulièrement des mesures médicales destinées à traiter tant l'épilepsie que des affections secondaires à celle-ci. Ainsi, par exemple, l'OAI a-t-il décidé de financer les coûts de la médication de Strattera® destinée au traitement de l'hyperactivité observée auprès de l'assuré, ainsi que l'a relevé Assura-Basis SA aux termes de son mémoire de recours du

E. 6

novembre 2014. Cela étant, l'intimé a refusé d'assumer le coût de la psychothérapie mise en œuvre dès le 5 février 2013 auprès du Dr S._____, en se référant au chiffre 403.4 CMRM. En premier lieu, il s'agira de se prononcer sur l'applicabilité au cas d'espèce des règles administratives corrélées au chiffre 403 de

- 18 - l'annexe à l'OIC, traitant de l'oligophrénie, en sus de celles liées au chiffre 387 de ladite annexe. Il conviendra dans ce contexte de déterminer si – comme le soutient l'office intimé – le chiffre 403.4 CMRM serait doté d'une portée générale eu égard à la prise en charge des coûts d'une psychothérapie. Selon l'OAI, ce chiffre fixerait valablement le principe du défaut de simplicité et d'adéquation d'un tel traitement dans les cas où un assuré présenterait un retard mental en sus d'une infirmité congénitale correspondant à un chiffre de l'annexe à l'OIC, mais qui ne ressortirait pas nécessairement au chiffre 403 de cette annexe. Il s'imposera en second lieu d'examiner si la mesure de psychothérapie entamée le 5 février 2013 remplit les conditions posées par l'art. 2 al. 3 OIC et cas échéant, s'il incombe à l'intimé ou à Assura-Basis SA d'en assumer les coûts. A cet égard, tant le recourant que Assura-Basis SA considèrent la psychothérapie dispensée à l'assuré comme une mesure simple et adéquate laquelle aurait au demeurant déjà porté ses fruits dans le traitement des troubles du comportement observés. Quant à l'OAI, il estime que le retard mental – quand bien même léger – affectant le recourant ne lui permet pas de bénéficier

pleinement d'une mesure psychothérapeutique, de sorte que ce traitement ne serait ni simple, ni adéquat. S'agissant du rapport entre le coût de la psychothérapie et le bénéfice retiré, l'intimé s'en est remis à l'appréciation de la Cour de céans. 3. A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. 3.1 Conformément à l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 3 al. 2 LPGA jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1). Le Conseil fédéral établira une liste de ces infirmités. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

- 19 - L'existence de l'art. 13 LAI s'explique historiquement par le fait que, lors de l'entrée en vigueur de la LAI (en 1960), il n'y avait pas encore d'assurance-maladie obligatoire. Depuis 1996, l'assurance-maladie obligatoire prend également en charge les conséquences financières des infirmités congénitales, toutefois de manière subsidiaire par rapport à l'AI (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 395/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2, in : SVR 2003 IV n° 12 p. 35). 3.2 Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC. Aux termes de cette ordonnance, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1, première phrase, OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC). En prenant en charge le traitement des infirmités congénitales des assurés âgés de moins de 20 ans révolus, l'AI encourage et finance dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – de handicaps qui seront susceptibles d'entraver les assurés à l'âge adulte. On notera en particulier que le traitement de l'affection en tant que telle est compris dans le cadre l'art. 13 LAI ; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc). Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexée, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2,

- 20 - deuxième phrase, OIC ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416). 3.3 Selon la jurisprudence, la liste de l'annexe de l'OIC se fonde sur un critère fonctionnel ; sa systématique permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. Pour des affections polysymptomatiques, le traitement d'une pluralité de troubles est à la charge de l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC (TF 9C_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ; TFA I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5a). Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien de

causalité adéquate qualifiée (ATF 129 V 207 consid. 3.3). Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable (ATFA 1962 p. 48 consid. 1). Il n'est cependant pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse elle-même les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale spécifique ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence

- 21 - de la causalité adéquate (VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 75 consid. 3b ; ATF 100 V 41 consid. 1 ; TFA I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b et les références ; cf. également Valterio, op.cit., n° 1552 p. 420). Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate (TF 8C_80/2010 du 15 juin 2010 consid. 2.2 et jurisprudence citée ; cf. également Valterio, op. cit., ibidem). Dans tous les cas, la reconnaissance du lien de causalité doit être soumise à une appréciation restrictive du fait précisément que l'art. 13 LAI limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale comme telle (VSI 1998 p. 252 consid. 2a). 3.4 S'agissant de l'étendue des mesures, l'art. 14 LAI prévoit que les mesures médicales comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (al. 1 let. a), ainsi que les médicaments ordonnés par le médecin (al. 1 let. b). 3.5 En outre, sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIC). Une méthode de traitement est considérée comme éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire réputée scientifiquement reconnue, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif à cet égard réside dans le résultat des expériences et dans le succès d'une thérapie déterminée (ATF 123 V 58 consid. 2b/aa et les références ; TFA I 462/01 du 4 juillet 2002 consid. 2a).

- 22 - Le seul fait qu'une mesure médicale ne supprime pas ou ne stabilise pas durablement les symptômes d'une maladie, mais en retarde uniquement l'aggravation ou en atténue temporairement les effets ne permet pas d'exclure d'emblée ni son caractère scientifiquement reconnu, ni son caractère simple et adéquat (TF 9C_197/2013 du 20 juin 2013 consid. 6.3.3 ; TFA 462/01 du 4 juillet 2002 consid. 2b). 4. L'obligation de l'AI de verser des prestations pour les infirmités congénitales et la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la CMRM (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1er janvier 2014), édictée par l'OFAS. Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elle ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que l'administration ne rende des décisions viciées qu'il faudra ensuite annuler ou révoquer, et d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative. Selon la jurisprudence, ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent

pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce, voire qu'elles présentent la jurisprudence de la Haute Cour en vigueur. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (cf. ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 132 V 200 consid. 5.1.2 ; 131 V 42

- 23 - consid. 2.3 ; 129 V 200 consid. 3.2 ; 127 V 57 consid. 3a ; 126 V 64 consid. 4b et références citées). En tant qu'aides interprétatives, les instructions ne constituent pas un fondement pour poser des exigences matérielles limitatives supplémentaires (ATF 126 V 421 consid. 5a ; 109 V 166 consid. 3b). 5. S'agissant plus précisément des chiffres de l'annexe à l'OIC intéressant le cas d'espèce, ont été examinés et pris en considération par l'intimé les chiffres 387 et 403 de cette annexe. 5.1 Le chiffre 387 de l'annexe à l'OIC a trait aux « épilepsies congénitales », précisant que « les formes ne nécessitant pas une thérapie anti-convulsive ou seulement lors d'une crise sont exclues ». Le chiffre 387.5 CMRM vient souligner qu'entrent en ligne de compte comme symptômes psycho-pathologiques (équivalents) en lien avec ces pathologies : les troubles de la parole et du langage, la difficulté d'écrire et d'apprendre et les troubles du comportement. Comme de telles particularités psychiques peuvent avoir des significations très variées et d'autres origines, la confirmation par des altérations épileptiques manifestes sur l'EEG [réf. : électro-encéphalogramme] pendant la phase d'accès et dans l'intervalle est indispensable (plusieurs complexes manifestes de pointes-ondes se détachant clairement de l'activité de base). 5.2 Quant au chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, il se rapporte à une « oligophrénie congénitale », mais « seulement pour le traitement du comportement éréthique ou apathique ». En vertu du chiffre 403.3 CMRM, il y a aussi oligophrénie congénitale lorsqu'elle ne représente qu'un symptôme accessoire d'une infirmité congénitale pour laquelle aucun traitement ne peut être envisagé

- 24 - et qui ne figure de ce fait pas dans la liste des infirmités congénitales (par ex. la trisomie 21). D'après le chiffre 403.4 CMRM, seuls sont pris en charge par l'AI les traitements médicaux reconnus comme étant simples et adéquats, qui visent à traiter de manière spécifique et exclusive le comportement apathique ou éréthique. Leur classement sous le ch. 404 OIC n'est pas admissible. En règle générale, pour les cas d'oligophrénie, la psychothérapie n'est pas considérée comme une thérapie simple et adéquate (rapport investissement-gain). 5.3 Relativement aux mesures de psychothérapie, la CMRM préconise plus généralement à son chiffre 1045 que l'AI prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale. Il est par ailleurs renvoyé au chiffre 11 CMRM, lequel souligne la prise en charge par l'AI des traitements des manifestations pathologiques secondaires en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale principale, conformément à la jurisprudence citée supra sous considérant 3.3.

