

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 décembre 2025

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mmes Pasche et Brélaz-Braillard, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**CSS ASSURANCE-MALADIE SA**, à Lausanne, recourante,

et

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

et

**A. B.**\_\_\_\_\_, à J\*\*\*, appelé en cause, représenté par sa mère, **B.B.**\_\_\_\_\_, à J\*\*\*, elle-même représentée par le Service des curatelles et des tutelles professionnelles, à H\*\*\*, ainsi que par son père, **C.C.**\_\_\_\_\_, à J\*\*\*.

---

**Art. 3 al. 2, 27, 59 et 70 al. 2 let. a LPGA ; 13 et 26<sup>bis</sup> al. 2 LAI ; art. 24 al. 1 RAI ; ch. 405 de l'Annexe à l'OIC.**

**E n f a i t :**

**A.** A. B.\_\_\_\_\_ (ci-après également : l'assuré), né en \*\*\*, a souffert d'un retard de langage et d'un trouble envahissant du développement depuis 2010.

Représenté par ses parents, B.B.\_\_\_\_\_ et C.C.\_\_\_\_\_, il a requis la prise en charge de mesures médicales (psychothérapie et logopédie) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par demandes déposées les 26 avril et 6 août 2012.

L'OAI a pris en charge les frais afférents au traitement de l'infirmité congénitale affectant l'assuré, répertoriée sous chiffre 406 (psychoses primaires du jeune enfant) de l'Annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; RS 831.232.21 ; cf. communications de l'OAI des 15 février, 14 juin 2013 et 4 octobre 2016).

**B.** Par demande formelle adressée à l'OAI le 24 mars 2023, A. B.\_\_\_\_\_, représenté par ses parents, a requis des mesures destinées à la réadaptation professionnelle et a été mis au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle du 15 mai au 14 août 2023 au sein de la Fondation G.\_\_\_\_\_ (cf. communication de l'OAI du 3 mai 2023).

Dans une correspondance subséquente du 4 mai 2023, l'assuré a sollicité la prise en charge d'un suivi psychothérapeutique, exposant souffrir de phobie scolaire depuis l'hiver 2023.

Par rapport à l'OAI du 22 mai 2023, la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a indiqué avoir suivi l'assuré jusqu'en juin 2021. Il était désormais pris en charge au sein du Cabinet K.\_\_\_\_\_ par une psychologue et psychothérapeute « en formation », F.\_\_\_\_\_. La Dre D.\_\_\_\_\_ avait néanmoins rencontré l'assuré à quelques reprises aux fins d'établir son

rapport. Elle signalait que ce dernier souffrait d'un trouble anxieux avec phobie situationnelle depuis juillet 2022, d'un trouble dépressif de gravité moyenne, d'une dysphasie, ainsi que d'un possible trouble du spectre autistique qu'il convenait d'investiguer. Elle préconisait la poursuite du suivi psychothérapeutique hebdomadaire entrepris depuis février 2023 auprès de la psychologue F.\_\_\_\_\_ et d'un traitement antidépresseur, une prise en charge familiale et éventuellement un soutien infirmier ou ergothérapeutique. Était annexé notamment un rapport de la psychologue F.\_\_\_\_\_, non daté, destiné à attester du besoin de soutien et d'accompagnement requis par l'assuré pour choisir et poursuivre une formation professionnelle initiale.

Par communication du 8 novembre 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale désormais répertoriée sous chiffre 405 (troubles du spectre de l'autisme) de l'Annexe à l'OIC-DFI (ordonnance du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 ; RS 831.232.211) à compter du 1<sup>er</sup> avril 2023.

Dans une correspondance du 8 novembre 2023, l'OAI a toutefois refusé d'assumer les frais du suivi dispensé par F.\_\_\_\_\_ du Cabinet K.\_\_\_\_\_, dans la mesure où celle-ci ne figurait pas dans la liste des thérapeutes reconnus par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), telle qu'établie au 31 octobre 2023.

