

200.2024.586.AI

N° AVS
NIG/KUQ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 3 mars 2025

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
F. Boillat et G. Zürcher, juges
Q. Kurth, greffier

Helsana Assurances SA

Droit & Compliance, case postale 839, 1001 Lausanne
recourante

contre

Office AI Berne

Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne

intimé

en l'affaire concernant

A. _____
agissant par sa mère **B.** _____
appelé en cause

relatif à une décision de ce dernier du 31 juillet 2024



En fait:

A.

Au moyen d'un formulaire du 8 mai 2015 remis auprès de l'Office AI Valais par sa maman, entrée en Suisse en 1998, A. _____, né le 25 janvier 2015, a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), à savoir des mesures médicales, en indiquant souffrir de l'infirmité congénitale au sens du ch. 278 de l'annexe à l'ancienne ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales (OIC, RS 831.232.21; aganglionose et anomalies des cellules ganglionnaires du gros intestin ou de l'intestin grêle). Le 25 novembre 2016, l'Office AI Valais a reconnu le droit de l'assuré à la prise en charge du traitement de cette pathologie. L'intéressé s'est par la suite établi dans le canton de Berne et y a déposé, toujours par sa représentante légale, une nouvelle demande de mesures médicales, ce par un formulaire daté du 21 septembre 2023 déposé auprès de l'Office AI Berne. Dans ce document, il a indiqué être atteint de l'infirmité congénitale répertoriée sous le ch. 404 de l'annexe à l'ordonnance fédérale du Département fédéral de l'intérieur (DFI) du 3 novembre 2021 concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI, RS 831.232.211; troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental), entrée en vigueur dans l'intervalle.

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI Berne a obtenu un rapport d'un centre médical de psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant, de même qu'un écrit du médecin traitant, spécialisé dans cette même discipline. Après avoir pris avis auprès du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), qui s'est déterminé le 2 mai 2024, l'Office précité a fait savoir, par un préavis du 16 mai 2024, qu'il entendait nier tout droit à des mesures médicales en lien avec l'infirmité congénitale ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI. Du fait des observations formulées contre cet acte les 28 mai et 13 juin 2024 par l'assureur-maladie de l'intéressé (Helsana Assurances

SA), le SMR s'est encore prononcé le 4 juillet 2024. Sur cette base, l'Office AI Berne a confirmé son préavis, à l'issue d'une décision du 31 juillet 2024.

C.

Par envoi du 4 septembre 2024, l'assureur-maladie a recouru contre cette décision auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de cet acte et, principalement, à l'octroi à l'assuré, pour une durée indéterminée, des mesures médicales en lien avec l'infirmité congénitale ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire par la réalisation d'une expertise et, plus subsidiairement encore, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans sa réponse du 7 octobre 2024, l'intimé a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Au terme d'une réplique du 10 octobre 2024, la recourante a fait savoir qu'elle maintenait ses conclusions. L'intimé en a fait de même dans sa duplique du 30 octobre 2024. Appelé en cause dans la présente procédure et invité à se déterminer, l'assuré, par sa maman, ne s'est pas manifesté, ce qui a été constaté par ordonnance du 2 décembre 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision du 31 juillet 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de l'assuré à des mesures médicales, soit à la prise en charge des frais de traitement d'une infirmité congénitale selon le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et sur l'octroi des mesures médicales en question, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise, de même que, plus subsidiairement encore, sur l'organisation d'une expertise