E. 6.1

In casu, ainsi qu'il a été relevé plus haut sous considérant 2, il ne fait pas de doute que le recourant est atteint d'une épilepsie entrant dans le champ d'application du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. Ce constat ressort manifestement des observations cliniques et de l'ensemble des avis communiqués par les spécialistes traitants de l'assuré, auxquels le Dr

K._____ du SMR s'est d'ailleurs rallié (cf. notamment rapports des Drs H._____ du 22 avril 2008 et M._____ du 13 juin 2012, ainsi que de Mme V._____ du 9 décembre 2010).

- 25 -

E. 6.2

Il a également été relaté que l'épilepsie induisait auprès du recourant « un retard de développement, des troubles comportementaux et dysexécutifs, des troubles spécifiques langagiers, moteurs, praxiques et gnosiques, ainsi qu'un déficit d'attention majeure » (cf. rapport de Mme V._____ du 9 décembre 2010). Ces conséquences de l'épilepsie ont engendré des suivis spécialisés et traitements spécifiques dont l'OAI a légitimement décidé d'assumer les coûts sous l'angle du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC (cf. p. ex. communications d'octroi de l'ergothérapie ambulatoire des 19 février 2009, 14 décembre 2010 et 2 octobre 2012). Dans ce contexte, les spécialistes en charge du cas du recourant n'ont aucunement envisagé le diagnostic particulier faisant l'objet du chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, soit l'oligophrénie congénitale, pour distinguer le retard mental léger observé auprès de l'assuré de l'atteinte principale à sa santé constituée par l'épilepsie. Au demeurant, ainsi que le retient de toute façon le chiffre 403.3 CMRM, l'oligophrénie est prise en compte en tant que telle, sous l'angle du chiffre 403 de l'annexe à l'OIC, dans la mesure où il s'agit d'un symptôme accessoire à une infirmité ne figurant pas dans la liste annexée à l'OIC. Tel n'est pas le cas en l'occurrence puisque la pathologie dont souffre l'assuré ressort au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC. En outre, s'agissant spécifiquement des troubles du comportement observés auprès du recourant, les échanges entre le Dr M._____, qui a d'ailleurs renvoyé à la doctrine pertinente (cf. son courrier du 15 janvier 2014), et le Dr K._____ du SMR ont convaincu ce dernier que ces troubles constituaient une atteinte à la santé « secondaire » à l'épilepsie l'affectant à titre principal, au sens entendu par la jurisprudence citée plus haut sous considérant 3.3. Les réponses du Dr M._____ du 15 janvier 2014 à l'attention du SMR sont sans équivoque à cet égard, de même d'ailleurs

- 26 - que le constat précédemment communiqué par le Dr S._____ le 17 septembre 2013 et les observations consignées par Mme V._____ dans son rapport d'examen neuropsychologique du 30 octobre 2013. Par ailleurs, de tels troubles sont expressément énumérés comme symptômes psycho-pathologiques possibles de l'épilepsie au chiffre 387.5 CMRM. Il s'ensuit que le SMR, respectivement l'OAI, ont admis à bon droit que les troubles du comportement relevés auprès de l'assuré devaient être considérés comme des affections secondaires à l'épilepsie ressortant au chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et confirmé le lien de causalité adéquate qualifié entre ces troubles et l'atteinte principale à la santé. Vu les éléments qui précèdent, l'on ne voit pas que le chiffre 403 de l'annexe à l'OIC puisse trouver application dans le cas d'espèce, puisque la totalité des problèmes de santé évoqués auprès du recourant, y inclus les troubles du comportement, résulte de son épilepsie. Les frais afférents à leur traitement doivent ainsi être pris en charge sous couvert du chiffre 387 de l'annexe à l'OIC.