CSS Assurance-Maladie SA (ci-après également : l'assureur ou la recourante) a contesté les termes de la correspondance précitée par courrier du 4 décembre 2023, relevant que l'OAI avait connaissance depuis mai 2023 de la prise en charge psychothérapeutique dispensée par la psychologue F.\_\_\_\_\_ auprès du Cabinet K.\_\_\_\_\_. Or, l'OAI avait tardivement informé les parents de l'assuré d'un possible refus de prise en charge du fait de la non-reconnaissance de cette praticienne par l'OFAS. Il en résultait un préjudice pour l'assuré, lequel devrait débiter un suivi auprès d'un nouveau thérapeute et créer un nouveau rapport de confiance. L'assuré avait été mis devant le fait accompli, sans délai pour

se conformer aux exigences de l'OAI. CSS Assurance-Maladie SA sollicitait la prise en charge du suivi dispensé par la psychologue F.\_\_\_\_\_ jusqu'à l'échéance d'un délai octroyé en vue d'un changement de thérapeute.

Par décision du 14 décembre 2023, l'OAI a confirmé le refus de prise en charge du suivi psychothérapeutique prodigué par la psychologue F.\_\_\_\_\_, rappelant que les mandataires devaient satisfaire aux prescriptions fédérales et cantonales pour être reconnus par l'assurance-invalidité. Tel n'était pas le cas de la précitée qui ne figurait pas sur la liste établie par l'OFAS. L'OAI ne pouvait par ailleurs se voir reprocher un manquement à son obligation de renseigner ou un comportement contraire à la bonne foi, vu le délai raisonnable mis au traitement de la demande de l'assuré.

**C.** CSS Assurance-Maladie SA a déféré la décision de l'OAI du 14 décembre 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 25 janvier 2024. Elle a conclu à sa réforme en ce sens que le coût des prestations dispensées en faveur d'A. B.\_\_\_\_\_ par la psychologue F.\_\_\_\_\_, active au sein du Cabinet K.\_\_\_\_\_, soit assumé par l'assurance-invalidité du 25 janvier au 13 décembre 2023. Elle s'est prévaluée, sur le plan formel, d'une violation du droit d'être entendu, considérant que la décision litigieuse était dénuée de motivation. Il n'était en effet pas possible de déterminer les critères de reconnaissance des thérapeutes déterminants pour l'OAI. Sur le fond, elle a considéré que l'OAI avait violé son obligation de renseigner et contrevenu à la bonne foi. L'OAI avait appris en mai 2023 que l'assuré était suivi auprès de la psychologue F.\_\_\_\_\_, sans informer immédiatement ses parents de sa non-reconnaissance sur la liste des thérapeutes admis par l'OFAS. Il en résultait un préjudice pour l'assuré, respectivement ses parents, dans la mesure où un changement de thérapeute aurait d'emblée pu être envisagé, ainsi que pour CSS Assurance-Maladie SA, laquelle avait pu s'attendre au remboursement des prestations avancées par ses soins à hauteur de 4'483 fr. 80.

L'assuré, respectivement ses parents, a été invité à intervenir et se déterminer dans la présente procédure, par correspondance du magistrat instructeur du 22 février 2024.

L'OAI a répondu au recours le 18 mars 2025 et conclu à son rejet, se référant aux termes de la décision litigieuse, ainsi qu'au déroulement de l'instruction de la demande formulée par courrier du 5 [recte : 4] mai 2023.

Par réplique du 2 mai 2024 et duplique du 5 juin 2024, CSS Assurance-Maladie SA et l'OAI ont maintenu leurs conclusions respectives.

Faisant suite à une requête de précisions du magistrat instructeur du 12 juin 2025, l'OAI a indiqué, le 9 juillet 2025, les bases légale et réglementaire fondant sa décision. Il a également souligné la teneur de la convention concernant la réalisation d'examens et de traitement psychothérapeutique à la charge de l'assurance-invalidité, conclue par l'OFAS et les associations professionnelles concernées. Depuis avril 2025, les personnes en formation pouvaient être reconnues à certaines conditions et figuraient sur une liste spécifique. La psychologue F.\_\_\_\_\_ n'y figurait toujours pas. La liste des psychologues et psychothérapeutes reconnus par l'OFAS au 31 octobre 2023 n'était au surplus plus consultable en ligne.