judiciaire. A noter que, dans la mesure où, dans la décision litigieuse, l'intimé n'a examiné le droit à des mesures médicales que sous l'angle de l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) et puisque les parties se sont aussi limitées à cette thématique dans leurs écritures, il n'y a pas lieu d'étendre l'objet de la contestation (voir à ce sujet: ATF 130 V 501 c. 1.2, 122 V 34 c. 2a; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 c. 3.1, in SVR 2012 IV n° 35) à la question d'un éventuel droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation (art. 12 LAI).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir (s'agissant de l'assureur-maladie, voir art. 49 al. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], en lien avec l'art. 57 al. 1 let. I LAI; voir aussi art. 88^{quater} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 69 al. 1 let. a LAI; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant (art. 3 al. 2 LPGA). La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale (art. 3 al. 2 RAI). Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 3 al. 3 RAI). Selon l'art. 3^{bis} al. 1 RAI, en

vertu de l'art. 14^{ter} al. 1 let. b LAI, le DFI dresse la liste des infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI. Il peut édicter des prescriptions détaillées concernant la liste (art. 3bis al. 2 RAI). Les infirmités congénitales sont énumérées dans l'OIC-DFI.

2.2 Selon 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. D'après l'art. 13 al. 2 LAI, 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 peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI (let. e). L'étendue des mesures médicales et les conditions de prise en charge sont définies à l'art. 14 LAI.

2.3 Conformément au ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI, jugé conforme à la loi par le Tribunal fédéral, sont reconnus en tant qu'infirmité congénitale les 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 (ch. 1), de troubles de l'impulsion (ch. 2), de troubles de la perception (fonctions perceptives; ch. 3), de troubles de la capacité de concentration (ch. 4), ainsi que de troubles de la mémorisation (ch. 5). Le diagnostic doit être posé et le traitement débuté avant l'accomplissement de la neuvième année de l'intéressé, de même que le traitement de ces troubles doit avoir débuté avant cette date. 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 (ATF 122 V 113 c. 1b; TF 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 c. 4.1 et les références).

2.4 L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Il détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (art. 43 al. 1^{bis} LPGA). Le principe de l'instruction d'office signifie que l'instance rendant une décision doit instruire et établir l'état de fait

déterminant d'office, de sa propre initiative et sans être liée par les arguments et réquisitions de preuve des parties. Sont juridiquement déterminants, tous les faits dont l'existence a une incidence sur les éléments litigieux. Dans ce contexte, les autorités administratives doivent toujours entreprendre des mesures supplémentaires lorsque les allégués des parties ou d'autres pièces du dossier ne constituent pas des éléments suffisants permettant de statuer (ATF 117 V 282 c. 4a). Le principe de l'instruction d'office ne s'applique néanmoins pas de manière illimitée, mais a pour corollaire le devoir de collaborer des parties (ATF 146 V 240 c. 8.3.2, 125 V 193 c. 2, 122 V 157 c. 1a).

3.

3.1 Dans la décision attaquée, l'intimé a nié tout droit à des mesures médicales, en indiquant qu'une infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI pouvait être admise uniquement si des troubles de la compréhension, de la concentration et de la mémoire étaient identifiés, au moyen de tests neuropsychologiques, comme étant des troubles partiels des performances. Or, selon l'intimé, bien que des résultats inférieurs à la moyenne aient été constatés chez l'assuré, ceux-ci correspondaient alors au potentiel cognitif de l'intéressé, également inférieur à la moyenne. Dans sa réponse, dont elle a confirmé la teneur à l'issue de sa duplique, l'intimé a ajouté que la médecin-conseil de la recourante, qui s'était exprimée sur le cas de l'assuré, n'avait apporté aucun élément nouveau au dossier, qui permettrait d'admettre une autre conclusion.

3.2 La recourante a pour sa part critiqué l'avis de l'intimé, en rappelant que, sur la base du rapport médical établi par les pédopsychiatres traitants, sa médecin-conseil avait démontré que l'ensemble des critères permettant d'admettre l'infirmité congénitale selon le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI étaient réunis. Il n'était dès lors, selon elle, pas possible pour l'intimé, dans de telles conditions, de reconnaître une quelconque valeur probante aux déterminations émises par le SMR, qui écartent l'existence de la pathologie litigieuse. L'intimé devait au contraire, d'après elle, organiser une expertise médicale, afin de s'assurer que les critères en question n'étaient pas

satisfaits. Dans sa réplique, elle a encore déclaré qu'elle était étonnée du fait que l'intimé n'ait pas soumis, pour avis, les prises de position de sa médecin-conseil au SMR.

4.

Le dossier permet de constater les principaux faits médicaux qui suivent.

4.1 Dans un rapport du 17 octobre 2023, le spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents qui a pris en charge l'assuré a retenu le diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA-H), en se référant au ch. F90 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé). Il a précisé que l'atteinte avait été diagnostiquée pour la première fois le 24 août 2023 et a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'atteinte allait impacter la scolarité ou la formation professionnelle (dos. AI 11/3 ss).

4.2 En date du 8 janvier 2023 (recte: 2024), les médecins d'un centre médical de psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant ont versé au dossier un rapport destiné à l'intimé, relatif à l'infirmité congénitale mentionnée sous le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI. Ils ont relevé qu'ils suivaient l'assuré depuis le mois de mars 2023 et que, depuis le printemps 2023, celui-ci s'était fait remarquer à l'école par un comportement agressif et de repli social, faisant également montre de signes d'anxiété et de dépression, mais aussi d'une baisse d'intérêt et d'un ralentissement. Les médecins ont expliqué que les tests réalisés (sur le plan neuropsychologique) avaient révélé une capacité de compréhension (visuelle et auditive) inférieure à la moyenne, ainsi qu'une faculté de concentration et de mémorisation réduite, alors que le QI avait été arrêté à 76 (dos. AI 15/1 ss).

4.3 Le 2 mai 2024, le SMR, par une spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents, a posé le diagnostic de maladie de Hirschsprung, opérée le 8 mai 2015. Quant à l'existence d'un trouble congénital du comportement, au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI, elle a signalé que les critères permettant d'admettre cette atteinte n'étaient pas réunis,

puisque les performances inférieures à la norme, observées au terme des tests effectués, correspondaient au potentiel cognitif (inférieur à la moyenne) de l'assuré (dos. AI 17/2).

4.4 Avec ses observations dirigées contre le préavis du 16 mai 2024, la recourante a reproduit l'avis de sa médecin-conseil, médecin interniste générale et rhumatologue. Dans ce document, elle a relevé que les tests avaient démontré des performances clairement inférieures à la moyenne. Elle a insisté sur le fait que, même si tous les critères devaient être remplis de manière cumulative, il n'était pas nécessaire que tous les symptômes soient présents en même temps pour que l'infirmité congénitale litigieuse soit reconnue. Elle a par ailleurs expliqué qu'en présence d'un cas sujet à caution concernant un enfant de moins de neuf ans, il incombait aux organes de l'AI de vérifier soigneusement la justification des constats médicaux et, au besoin, de les faire compléter par le biais d'une expertise (dos. AI 21/3).

4.5 En réponse à cette détermination, la spécialiste du SMR a écrit, le 4 juillet 2024, qu'aucun constat médical supplémentaire n'avait été apporté au dossier. Elle a également expliqué, en se référant à la lettre circulaire AI 298, que la reconnaissance d'une infirmité congénitale selon le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI était subordonnée à l'existence de troubles de la compréhension, de la concentration et de la mémoire, qui devaient être qualifiés, au moyen de tests neuropsychologiques, de troubles partiels de la performance. Or, elle a expliqué que tel n'était pas le cas, au vu du potentiel cognitif de l'assuré (dos. AI 25/2).

4.6 Un nouvel avis de la médecin-conseil de la recourante a été joint au recours. Cette spécialiste y a exposé que les critères en faveur de l'infirmité congénitale au sens du ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI n'avaient pas été examinés à suffisance, puisqu'il manquait une anamnèse fiable, une description des résultats et une discussion sur le diagnostic différentiel. Elle a ajouté que l'atteinte pouvait être présente en dépit du fait que l'assuré présentait un QI inférieur à la norme (dos. AI 27/28). Enfin, elle a spécifié que le rapport du 8 janvier 2023 était insuffisant pour exclure l'infirmité congénitale précitée, que le dossier ne contenait aucune indication

provenant des enseignants ou de l'ergothérapeute/logopédiste traitant, pas plus qu'un suivi de l'évolution de l'atteinte (dos. AI 27/26).

5.

5.1 L'infirmité congénitale selon le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI fait l'objet de directives médicales, à l'annexe 4 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS; à propos de l'importance des directives de l'administration: ATF 150 V 1 c. 6.4.2, 148 V 385 c. 5.2, 147 V 79 c. 7.3.2). Selon le ch. 2.1 de l'annexe 4 CMRM (dans sa version au 1^{er} janvier 2023, voir ATF 147 V 278 c. 2.2; TF 8C_328/2022 du 30 janvier 2023 c. 4.3.1, in SVR 2023 ALV n° 15), au sens du ch. 404.5, les conditions du ch. 404 OIC-DFI peuvent être considérées comme réunies si, avant l'âge de 9 ans, on constate au moins des troubles du comportement au sens d'une atteinte pathologique de l'affectivité ou du contact, de l'impulsion et de la perception (troubles perceptifs), de la concentration et de la mémorisation. Ces symptômes doivent être présents cumulativement. Ils ne doivent cependant pas nécessairement apparaître simultanément. Ils peuvent, selon les circonstances, survenir les uns après les autres. Si, le jour où l'enfant atteint l'âge de 9 ans, seuls certains de ces symptômes sont médicalement attestés, les conditions du ch. 404 OIC-DFI ne sont pas remplies. Les SMR des offices AI doivent vérifier de manière critique et méticuleuse si les critères requis sont effectivement remplis et les attester clairement. Si nécessaire, ils demandent l'avis de spécialistes externes.

5.2 D'après l'annexe 4 ch. 2.2 CMRM, l'infirmité congénitale 404 est un diagnostic qui procède par élimination. Il faut exclure d'abord 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 ch. 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 DSM-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).

5.3 En l'occurrence, la spécialiste du SMR (dont les qualifications en psychiatrie pour enfants et adolescents ne prêtent pas le flanc à la critique) ne remet à juste titre pas en question que le diagnostic déterminant a été posé avant l'âge de neuf ans et qu'une thérapie a été initiée avant cette échéance (dos. AI 17/2; voir TF 9C_435/2014 du 10 septembre 2014 c. 4.2 ss). En effet, selon le rapport du 17 octobre 2023, versé au dossier, le diagnostic en cause a été retenu le 24 août 2023 et une thérapie a été

initiiée à la même date (voir c. 4.1; voir aussi dos. AI 15/1 évoquant un suivi dès mars 2023), soit alors que l'assuré n'avait que huit ans. Par ailleurs, le SMR ne conteste pas non plus qu'un trouble du comportement a été établi, dans le sens d'une atteinte de l'affectivité et/ou du contact, de même qu'un trouble de l'impulsion. On ne voit rien non plus à redire à ce constat, au vu de l'avis du 8 janvier 2024 émis par les médecins du centre médical de psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant. Celui-ci a en effet mis en relief, non seulement des signes de tristesse, de dépression et de réduction de l'estime de soi, un manque d'intérêt, un retrait social, un comportement d'isolement, une baisse de la communication et une augmentation de l'agressivité (voir c. 4.2; ch. 2.1.1 par. 2 s. annexe 4 CMRM), mais aussi un rythme de travail ralenti, ce tant pour les travaux scolaires que pour les activités du quotidien (voir c. 4.2; ch. 2.1.2 in fine annexe 4 CMRM). A noter que le SMR évoque également à juste titre la question d'un éventuel trouble de la mémorisation (dos. AI 25/2). En effet, le rapport relatif à l'examen neuropsychologique, du 8 janvier 2024, mentionne les difficultés de mémoire de l'assuré (dos. AI 15/2, voir "Merkfähigkeit"). Le SMR exclut en revanche que les critères liés à la présence d'un trouble de la perception, de la concentration et de l'attention soient satisfaits (dos. AI 17/2). A cet égard, il admet que les tests réalisés au sujet de ce premier trouble illustrent une performance inférieure à la norme dans les domaines de la perception visuelle et auditive. Or, il explique ces résultats en lien avec le test de QI réalisé, qui a abouti à une valeur de 76. Au sens de l'AI, s'il est vrai que cette valeur reste dans la norme, force est néanmoins d'admettre qu'elle se situe dans la limite inférieure de celle-ci (TF 9C_291/2017, 9C_482/2018 du 20 septembre 2018 c. 8.2.1). Quoi qu'il en soit, elle est plus faible que la norme reconnue selon les tests effectués, à savoir 100, ce qui révèle donc une performance inférieure au standard admis (dos. AI 15/3, voir "Gesamt-IQ" et "Profil der Indexwerte und des Gesamt-IQ"). De plus, en ce qui concerne le traitement visuo-spatial, il souligne qu'une valeur de 92 a été atteinte, à savoir un résultat lui-aussi inférieur à la moyenne (dos. AI 15/2 s.). Le SMR tient ensuite le même raisonnement en rapport avec l'examen des troubles de l'attention. Il met en effet en relation les scores (inférieurs à la norme) des tests organisés dans ce domaine, avec ceux obtenus, s'agissant de la mémoire de travail (également en dessous de la norme). A noter encore que, sur le plan

auditif, il explique encore de façon probante que, puisque le test de Mottier s'est avéré être dans la norme, mais que 12 erreurs ont été notées à l'issue du test de Nickisch, il fallait conclure que ces dernières devaient être expliquées par un déficit de concentration, plutôt qu'à un trouble de la perception auditive (dos. AI 25/2). Quant au trouble de la concentration justement, il relate que celui-ci s'est manifesté davantage en lien avec la situation sur le plan clinique, qu'avec les tests psychologiques. Il retient alors de ce qui précède que les performances de l'assuré se sont en fin de compte situées dans la plage de ses performances et qu'il ne peut par conséquent en être déduit un état pathologique. Quoi qu'en dise la recourante, ce point de vue apparaît crédible et convaincant. En effet, conformément à la CMRM, si le niveau obtenu par la personne assurée à l'issue des examens est bas, tout en présentant une certaine harmonie, on trouvera effectivement des performances insuffisantes au niveau de la perception et de l'attention, ou dans les autres performances partielles. Toutefois, il convient alors de ne pas interpréter celles-ci comme un déficit spécifique, mais de les considérer comme le niveau général de performance de l'enfant. Il n'est alors pas question d'un trouble spécifique de l'attention lié à différents troubles des performances partielles, mais de difficultés d'apprentissage générales ou d'un retard mental (ch. 2.1.6 annexe 4 CMRM). Au cas particulier, il s'agit toutefois bel et bien de la situation présentée de manière cohérente par le SMR, en regard des différents résultats des tests mis en œuvre et, en particulier, de l'évaluation du QI de l'intéressé.

5.4 De surcroît, les différentes déterminations de la médecin-conseil de la recourante ne sont pas de nature à émailler le caractère probant des conclusions du SMR et, surtout, de l'interprétation de ce service au sujet des résultats des tests effectués par l'assuré. En effet, cette médecin s'est contentée d'insister sur le fait que les performances démontrées par l'intéressé à l'issue de ces tests s'étaient révélées inférieures à la norme (dos. AI 21/3), ce qui n'est pas contesté par le SMR (dos. AI 25/2). Aussi, en tant que la recourante, par sa médecin-conseil, estime que le cas en cause est sujet à caution, si bien qu'il serait justifié de faire procéder à une expertise afin d'examiner avec "plus de soins" les constats médicaux (dos. AI 21/3 in fine), on ne saurait abonder dans son sens. Tout d'abord, c'est

en vain que cette médecin affirme que les rapports du SMR ne reposent pas sur une anamnèse fiable et qu'ils ne contiennent aucune discussion des diagnostics différentiels (dos. AI 27/28 et 27/26). Premièrement, rien ne laisse penser que la spécialiste de ce service n'a pas pris en considération l'ensemble des pièces du dossier, qui décrit les antécédents de l'assuré. Deuxièmement, puisque le SMR a conclu de façon convaincante que les critères permettant d'admettre la présence d'une infirmité congénitale selon le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI n'étaient pas réunis, nul n'était besoin de vérifier en sus, par une anamnèse précise, que l'atteinte litigieuse était bel et bien congénitale et non acquise, ainsi que la circulaire de l'OFAS l'exige (voir ch. 2.2 annexe 4 CMRM). La médecin-conseil, qui a du reste concédé que les troubles de la perception et de l'attention n'avaient pas été établis à suffisance par les résultats des tests neuropsychologiques (dos. AI 21/3), ne peut en outre déduire quoi que ce soit en sa faveur du fait qu'il n'est pas nécessaire que tous les symptômes se manifestent simultanément (voir ch. 2.1 annexe 4 CMRM et dos. AI 21/3). Cela vaut d'autant plus que l'examen neuropsychologique a eu lieu le 27 juillet 2023, soit moins de six mois avant le neuvième anniversaire de l'assuré (dos. AI 15/3). Or, tous les symptômes devaient s'être manifestés avant cette échéance (ch. 2.1 annexe 4 CMRM). La médecin-conseil de la recourante n'explique notamment pas pourquoi il aurait fallu compter sur une telle évolution. Certes, il est vrai que plusieurs critères permettant la reconnaissance de l'infirmité congénitale litigieuse ont été admis par le SMR et sont établis. Néanmoins, cette circonstance ne justifie pas pour autant la réalisation d'une expertise. Au contraire, les rapports du SMR suffisent à démontrer, à un degré de vraisemblance prépondérante (degré de preuve généralement exigé dans le domaine des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2), que les faiblesses reconnues et mises en exergue à l'issue des tests neuropsychologiques ne révèlent pas l'existence d'un trouble maladif d'origine congénitale. En tant que la recourante, par sa médecin-conseil, écrit qu'il est malgré tout "possible" que certaines faiblesses n'aient pas été évaluées suffisamment (dos. AI 27/26), son avis n'emporte pas conviction et ne peut donc être suivi. Que la dernière prise de position formulée en ce sens par la médecin-conseil de la recourante (voir dos. AI 27/25-28) n'ait pas été soumise au SMR, pour détermination, ainsi que celle-ci le souligne dans son recours, n'y change du reste rien. Par conséquent, c'est sans

violer le droit que l'intimé, en se basant sur les conclusions du SMR, a nié le droit de l'assuré à la prise en charge des mesures médicales liées au traitement de l'infirmité congénitale selon le ch. 404 de l'annexe à l'OIC-DFI.

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté.

6.2 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent dès lors être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} phr. 2 LAI; art. 108 al. 1 LPJA). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie, du même montant. L'appelé en cause ne supporte aucun frais, dès lors qu'il ne s'est pas manifesté dans la présente procédure et qu'il n'y a pris aucune conclusion (JAB 2020 p. 93 c. 5.1; RUTH HERZOG, in: HERZOG/DAUM [édit.], *Kommentar zum bernischen VRPG*, 2020, art. 108 n. 5 et 8).

6.3 Il n'est pas alloué de dépens, y compris sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 à 3, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés avec son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'appelé en cause, par sa représentante légale,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).