C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 12 octobre 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Livet et M. Tinguely, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

A.X._____, à B***, recourant, agissant par sa mère C.X._____, elle-même représentée par Me Jeanne-Marie Monney, avocate à Lausanne,

et

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

_____

Art. 12 et 13 LAI ; ch. 404 de l’annexe à l’OIC-DFI

E n f a i t :

A. A.X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le ***2013, a déposé, le 10 janvier 2025, par l'intermédiaire de sa mère C.X._____, une demande de mesures médicales pour mineurs auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), indiquant souffrir d'un « TDAH », diagnostiqué en novembre/décembre 2024.

Dans un rapport du 13 mars 2025, le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé les diagnostics de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité et d'état de stress post-traumatique. Ce médecin expliquait que les symptômes d'un trouble du déficit de l'attention avaient été observés dès le mois de septembre 2021 avant que le diagnostic ne soit confirmé au début du mois de février 2023. Il décrivait par ailleurs la manière dont se manifestaient les différents troubles (comportement, pulsion, perception, concentration et faculté d'attention) chez l'assuré. Il a précisé que celui-ci faisait l'objet, depuis le 15 janvier 2025, d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire associé à un traitement médicamenteux par méthylphénidate. Le Dr I._____ a joint à son rapport les documents suivants :

- un rapport neuropédiatrique du 13 octobre 2021, établi par le Dr F._____, spécialiste en pédiatrie et neuropédiatrie ;
- un rapport du 26 janvier 2023 établi à l'attention du Dr F._____ par Mme G._____, psychologue auprès de la Direction psychologie, psychomotricité, logopédie en milieu scolaire de l'Etat de Vaud ;
- un nouveau rapport neuropédiatrique du Dr F._____ daté du 15 mars 2023 ;
- un rapport du 9 janvier 2025 incluant un bilan cognitif, co-signé par la Dre O._____ et Mme J._____, respectivement cheffe de clinique et psychologue assistante auprès du Centre d'Interventions Thérapeutiques pour Enfants du CHUV.

Se fondant sur l'avis médical rendu le 28 mai 2025 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'office AI a,

par projet de décision du même jour, informé l'assuré qu'il comptait lui refuser le droit à des mesures médicales au motif que les critères pour la reconnaissance d'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC (désormais et ci-après : OIC-DFI [ordonnance du DFI du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.211], en vigueur à compter du 1er janvier 2022) n'étaient pas remplis, car le tableau clinique ne parlait pas clairement en faveur d'un TDAH neurodéveloppemental.

Représenté par Me Jeanne-Marie Monney, avocate, l'assuré a, par courrier du 27 juin 2025, présenté des objections à ce projet de décision. En substance, il faisait valoir que les différents rapports médicaux versés au dossier, y compris les réponses de l'établissement scolaire décrivant d'importantes difficultés relationnelles et comportementales, ainsi que le bilan logopédique mettant en évidence un trouble du développement des apprentissages en mathématiques, convergeaient vers un tableau clinique cohérent associant les troubles cumulativement exigés par le chiffre 404 de l'annexe à l'OIC-DFI. Au demeurant, ces troubles avaient été diagnostiqués, documentés et pris en charge sur les plans médical, psychologique et pédagogique avant l'âge limite de 9 ans.

Dans un avis médical du 10 juillet 2025, le SMR a indiqué qu'il pouvait admettre la vraisemblance des troubles de mémorisation avant l'âge de 9 ans, même s'ils n'avaient pas été formellement décrits dans les rapports recueillis avant cet âge. S'il ne mettait pas en doute la présence d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité neurodéveloppemental et son diagnostic, le vécu de l'assuré durant ses premières années de vie avait contribué de façon significative au tableau clinique, ce qui ressortait des rapports des Drs F._____ et O._____. Les conditions de vie dans la petite enfance ayant entraîné un trouble de stress post-traumatique avaient ainsi participé de façon importante au développement de la symptomatologie observée. Dès lors, le caractère congénital nécessaire à l'octroi de mesures médicales liées à une infirmité congénitale ne pouvait pas être déterminé et, par conséquent, retenu.