E. 7

Il convient à ce stade de déterminer si le chiffre 403.4 CMRM a lieu d'être considéré comme une disposition administrative de principe en matière de prise en charge des frais de psychothérapie. A l'instar du recourant et de Assura-Basis SA, l'on ne voit pas que le texte

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

- 27 - Quoi qu'en dise l'intimé, l'absence de restrictions légales ou réglementaires claires quant à la prise en charge d'un traitement de psychothérapie, en présence d'un retard mental corrélé à une infirmité répertoriée dans l'annexe à l'OIC, permet bien davantage de considérer que le chiffre 403.4 CMRM instaure, non pas un principe, mais une situation exceptionnelle en cas d'oligophrénie associée à une infirmité non répertoriée. Cette conclusion s'impose au demeurant à la lecture du chiffre 1045 CMRM puisqu'il y est précisé que l'AI prend en charge la psychothérapie lorsque les troubles psychiques font partie des symptômes ou constituent une conséquence d'une autre infirmité congénitale. Il est en outre expressément renvoyé au chiffre 11 CMRM qui rappelle la prise en charge par l'AI des traitements des manifestations pathologiques secondaires en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale principale. Le cas du recourant ressort d'ailleurs manifestement de cette règle administrative du fait de la reconnaissance de l'infirmité congénitale répertoriée sous chiffre 387 de l'annexe à l'OIC et de ses troubles du comportement en tant qu'atteintes à la santé secondaires à cette affection principale, au sens d'ailleurs également du chiffre 387.5 CMRM.

E. 8

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

E. 8.1

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

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

patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, un rapport médical émanant du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) qui a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous

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

E. 8.2

Quant au caractère simple et adéquat du traitement de psychothérapie litigieux, l'on relèvera à cet égard que les documents versés au dossier de l'assuré permettent de conclure que ce traitement lui était recommandé et lui a été bénéfique. La spécialiste en neuropsychologie, Mme V. _____, a en effet expressément préconisé de discuter des options thérapeutiques des troubles du comportement avec le pédopsychiatre (cf. rapport du 30 octobre 2013), tandis que le Dr M. _____ a conseillé un tel suivi dans sa correspondance à l'OAI du 29 août 2013. Le Dr S. _____ s'est pour sa part largement exprimé sur les effets bénéfiques de la psychothérapie en lien avec le comportement du recourant, relatant ses progrès par le détail (cf. à cet égard rapports des 3 avril 2013 et 23 septembre 2014). Ses explications, communiquées notamment au terme de plus d'une année de traitement, précisent les problématiques comportementales objectivées auprès du recourant et leur évolution au fil du traitement, tout en faisant état des éléments d'anamnèse pertinents et des plaintes subjectives manifestées par l'entourage de l'assuré. Elles apparaissent globalement suffisamment étayées et convaincantes pour justifier que les rapports de ce spécialiste se voient conférer pleine valeur probante.

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

E. 8.3

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

E. 9

Indépendamment de ces éléments, même si par impossible la restriction imposée par le chiffre 403.4 CMRM devait être appliquée au cas d'espèce, l'on ne parviendrait pas à une autre conclusion. Ce chiffre n'exclut pas catégoriquement la prise en charge de la psychothérapie, mais uniquement en règle générale, sans que l'intimé ne se soit prononcé à ce sujet. Il s'agirait ainsi de constater qu'en sus de la réceptivité du recourant aux mesures de psychothérapie, le coût de ce traitement s'avère de toute façon proportionné aux

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

- 31 -

E. 10

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

E. 10.1

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé sont arrêtés à 500 francs.

E. 10.2

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés in casu à 1'800 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). Quoique Assura-Basis SA obtienne également gain de cause, elle ne saurait en revanche prétendre des dépens de la part de l'intimé, dans la mesure où en sa qualité d'assureur social, elle dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (cf. ATF 134 V 340).

- 32 -

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