CSS Assurance-Maladie SA a considéré que les déterminations de l'OAI étaient insuffisantes et maintenu ses conclusions par correspondance du 25 août 2025.

Sur questions du magistrat instructeur du 5 septembre 2025, CSS Assurance-Maladie SA a souligné, le 25 septembre 2025, que la psychologue F.\_\_\_\_\_ bénéficiait d'une supervision par quatre psychothérapeutes agréés au sein du Cabinet K.\_\_\_\_\_. Cette organisation de psychologues, disposant d'un numéro RCC, était reconnue et pouvait pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire.

A la demande du magistrat instructeur du 28 novembre 2025, l'Office du médecin cantonal au sein de la Direction générale de la santé a indiqué, par courrier du 28 novembre 2025 que la psychologue F. \_\_\_\_\_ exerçait, depuis le 1<sup>er</sup> février 2023, en qualité d'assistante psychothérapeute au sein du Cabinet K. \_\_\_\_\_ à H\*\*\*. Elle avait été régulièrement annoncée et ne faisait l'objet d'aucune procédure disciplinaire.

L'assuré, respectivement ses parents, tenu informé des diverses écritures des parties, ne s'est pour sa part pas manifesté.

### **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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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)** Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Conformément à l'art. 70 al. 2 let. a LPGA, l'assureur-maladie est tenu de prendre en charge provisoirement les prestations en nature dont la prise en charge par l'assurance-invalidité est contestée. A cet égard, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire : cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Selon la jurisprudence, l'assureur-maladie a ainsi qualité pour recourir contre une décision d'un office AI relative à des mesures médicales (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4<sup>ème</sup> édition,

Genève/Zurich/Bâle 2020, n. 54 ad art. 59 LPGA ; cf. ATF 114 V 94 consid. 3d) dans la mesure où il lui incombe de prendre en charge les mesures médicales qui ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité (cf. art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]).

**c)** 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 interjeté par CSS Assurance-Maladie SA est recevable.

**d)** Aux termes de l'art. 81 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, appeler en cause ou autoriser l'intervention de personnes qui pourraient avoir qualité de partie au sens de l'art. 13 LPA-VD. Cette disposition prévoit à son al. 1 let. a qu'ont qualité de parties en procédure administrative les personnes susceptibles d'être atteintes par la décision à rendre et qui participent à la procédure. L'intervention de l'assuré, appelé en cause à la procédure, a été ordonnée au vu des circonstances du cas d'espèce, dès lors qu'il a également un intérêt digne de protection ou juridique dans la présente procédure, à savoir l'annulation de la décision du 14 décembre 2023, et qu'il dispose de la qualité pour recourir.

**2. a)** La recourante soulève un grief d'ordre formel, à savoir le défaut de motivation de la décision querellée, sur lequel il convient de se prononcer d'entrée de cause, avant d'examiner les griefs matériels avancés.

**b)** Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit

mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

**c)** Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut néanmoins être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**d)** En l'occurrence, la recourante estime que la décision du 14 décembre 2023 ferait insuffisamment état des motifs du refus signifié par l'intimé. Il convient toutefois d'observer que les termes de la décision précitée permettent de comprendre que l'intimé considère que la psychologue F.\_\_\_\_\_, en formation, ne remplit pas les exigences posées par l'OFAS pour voir ses prestations prises en charge par l'assurance-invalidité. On retient aussi que l'intimé estime avoir traité la demande de prestations de l'assuré dans un délai raisonnable, sans violation de son devoir d'informer et en respectant le principe de la bonne foi. On ne saurait dès lors reprocher un défaut de motivation qui justifierait de reconnaître une violation du droit d'être entendu en l'espèce. Par ailleurs, la recourante a pu exposer son point de vue et formuler ses griefs auprès de la Cour de céans, dotée d'un plein pouvoir d'examen. Il n'y a donc pas lieu de s'attarder davantage sur le grief formel dont se prévaut la recourante, alors qu'elle ne conclut de toute façon pas à l'annulation de la décision querellée pour ce motif.