Par décision du 11 juillet 2025, l'office AI a entériné son refus d'octroyer des mesures médicales en faveur de l'assuré.

B. **a)** Agissant par sa mère représentée par Me Monney, A.X._____ a, par acte du 12 septembre 2025, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 11 juillet 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens « que l'infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) et du ch. 404 OIC-DFI est reconnue et qu'[il] a droit aux mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales ». Subsidiairement, il a conclu à l'octroi de mesures médicales dans un but de réadaptation et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Pour l'essentiel, l'assuré s'est employé à exposer en quoi les sources médicales et scolaires démontraient de façon convergente qu'il présentait, bien avant l'âge de 9 ans, l'ensemble des troubles requis de manière cumulative par le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI. Le dossier attestait avec constance, précision et objectivité, la précocité, la stabilité et la gravité de ces troubles, ainsi que leur impact fonctionnel majeur, justifiant ainsi la reconnaissance d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI et l'octroi des mesures médicales sollicitées. Au demeurant, l'assuré était d'avis que, au vu des améliorations déjà observées, les conditions pour l'octroi de mesures de réadaptation au sens de l'art. 12 LAI étaient également réunies. A l'appui de ses allégations, il a produit un bordereau de pièces comportant un rapport du 3 septembre 2025 du Dr I._____, ainsi qu'un rapport du 8 septembre 2025 émanant de Mme G._____, psychologue.

b) Par décision du 18 septembre 2025, la Juge instructrice a accordé à A.X._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2025 en nommant un conseil d'office en la personne de Me Jeanne-Marie Monney, avocate. L'assuré était exonéré du paiement

d’avances et de frais judiciaires, tout en étant astreint au paiement d’une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1er novembre 2025.

c) Dans sa réponse du 10 octobre 2025, l’office AI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que « le ch. 404 OIC est un diagnostic d’exclusion qui procède par élimination et qu’il faut exclure d’abord une pathologie acquise, puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels tels que négligence précoce, maltraitance, troubles de l’attachement ». Par ailleurs, il apparaissait que l’assuré pouvait mobiliser ses compétences attentionnelles à la maison quand il se sent en sécurité et que ce n’était plus possible quand l’environnement se complexifiait. A cela s’ajoutait que les troubles de mémorisation n’avaient pas été décrits avant l’âge de 9 ans.

d) Par réplique du 8 décembre 2025, A.X._____ a déploré que l’office AI ne se soit pas prononcé, dans sa réponse du 10 octobre 2025, sur les rapports établis respectivement le 3 septembre 2025 et le 8 septembre 2025 par le Dr I._____ et la psychologue G._____. Il ne s’était pas non plus exprimé à propos des critiques formulées dans le recours au sujet de l’appréciation des troubles de la mémorisation. Dans ce contexte, l’assuré s’est référé à un rapport du 17 novembre 2025 émanant de la Dre L._____, pédiatre traitante, qu’il a joint à son écriture. Cette médecin mettait en évidence que les troubles attentionnels, impulsifs et perceptifs s’étaient manifestés bien avant l’âge de 9 ans, qu’ils étaient documentés par des spécialistes, qu’ils avaient fait l’objet de traitements ciblés avant cet âge et qu’ils avaient entraîné des limitations significatives dans la sphère scolaire. Le rapport de la Dre L._____ corroborait également l’effet positif du traitement médicamenteux et des prises en charge spécialisées, ainsi que l’existence d’une perspective réaliste d’évolution favorable, sous réserve du maintien d’un cadre thérapeutique et pédagogique approprié. Partant, l’assuré a déclaré confirmer les conclusions prises au pied de son mémoire de recours du 12 septembre 2025.

e) Dupliquant le 29 janvier 2026, l’office AI s’est référé à l’avis établi le 15 janvier 2026 par le SMR selon lequel « dans la situation

d'[A.X._____], le caractère congénital prépondérant de son tableau clinique ne peut pas être retenu de façon pour le moins vraisemblable, car plusieurs aspects de son vécu durant l'enfance et les pathologies psychiatriques en résultant (notamment PTSD complexe), peuvent expliquer les troubles qu'il présente ». Le SMR a toutefois précisé que, en présence d'un tableau clinique sévère et non stabilisé, avec un pronostic réservé, il convenait « de voir si une évolution clinique de l'état psychique de l'assuré permettrait de réévaluer les critères d'octroi sous l'article 12 LAI pour une période après la décision de refus ». L'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

f) Dans ses déterminations du 13 avril 2026, A.X._____ a exposé, sur la base des appréciations cliniques objectives et concordantes des Drs F._____, I._____ et L._____, ainsi que de la psychologue G._____, que l'existence d'un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité d'origine neurodéveloppementale devait être reconnu. Opposer à ces faits médicaux établis et motivés une simple conjecture sur le vécu précoce de l'assuré reviendrait à nier la réalité clinique au profit d'une hypothèse théorique, ce qui contrevenait au principe de la vraisemblance prépondérante. Sous l'angle de l'art. 12 LAI, en admettant désormais la présence des symptômes et la précocité du traitement, l'office AI ne pouvait valablement s'opposer à la reconnaissance d'une infirmité congénitale traitée précocement et nécessitant des mesures de réadaptation durables. Aussi la décision querellée ne pouvait-elle être maintenue, si bien que le recourant a confirmé ses précédentes conclusions.

g) Par courrier du 24 juillet 2026, Me Monney a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 16 juillet 2025 au 20 août 2026.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse,

applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les féries estivales (at. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

3. **a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Les mesures médicales, au sens de l'art. 8 al. 3 let. a LAI en relation avec les art. 12 ss LAI, font partie de ces mesures de réadaptation. Les assurés mineurs sans activité lucrative sont réputés invalides s'ils présentent une atteinte à leur santé physique, mentale ou psychique qui provoquera probablement une incapacité de gain totale ou partielle (art. 8 al. 2 LPGA).

b) Conformément à l'art. 14ter al. 1 LAI, le Conseil fédéral détermine notamment les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI (let. a), les

infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI (let. b) et les prestations de soins dont le coût est pris en charge (let. c). Il peut déléguer au Département fédéral de l'intérieur (DFI) ou à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) les compétences visées aux alinéas 1 à 3 (art. 14ter al. 4 LAI).

c) Les conditions d'octroi des mesures médicales selon les art. 12 et 13 LAI ainsi que la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) édictée par l'OFAS.

Selon la jurisprudence, les directives administratives s'adressent aux organes d'exécution. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit mais sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, en visant à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il peut les prendre en considération lorsqu'elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 148 V 144 consid. 3.1.3 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 126 V 64 consid. 4b et les références citées).

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

nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l’art. 14 LAI (let. e).

Dans le cadre des prestations de l’assurance-invalidité, les infirmités congénitales occupent une place particulière, car d'après l'art. 8 al. 2 LAI en relation avec l’art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l’accomplissement de leurs travaux habituels. La prise en charge de l’assurance-invalidité a pour but de supprimer ou réduire l’atteinte à la santé résultant d’une infirmité congénitale (ATF 115 V 202 consid. 4e/cc).

b) Sous le titre XVI "Maladies mentales congénitales et profonds retards du développement", le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI (dont la teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 a été jugée conforme à la loi par le Tribunal fédéral (cf. TF 9C_622/2016 du 30 mars 2017 consid. 4.2.1 ; 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 consid. 4.1 et les références citées) prévoit la prise en charge des troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d’un retard mental, avec preuves cumulatives de troubles du comportement au sens d’une atteinte pathologique de l’affectivité ou de la capacité d’établir des contacts (1.), de troubles de l’impulsion (2.), de troubles de la perception (fonctions perceptives) (3.), de troubles de la capacité de concentration (4.) et de troubles de la mémorisation (5.). Il est encore précisé que le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l’accomplissement de la neuvième année. Selon la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral sous l’empire de l’aOIC – dont aucun motif ne commande de s’écarter sous l’empire de l’OIC-DFI – ces conditions de diagnostic et de traitement sont cumulatives et constituent des critères de reconnaissance propres à déterminer si le trouble est congénital ou acquis. L'absence d'au moins une de ces deux caractéristiques conduit à la présomption irréfragable qu'il n'y a pas d'infirmité congénitale au sens juridique ; par ailleurs, pour déterminer s'il s'agit d'une infirmité congénitale, les troubles acquis doivent être exclus du