**3.** Le litige a pour objet la prise en charge par l'assurance-invalidité des frais engendrés par le traitement de psychothérapie prodigué par la psychologue F.\_\_\_\_\_, active au sein du Cabinet K.\_\_\_\_\_, en faveur d'A. B.\_\_\_\_\_. Il est au demeurant incontesté que l'assuré souffre de l'infirmité congénitale répertoriée au chiffre 405 de l'Annexe à l'OIC-DFI (cf. également : art. 3 al. 2 LPGA) et a droit aux mesures médicales entrant en ligne de compte en vertu de l'art. 13 LAI.

**4. a)** Dans le cadre du refus de prise en charge des prestations servies par la psychologue F.\_\_\_\_\_, la recourante fait valoir que l'intimé aurait violé son obligation d'informer en vertu de la LPGA et, partant, contrevenu à la bonne foi, en particulier à l'égard des parents de l'assuré.

**b)** L'art. 27 LPGA - disposition étroitement liée au principe constitutionnel d'après lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir conformément au principe de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS

101]) - prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2, première phrase).

**c)** Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4.3 ; TF 9C\_753/2016 du 3 avril 2017 consid. 6.1).

**d)** Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilée à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité - ou l'assureur - à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pas pu prétendre en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst (ATF 131 V 472 consid. 5 ; TF 9C\_753/2016 du 3 avril 2017 consid. 6.1).

**e)** D'après la jurisprudence, il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (a), qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences (b) et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (c). Il faut également que celui-ci se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles

il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (d) et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (e). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 ; 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; TF 9C\_753/2016 du 3 avril 2017 consid. 6.1).

**5. a)** L'art. 27 al. 1 LPGA traite du devoir de renseignement en faveur des « personnes intéressées ». Le cercle des personnes est donc plus large que les seules personnes assurées, ce qui paraît logique, dès lors que ce devoir d'information peut concerner des personnes potentiellement assujetties et, cas échéant, leurs proches, voire des tiers. Un fournisseur de prestations ne peut pas invoquer l'art. 27 LPGA en sa faveur (Guy Longchamp, *in* : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2<sup>ème</sup> édition, Bâle 2025, n. 14 à 16 *ad* art. 27 LPGA).

**b)** L'art. 27 al. 2 LPGA n'est pas limité à la personne assurée. Il n'en demeure pas moins que la personne intéressée qui veut se prévaloir de cette disposition doit démontrer qu'elle est titulaire de droits à l'égard de l'assureur ou qu'elle se voit imposer par lui des obligations, à tout le moins potentiellement. Pour le reste, la question de savoir si des tiers, à l'instar des fournisseurs de prestations ou des organes sous-délégués, sont concernés par l'art. 27 LPGA, est disputée en doctrine (Guy Longchamp, *in* : *ibidem*, n. 41 à 43 *ad* art. 27 LPGA).

**6. a)** En l'espèce, indépendamment de la qualité de partie conférée à la recourante et de son obligation de prise en charge provisoire, voire définitive, des prestations querellées, on peut douter du droit de CSS Assurance-Maladie SA de se prévaloir, pour son propre compte, d'une violation, par l'intimé, de son devoir de renseigner l'assuré, respectivement ses parents.

**b)** Au demeurant, ainsi que le soutient l'intimé, on ne voit pas que ce dernier ait violé son obligation de renseigner les précités. On relève en effet que la prise en charge de l'assuré par la psychologue F. \_\_\_\_\_ a été entamée durant l'hiver 2023 (janvier ou février 2023), sans que les parents de l'intéressé n'aient interrogé au préalable l'intimé sur la reconnaissance éventuelle de cette prestataire de soins. En outre, on peut, avec l'intimé, retenir que la demande de prestations corrélative (formulée par correspondance du 4 mai 2023) a été instruite et tranchée dans un délai raisonnable (environ 6 mois).

**c)** On peut, en définitive, exclure que l'art. 27 LPGA trouve application dans le cas d'espèce.

**7.** **a)** A teneur de l'art. 26<sup>bis</sup> LAI, l'assuré peut choisir librement le personnel paramédical, les établissements ou les ateliers ou encore les entreprises présentes sur le marché ordinaire du travail qui mettent en œuvre des mesures de réadaptation et les fournisseurs de moyens auxiliaires pour autant qu'ils satisfassent aux prescriptions cantonales et aux exigences de l'assurance (al. 1). Le Conseil fédéral peut, après avoir entendu les cantons et les associations intéressées, établir des prescriptions suivant lesquelles les personnes et établissements indiqués à l'al. 1 sont autorisés à exercer leur activité à la charge de l'assurance (al. 2).

**b)** Selon l'art. 24 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) peut établir des prescriptions sur l'autorisation d'exercer une activité à charge de l'assurance, conformément à l'art. 26<sup>bis</sup> al. 2 LAI. L'OFAS peut établir une liste des personnes et des institutions satisfaisant aux exigences de l'assurance.

**c)** Le DFI a uniquement fait usage de la délégation de compétence contenue à l'art. 24 al. 1 RAI en édictant l'Ordonnance concernant l'habilitation des audioprothésistes pédiatriques (RS 831.201.26). Dans les autres cas et à défaut d'une réglementation de droit

fédéral, ce sont les prescriptions du droit cantonal qui s'appliquent pour le libre choix (cf. Michel Valterio, *ibidem*, n.7 ss ad art. 26<sup>bis</sup> LAI, p. 374 et les références citées).

**d)** Ainsi, au regard du libre choix des prestataires, seul entre en ligne de compte le droit cantonal. L'existence ou l'absence d'une reconnaissance accordée en vertu du droit cantonal ne touche pas directement l'assuré, mais la personne qui sollicite cette reconnaissance en tant que membre du personnel paramédical. Le thérapeute qui veut être agent d'exécution pour le compte de l'assurance-invalidité doit donc demander à être reconnu par l'autorité cantonale (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n.3 ss ad art. 26<sup>bis</sup> LAI, p. 372 et les références citées).

**8. a)** L'OFAS a conclu, le 4 juin 2007, une convention avec la Fédération Suisse des psychologues (FSP), l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP) et l'Association professionnelle suisse de psychologie appliquée (ASPA), intitulée convention concernant la réalisation d'examens et de traitements psychothérapeutiques à la charge de l'assurance-invalidité. Le chiffre 2 de cette convention, relatif à l'autorisation d'appliquer les mesures de psychothérapie à la charge de l'assurance-invalidité, prévoit que sont autorisés à effectuer une psychothérapie en tant que mesure médicale de réadaptation à la charge de l'assurance-invalidité les psychothérapeutes qui : ont achevé des études supérieures de psychologie comme branche principale, y compris en psychopathologie, dans une université ou une haute école spécialisée et qui ont obtenu le diplôme correspondant ; satisfont aux exigences auxquelles les associations FSP, ASP et ASPA subordonnent la délivrance du titre de psychothérapeute ; satisfont aux exigences cantonales en vigueur en matière d'exercice indépendant de la profession ou (pour les cantons où le droit de pratique n'est pas soumis à autorisation) présentent une attestation du canton en question précisant qu'aucune disposition de droit public ne s'oppose à l'exercice indépendant de la profession ; ont adhéré par écrit à la présente convention (chiffre 2.1 conditions

d'agrément). L'OFAS publie par ailleurs des listes des psychothérapeutes et des personnes en formation reconnus (chiffre 2.2 procédure).