diagnostic (TF 9C_418/2016 du 4 novembre 2016 consid. 4 ; 9C_419/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.1 s. et les références citées ; SVR 2016 IV n° 2 consid. 3.2). Il s'agit de conditions du droit à la prestation pour les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI auxquelles il ne peut être renoncé (TF 9C_435/2014 précité consid. 4.1 s. et les références citées, en particulier ATF 122 V 113 consid. 3c/bb). Cette systématisation de la pratique de prise en charge des troubles du comportement vise à garantir l'égalité de traitement dans les décisions. L'exigence d'un diagnostic médical cumulatif de toute une série de symptômes devant être apparus jusqu'au jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans vise également à différencier les infirmités congénitales prises en charge par l'assurance-invalidité des atteintes « acquises » survenues par la suite, dont le traitement de l'affection comme telle n'est pas assumé par l'assurance-invalidité, mais par l'assurance-maladie (ATF 122 V 113 consid. 2a). Le rôle du SMR, le cas échéant à l'aide d'examens complémentaires, n'est pas d'estimer les besoins thérapeutiques, mais de déterminer quelle est l'assurance compétente.

c) D'après l'annexe 4 ch. 2.2 CMRM, l'infirmité congénitale n° 404 est un diagnostic qui procède par élimination ; il faut d'abord exclure une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H : négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué. Il existe en outre des troubles du développement limités ou envahissants qui provoquent les mêmes symptômes. Si l'on suspecte un trouble relevant de la pédopsychiatrie, il faut faire appel à un spécialiste. Des comorbidités liées à l'infirmité congénitale n° 404 peuvent apparaître, mais elles ne sont généralement pas la cause majeure de la symptomatique. Dans les rapports médicaux, il est donc très important d'expliquer, par une anamnèse précise, des descriptions illustrant les résultats, des tests psychométriques (intelligence) et des éléments de diagnostic différentiel, qu'il n'y a pas d'étiologie acquise, de façon à bien montrer au médecin du SMR que

l'infirmité est congénitale. Le rapport doit donc exposer clairement que les critères d'un TDA/H (selon le DSM-IV / la CIM-10, y compris la durée de la symptomatique) sont remplis, de même que les critères « impulsion et concentration » énoncés au ch. 404.5 CMRM (1.), que la symptomatique (selon le DSMI-IV / la CIM-10) se manifeste dans plusieurs domaines de la vie (2.), qu'il y a des troubles instrumentaux spécifiques des fonctions perceptives (troubles de la perception et de l'attention selon le ch. 404.5 CMRM), qui doivent être documentés par un examen de l'enfant (tests psychologiques) (3.), qu'il y a un trouble du comportement, c'est-à-dire de l'affectivité et/ou du contact (4.) et qu'à l'issue du diagnostic différentiel, on peut exclure d'autres troubles psychiatriques comme étiologie principale de la pathologie (5.). C'est à la personne chargée de l'examen qu'il incombe de choisir les tests (différents selon la langue) qui lui permettront de répondre à la question, et de les utiliser conformément à l'état de l'art. Les tests utilisés doivent être standardisés conformément aux principes reconnus par la psychologie appliquée. Les tests non standardisés et non validés ne peuvent pas, à eux seuls, satisfaire avec certitude aux critères de reconnaissance énoncés au ch. 404.5 CMRM (ch. 2.3 annexe 4 CMRM).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s’ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S’il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l’affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu’une autre. En ce qui concerne la valeur probante d’un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l’objet d’une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu’il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu’il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l’appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l’élément déterminant pour la valeur probante, n’est ni l’origine du moyen de preuve,

ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

6. **a) aa)** En l'espèce, tout en ne remettant pas en cause le diagnostic de TDAH, le SMR estime, dans son avis médical du 15 janvier 2026, que l'existence d'un TDAH, trouble de nature neurodéveloppementale, n'est pas suffisante pour retenir un caractère congénital à l'ensemble du tableau clinique de l'assuré. Se référant dans ce contexte à la CIM-11, il relève que « l'étiologie présumée des troubles neurodéveloppementaux est complexe et, dans de nombreux cas individuels, inconnue, mais on suppose qu'ils sont principalement dus à des facteurs génétiques ou autres présents dès la naissance. Cependant, l'absence de stimulation environnementale appropriée ou d'opportunités et d'expériences d'apprentissage adéquates peut également être un facteur contributif aux troubles neurodéveloppementaux et doit être systématiquement prise en compte dans leur évaluation. Certains troubles neurodéveloppementaux peuvent également résulter d'une lésion traumatique, d'une maladie ou d'une autre atteinte au système nerveux central, lorsque celle-ci survient pendant la période de développement ».

bb) Dans son avis précité, le SMR retient que, d'origine roumaine, l'assuré a été élevé dans un orphelinat dès l'âge de deux ans à la suite d'un accident domestique ayant entraîné des brûlures dans des circonstances non élucidées. Le père biologique est décédé durant la première année de vie. Le recourant a ensuite été placé en famille d'accueil dans son pays natal puis adopté en 2019 par une femme binationale suisse et roumaine, divorcée. Arrivé en Suisse en 2020 avec sa mère d'adoption, les difficultés d'intégration scolaire de l'intéressé ainsi que ses lacunes langagières ont nécessité une prise en charge au Centre d'Interventions Thérapeutiques pour Enfants du CHUV entre août et décembre 2024 en raison de troubles du comportement avec violence envers ses pairs.

cc) Aussi bien, selon le SMR, le caractère congénital prépondérant du tableau clinique ne peut être retenu de façon pour le moins

vraisemblable, car plusieurs aspects du vécu du recourant durant l'enfance et les pathologies psychiatriques en résultant (notamment un trouble du stress post-traumatique complexe), peuvent expliquer les troubles qu'il présente.

b) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter, au vu des pièces au dossier, de l'analyse effectuée par le SMR.

aa) Comme mentionné au considérant 4c *supra*, il faut d'abord exclure une pathologie acquise (dans la petite enfance), qui pourrait être la cause d'un syndrome psycho-organique (traumatisme cérébral, encéphalite), puis divers troubles psychiatriques acquis ou réactionnels pouvant aboutir à un syndrome ressemblant au TDA/H (négligence précoce, maltraitance, troubles de l'attachement, facteurs de stress émotionnel et/ou psychique dans un contexte social lourd, difficultés cognitives associées à un retard mental général ou sous-stimulation chez un surdoué).

bb) C'est ensuite le lieu de relever que le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI ne correspond pas à un TDAH. En effet, ce chiffre correspond à une entité médico-assurantielle avec des critères propres ne correspondant pas à un diagnostic médical précis issu d'une classification internationale officielle. Pour que cette infirmité congénitale soit reconnue, l'ensemble des troubles doit être, pour le moins de façon prépondérante, congénitale. Cela est dû au fait que la symptomatologie retrouvée dans cette infirmité congénitale peut aussi se rencontrer dans le cadre de problématiques neurologiques et psychiques acquises postérieurement à la naissance, qui ne sont alors pas congénitales et ne peuvent pas amener à la reconnaissance d'une infirmité congénitale, dont l'annexe à l'OIC-DFI dresse la liste exhaustive (cf. TFA I 64/01 du 20 février 2002 consid. 4b/bb).

cc) Dans ce contexte, le Dr F._____, neuropédiatre, conclut son rapport du 15 mars 2023 en signalant que le recourant présente des difficultés dans des acquisitions scolaires, même s'il est capable d'acquérir de bonnes connaissances dans les domaines qui l'intéresse. Il souffre d'un trouble attentionnel, caractérisé par le fait que les fonctions exécutives sont

associées à une certaine impulsivité et à une hyperactivité. Selon ce médecin, il ne s'agit pas d'un tableau de TDAH classique compte tenu de l'environnement tout à fait particulier dans lequel cet enfant a grandi. Il ne fait par ailleurs guère de doute à ses yeux qu'une partie des difficultés attentionnelles et exécutives, tout comme l'impulsivité et l'agitation de l'intéressé, sont potentiellement secondaires à la déprivation et à la possible maltraitance qu'il a subies. A cela s'ajoute que l'assuré présente une microcéphalie relative, dont la cause est inconnue, mais qui pourrait être génétique ou la conséquence d'une exposition à des toxiques en cours de grossesse. Quoi qu'il en soit, le Dr F._____ remarque qu'il n'est pas rare d'observer des troubles développementaux ou un TDAH chez des enfants à microcéphalie, même si celle-ci est d'origine génétique.

c) Certes, dans son avis médical du 10 juillet 2025, le SMR admet la vraisemblance de troubles de mémorisation avant l'âge de 9 ans, même s'ils n'ont pas été formellement décrits avant cet âge dans les rapports versés au dossier. Quand bien même la psychologue J._____ et le neuropédiatre F._____ relèvent des troubles des fonctions exécutives et mnésiques, leurs rapports – datés respectivement des 9 janvier 2025 et 15 mars 2023 – sont postérieurs aux 9 ans de l'assuré (né en ***2013). Or tous les symptômes doivent s'être manifestés avant l'accomplissement de la neuvième année (cf. considérant 4b *supra*). La médecin du SMR n'explique notamment pas pourquoi il aurait fallu compter sur une telle évolution. Elle n'indique cependant pas s'il existe des troubles de la mémoire à court terme qui font partie des troubles de l'attention. Par ailleurs, il ne ressort aucun élément objectif du rapport de la Dre L._____ du 17 novembre 2025 et du rapport du bilan psychologique établi par la psychologue G._____ du 8 septembre 2025 qui plaiderait dans le sens de la présence de troubles de la mémoire. Quant au Dr I._____, il évoque des capacités mnésiques défaillantes en se référant *a posteriori* aux constats de la mère de l'assuré et de la psychologue traitante, alors que de tels constats n'ont pas été posés avant les 9 ans de l'assuré (bilan cognitif de 2024).

d) Sur le vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à refuser les mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI.

7. **a)** Reste à examiner si les conditions pour une prise en charge en vertu de l'art. 12 LAI sont remplies.

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

L'art. 12 LAI vise notamment à tracer une limite entre le champ d'application de l'assurance-invalidité et celui de l'assurance-maladie et accidents. Cette délimitation repose sur le principe que le traitement d'une maladie ou d'une lésion, sans égard à la durée de l'affection, ressortit en premier lieu au domaine de l'assurance-maladie et accidents (ATF 104 V 79 consid. 1 ; 102 V 40 consid. 1 ; RCC 1981 p. 519 consid. 3a). La loi désigne sous le nom de « traitement de l'affection comme telle » les mesures médicales que l'assurance-invalidité ne doit pas prendre en charge. Aussi longtemps qu'il existe un phénomène pathologique labile et qu'on applique des soins médicaux, qu'ils soient de nature causale ou symptomatique, qu'ils visent l'affection originaire ou ses conséquences, ces soins représentent, du point de vue du droit des assurances sociales, le traitement de l'affection comme telle. La jurisprudence a de tout temps, en principe, assimilé à un phénomène pathologique labile toutes les atteintes à la santé non stabilisées qui ont valeur de maladie. Ainsi, les soins qui ont pour objet de guérir ou de soulager un phénomène de nature pathologique labile ou ayant d'une autre manière valeur de maladie, ne ressortissent pas à l'assurance-invalidité. En règle générale, l'assurance-invalidité ne prend en charge que des mesures qui sont propres à éliminer ou à corriger des états stables défectueux ou des pertes de fonction, pour autant qu'on puisse en attendre une amélioration durable et importante au sens de l'art.

12 al. 1 LAI. En revanche, l'assurance-invalidité n'a pas à prendre en charge une mesure destinée au traitement de l'affection comme telle, même si l'on peut prévoir qu'elle améliorera de manière importante la réadaptation. Dans le cadre de l'art. 12 LAI, le succès de la réadaptation ne constitue pas, en lui-même, un critère décisif car, pratiquement, toute mesure qui réussit du point de vue médical a simultanément des effets bénéfiques sur la vie active (ATF 120 V 277 consid. 3a et les références citées).

Pour les jeunes assurés, une mesure médicale permet d'atteindre une amélioration durable au sens de l'art. 12 al. 1 LAI lorsque, selon toute vraisemblance, elle se maintiendra durant une partie significative des perspectives d'activités (ATF 104 V 79 et 101 V 43 consid. 3b et les références citées). De plus, l'amélioration au sens de cette disposition légale doit être qualifiée d'importante. En règle générale, on doit pouvoir s'attendre à ce que des mesures médicales atteignent, en un laps de temps déterminé, un résultat certain par rapport au but visé (ATF 101 V 43 consid. 3c et 98 V 205 consid. 4b ; TF 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2.3).

c) Le ch. 645-647/845-847.5 CMRM dispose ce qui suit :

> « Les conditions mises à la prise en charge des frais d'une psychothérapie sont exceptionnellement réunies (voir TF 9C_354/2016 du 18 juillet 2016) en cas d'atteintes psychiques acquises, lorsqu'un traitement spécialisé intensif appliqué durant un an n'a pas apporté d'amélioration suffisante et que, selon les constatations du médecin spécialiste, on peut attendre de la poursuite du traitement qu'il préviendra dans une mesure importante la menace de lésions et de leurs influences négatives sur la formation professionnelle et l'exercice d'une activité lucrative. Avant que la garantie de prise en charge des frais soit délivrée, le fournisseur de prestations remet un rapport permettant d'évaluer l'indication et l'adéquation du traitement psychothérapeutique. Ce rapport comprend les données concernant le diagnostic, les effets sur le plan professionnel ou scolaire, l'évolution récente, la méthode thérapeutique envisagée, l'objectif et le but ainsi que la durée du traitement (nombre de séances). La justification et l'intérêt médical de ces données doivent être vérifiées soigneusement. L'office AI décide ensuite si la prise en charge des coûts doit commencer à partir de la deuxième année de traitement ou non. La psychothérapie est décidée chaque fois pour deux ans au maximum. Les mesures psychothérapeutiques ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité quand le pronostic est incertain et que le traitement représente une mesure médicale sans limite dans le temps ».

d) Dans son rapport du 13 mars 2025, le Dr I._____ estime que, eu égard à l'importance de la symptomatologie du TDAH et des traumatismes précoces vécus dans la petite enfance, le pronostic paraît réservé en ce qui concerne un éventuel futur dépassement ou/et une résolution complète des troubles issus du TDAH et des troubles post-traumatiques. Il s'ensuit que les conditions pour la prise en charge des frais d'une psychothérapie ne sont pas réunies, dès lors que le pronostic est réservé selon le Dr I._____. Cependant, comme le suggère l'office intimé dans sa duplique du 29 janvier 2026, il est loisible au recourant de déposer une nouvelle demande de mesures médicales pour mineurs afin de « voir si une évolution clinique de l'état psychique de l'assuré permettrait de réévaluer les critères d'octroi sous l'article 12 LAI pour une période après la décision de refus ».

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

9. **a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéficie de l'assistance judiciaire à compter du 12 septembre 2025 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont dont provisoirement supportés par l'Etat.

d) Le 24 juillet 2026, Me Monney a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. La liste des

opérations produite ne peut cependant pas être intégralement suivie. La liste fait en effet mention de démarches antérieures au 12 septembre 2025, lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure, ce d'autant que la mandataire représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative. Aux 23,35 heures annoncées (en système décimal), correspondant à 1'401 minutes, il y a lieu de retrancher les opérations réalisées entre le 16 juillet et le 10 septembre 2025, à savoir 507 minutes, d'où un total de 894 minutes.

e) Il convient donc d'arrêter la durée totale des opérations à 14 heures et 54 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), à savoir un montant s'élevant à 2'682 fr., auquel s'ajoutent les débours par 134 fr. 10 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 8,1 % par 228 fr. 10, ce qui représente un total de 3'044 fr. 20.

f) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 11 juillet 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A.X._____ et provisoirement supportés par l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Jeanne-Marie Monney est fixée à 3'044 fr. 20 (trois mille quarante-quatre francs et vingt centimes), débours et TVA compris, et est provisoirement supportée par l'Etat.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me Jeanne-Marie Monney, avocate (pour A.X._____, par l’intermédiaire de sa mère C.X._____),
- 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).

Le greffier :