**b)** En droit cantonal vaudois, les art. 46 et 47 REPS (règlement vaudois du 26 janvier 2011 sur l'exercice des professions de la santé ; BLV 811.01.1) concernent les psychothérapeutes non-médecins et les psychologues-psychothérapeutes. L'art. 46 al. 1 REPS prévoit que le candidat à l'autorisation de pratique doit produire au département : une licence universitaire ou un titre jugé équivalent par le département, ainsi que des certificats établissant qu'il a acquis la formation complémentaire en psychothérapie prévue par l'art. 122b al. 2 LSP (loi du 29 mai 1985 sur la santé publique ; BLV 800.01). L'art. 47 REPS, relatif aux assistants, prévoit que la fonction d'assistant d'un psychothérapeute non-médecin a pour but d'assurer la formation complémentaire en psychothérapie de l'intéressé, conformément aux exigences du département (al. 1). L'assistant exerce à titre dépendant sous la responsabilité et sous le contrôle direct d'un psychothérapeute non-médecin (al. 2). Le psychothérapeute non-médecin qui désire s'adjoindre un assistant doit en aviser le département. Un psychothérapeute non-médecin ne peut avoir plusieurs assistants simultanément (al. 3). La fonction d'assistant est limitée dans le temps aux besoins de la formation post-universitaire (al. 4).

**9. a)** En l'espèce, il est établi que la psychologue F.\_\_\_\_\_ ne figure pas sur la liste des thérapeutes reconnus, ni sur celle des personnes en formation, telles qu'édictées par l'OFAS. On retient, cela étant, qu'elle est active au sein du Cabinet K.\_\_\_\_\_ en qualité de psychologue assistante (cf. [...]) et qu'elle revêt la qualité de psychologue FSP (cf. [https://www.psychologie.ch/fr/psyfinder-map?search=\[...\]](https://www.psychologie.ch/fr/psyfinder-map?search=[...])). Le Cabinet K.\_\_\_\_\_ compte par ailleurs quatre psychothérapeutes reconnus (cf. [...]). D'après l'Office du médecin cantonal de la Direction générale de la santé, la psychologue F.\_\_\_\_\_ exerce sa fonction d'assistante psychothérapeute depuis février 2023 ; elle a fait l'objet d'une annonce régulière auprès dudit office (cf. courrier du 28 novembre 2025).

**b)** On peut dès lors déduire que la psychologue F.\_\_\_\_\_ respecte les règles imposées par le droit cantonal, singulièrement l'art. 47 REPS, ainsi que par la convention du 4 juin 2007 conclue par l'OFAS avec les associations professionnelles. Il n'y a par conséquent pas lieu de lui refuser la qualité de « thérapeute en formation » reconnue, dont les prestations sont à la charge de l'assurance-invalidité. On ajoutera que la liste, publiée par l'OFAS dans sa teneur au 31 octobre 2023, dont se prévaut l'OAI, n'est plus disponible et qu'on ignore le détail de la procédure mise en œuvre pour qu'un thérapeute soit effectivement inclus dans cette liste, ce qui permet de questionner son exhaustivité.

**c)** Il s'ensuit que le recours de CSS Assurance-Maladie SA doit être admis sur le principe et la décision du 14 décembre 2023 annulée, le coût des prestations prodiguées par la psychologue F.\_\_\_\_\_ en faveur d'A. B.\_\_\_\_\_ devant être prises en charge par l'intimé sur la base de sa communication d'octroi de mesures médicales du 8 novembre 2023.

**10. a)** 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, dès lors qu'elle est une institution chargée de tâches de droit public (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD ; ATF 128 V 124 consid. 5b).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 14 décembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'il lui incombe de prendre en charge les frais afférents au traitement de psychothérapie dispensé par F.\_\_\_\_\_ en faveur de l'assuré A. B.\_\_\_\_\_ dans les limites de la communication d'octroi de mesures médicales du 8 novembre 2023.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- CSS Assurance-Maladie SA, à Lausanne,
- C.C.\_\_\_\_\_, à J\*\*\* (pour A. B.\_\_\_\_\_),
- Service des tutelles et curatelles professionnelles, à H\*\*\* (pour B.B.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :