



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1362/2019

ATAS/232/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mars 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

SWICA ASSURANCE MALADIE SA, Direction générale,
Römerstrasse 38, 8401 WINTERTHUR, représentée par SWICA
ORGANISATION DE SANTE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né très prématurément le _____ 1998, a souffert d'une asphyxie néonatale avec de nombreuses séquelles, dont un retard de développement, une tétraparésie spastique avec des mouvements choréoathétosiques, une surdité profonde sensorielle, des troubles du comportement se manifestant par des automutilations prenant l'allure de stéréotypies.
2. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a pris en charge les coûts du traitement des infirmités congénitales suivantes :
 - chiffre 497 OIC (sévéres troubles respiratoires d'adaptation, lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ; cf. communication du 5 février 1999) ;
 - chiffre 395 OIC (légers troubles moteurs cérébraux), du 1^{er} février 1998 au 31 mai 2000, soit jusqu'à l'âge de deux ans (cf. communication du 23 juillet 1999) ;
 - chiffre 390 OIC (paralysie cérébrale congénitale) jusqu'au 31 mai 2002 (cf. communication du 3 mars 2000), puis jusqu'au 30 juin 2008 (cf. communication du 4 décembre 2002) et jusqu'au 31 mai 2018, étant précisé que le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'éteint sans exception à la fin du mois au cours duquel l'assuré accomplit sa 20^{ème} année (cf. communication du 26 juin 2008) ;
 - chiffre 445 OIC (surdité congénitale totale des deux oreilles), du 31 octobre 2001 au 31 mai 2018 (cf. communication du 17 décembre 2002) ;
 - chiffre 420 OIC (rétinopathie des prématurés et pseudogliome congénital), du 9 mars 2010 au 31 mai 2018 (cf. communication du 16 juin 2010).
3. L'OAI a également alloué à l'assuré une contribution aux frais de soins spéciaux pour impotence grave du 1^{er} juin 2000 au 31 décembre 2003, puis une allocation en raison d'une impotence grave et un supplément pour soins intenses à partir du 1^{er} janvier 2004 (cf. décisions des 15 et 16 avril 2004). Cette allocation a été accordée jusqu'aux 18 ans de l'assuré, soit jusqu'au 31 mai 2016 (cf. communication du 9 septembre 2009).
4. L'OAI a en outre reconnu le droit de l'assuré à des mesures pédago-thérapeutiques (cf. décision et communication des 19 mai 1999 et 12 septembre 2000), à une formation scolaire spéciale (cf. communications des 2 mars et 27 septembre 2000, 5 décembre 2002), ainsi qu'à divers moyens auxiliaires.

S'agissant de ces derniers, plus particulièrement en lien avec les difficultés de mobilité de l'assuré, l'OAI a notamment octroyé à ce dernier des orthèses tibiales et

des chaussures spéciales pour orthèses (cf. communications des 18 septembre 2001, 21 mars 2012 et 11 juin 2014).

5. Dans un rapport du 1^{er} juin 2012, le docteur D_____, spécialiste FMH en neuro-pédiatrie, a expliqué que l'assuré souffrait d'une infirmité motrice cérébrale, de type dyskinétique et spastique, le limitant à un déplacement en chaise roulante, ainsi que de surdité et de troubles du comportement. Le médecin a souligné qu'il était important de mobiliser l'intéressé, la verticalisation améliorant significativement son état orthopédique et tout mode de déplacement en position debout favorisant l'adaptation cardiovasculaire et digestive. De plus, la marche, même ébauchée, soutenait le développement des fonctions exécutives et permettait un meilleur contrôle des activités, l'apparition d'initiatives et le contrôle des stéréotypes.
6. Par arrêt du 12 avril 2016, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) a institué une mesure de curatelle de portée générale en faveur de l'assuré, majeur à compter du 28 mai 2016 (DTAE/2035/2016).
7. Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une allocation pour impotent grave et d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2016.
8. Le 25 septembre 2018, l'assuré a sollicité la prise en charge d'orthèses tibiales.
A l'appui de sa demande, il a produit une ordonnance pour le renouvellement d'attelles jambières postérieures établie le 14 août 2018 par le docteur B_____, médecin agrégé au service d'orthopédie pédiatrique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ainsi qu'un devis de C_____ ORTHOPÉDIE SA du 18 septembre 2018 pour un montant de CHF 4'389.65.
9. Le 2 novembre 2018, le Dr B_____ a rappelé que l'assuré présentait une quadriplégie sévère ; porter des orthèses jambières lui permettait d'avoir les pieds dans une meilleure position et de le mettre « sur le standing », geste qu'il aimait bien. Cela ne lui permettait en revanche pas de se déplacer, car il n'avait pas cette capacité.
10. En date du 4 décembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser la prise en charge des orthèses sollicitées puisque ces dernières ne lui permettaient pas de développer son autonomie et ne pouvaient donc être assimilées à un moyen auxiliaire. En outre, la prise en charge des appareils de traitement était limitée à la durée pendant laquelle les mesures médicales étaient octroyées, soit jusqu'à l'âge de 20 ans.
11. Une décision formelle en ce sens a été rendue le 4 mars 2019 et notifiée à la mère de l'assuré. A ses explications précédentes, l'OAI a encore ajouté que de telles orthèses n'étaient prises en charges que si elles étaient prescrites par un médecin pour l'application de mesures médicales de réadaptation octroyées par l'assurance invalidité et que, quoi qu'il en soit, la prise en charge était limitée à la durée

pendant laquelle l'assurance-invalidité garantissait les frais des mesures médicales, soit jusqu'à l'âge de 20 ans. Dans la mesure où il ne remplissait plus les conditions lui permettant de bénéficier de mesures médicales de l'assurance-invalidité, l'assuré ne pouvait obtenir la prise en charge d'orthèses de jambe en tant qu'appareil de traitement. Il lui était conseillé de se tourner vers son assureur-maladie.

12. Par acte du 4 avril 2019, l'assureur-maladie de l'assuré, SWICA ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : SWICA), a interjeté recours contre la décision précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce que l'OAI soit condamné à la prise en charge des orthèses demandées à titre de moyen auxiliaire dans le cadre de l'infirmité congénitale 390, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En substance, la recourante soutient que l'infirmité congénitale 390 a été reconnue, que l'assuré a bénéficié, depuis 2001, d'une orthèse tibiale délivrée par la maison C_____ et que l'OAI a déjà pris en charge son renouvellement en tant que moyen auxiliaire par le passé. Certes, dans l'intervalle, l'assuré a atteint sa majorité, mais cette orthèse constitue un moyen auxiliaire indispensable, comme son fauteuil roulant, et améliore significativement son état orthopédique. La marche, même ébauchée, soutient le développement des fonctions exécutives et permet un meilleur contrôle des activités, l'apparition d'initiatives, le contrepôle des stéréotypes. Il ne s'agit donc pas seulement d'une mesure de traitement comme le soutient l'intimé, de sorte que ce dernier devrait la prendre en charge intégralement.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 3 mai 2019, a conclu au rejet du recours.

L'OAI maintient que les orthèses des jambes souhaitées par l'assuré ne peuvent être qualifiées de moyens auxiliaires car elles lui permettent ni de se déplacer, ni de développer son autonomie, ni d'entretenir des contacts sociaux, ce que confirme le rapport du Dr B_____ du 2 novembre 2018. La situation de l'assuré est plutôt stable et les orthèses sont portées lors de la « mise en standing ». Il s'agit dès lors d'un appareil de traitement et non d'un moyen auxiliaire.

L'intimé ajoute que la recourante ne saurait se prévaloir de la décision erronée rendue le 11 juin 2016 pour prétendre la prise en charge des orthèses des jambes en tant que moyen auxiliaire.

14. Dans sa réplique du 7 juin 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle souligne qu'il est important de mobiliser l'assuré selon les critères internationaux de prise en charge de l'infirmité motrice cérébrale. En effet, la verticalisation améliore significativement l'état orthopédique de l'assuré, lequel bénéficie d'orthèses tibiales depuis 2001.

Elle soutient que la décision du 11 juin 2014 n'était nullement erronée.

Enfin, elle suggère, au vu du caractère succinct du rapport du Dr B_____ le renvoi de la cause à l'intimé, cas échéant, si une instruction complémentaire devait s'avérer nécessaire.

15. Interrogé par la Cour de céans, le Dr B_____ a répondu, en date du 29 janvier 2020, que, comme déjà dit auparavant, l'utilisation des orthèses permet de favoriser la position debout chez l'assuré, que celui-ci l'apprécie beaucoup, raison pour laquelle « on pousse pour cette situation », mais que la spasticité au niveau des membres inférieurs complique l'adaptation des attelles. Des attelles jambières postérieures ont été demandées, adaptées le mieux possible, mais cela reste des attelles de base.
16. Ce pli a été communiqué aux parties le 3 février 2020.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit

s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4 a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 4 mars 2019 rejette une demande de prestations du 25 septembre 2018, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

4. La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI).
5. a. 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. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; voir aussi ATF 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a).

Conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, 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 (1^{ère} phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2^{ème} phrase).

À teneur de l'art. 88ter du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), si l'assuré d'un assureur-maladie visé à l'art. 11 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal - RS 832.10) requiert de l'assurance des mesures médicales, l'office AI en avisera l'assureur-maladie intéressé.

b. En l'occurrence, en tant qu'assureur-maladie de l'assuré, la recourante dispose de la légitimation active, dès lors qu'elle est directement touchée par la décision querellée.

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir.

6. Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours, expédié le 4 avril 2019 contre la décision du 4 mars 2019, est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B LPA).

7. Le litige porte sur le droit à la prise en charge par l'assurance-invalidité d'orthèses tibiales à titre de moyens auxiliaires, étant relevé que la recourante n'invoque pas que l'assuré, âgé de plus de 20 ans, pourrait prétendre l'octroi de mesures médicales de la part de l'intimé.
8. a. L'art. 8 LAI prévoit que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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 (al. 1 let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1 let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2). Les mesures de réadaptation comprennent notamment l'octroi de moyens auxiliaires (al. 3 let. d).

En vertu de l'art. 21 LAI, l'assuré a droit, d'après une liste que dressera le Conseil fédéral, aux moyens auxiliaires dont il a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour maintenir ou améliorer sa capacité de gain, pour étudier, apprendre un métier ou se perfectionner, ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle (al. 1, 1^{ère} phrase). L'assuré qui, par suite de son invalidité, a besoin d'appareils coûteux pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, a droit, sans égard à sa capacité de gain, à de tels moyens auxiliaires conformément à une liste qu'établira le Conseil fédéral (al. 2). L'assurance prend à sa charge les moyens auxiliaires d'un modèle simple et adéquat et les remet en propriété ou en prêt. L'assuré auquel un moyen auxiliaire a été alloué en remplacement d'objets qu'il aurait dû acquérir même s'il n'était pas invalide est tenu de participer aux frais (al. 3). Le Conseil fédéral peut prévoir que l'assuré a le droit de continuer à utiliser un moyen auxiliaire remis à titre de prêt alors que les conditions mises à son octroi ne sont plus remplies (al. 4).

b. À l'art. 14 RAI, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des prescriptions complémentaires au sens de l'art. 21 al. 4 LAI. Ce département a édicté l'ordonnance du 29 novembre 1976 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI - RS 831.232.51) avec, en annexe, la liste des moyens auxiliaires.

c. L'art. 2 OMAI prévoit qu'ont droit aux moyens auxiliaires, dans les limites fixées par la liste en annexe, les assurés qui en ont besoin pour se déplacer, établir des contacts avec leur entourage ou développer leur autonomie personnelle (al. 1). L'assuré n'a droit aux moyens auxiliaires désignés dans cette liste par un astérisque (*), que s'il en a besoin pour exercer une activité lucrative ou accomplir ses travaux habituels, pour étudier ou apprendre un métier ou à des fins d'accoutumance fonctionnelle ou encore pour exercer l'activité nommément désignée au chiffre correspondant de l'annexe (al. 2). Le droit s'étend aux accessoires et aux adaptations rendus nécessaires par l'invalidité (al. 3). L'assuré n'a droit qu'à des moyens auxiliaires d'un modèle simple, adéquat et économique. Il supporte les frais supplémentaires d'un autre modèle. Lorsque la liste en annexe ne mentionne aucun des instruments prévus à l'art. 21quater LAI pour la remise d'un moyen auxiliaire, les frais effectifs sont remboursés (al. 4). Lorsqu'un assuré a droit à la remise d'un moyen auxiliaire figurant dans la liste en annexe mais qu'il se contente d'un autre moyen moins onéreux remplissant les mêmes fonctions, ce dernier doit lui être remis même s'il ne figure pas dans la liste (al. 5).

La liste annexée à l'OMAI prévoit au chiffre 2.01 le remboursement des orthèses des jambes selon la convention tarifaire avec l'Association suisse des techniciens en orthopédie (ASTO).

9. a. En matière de moyens auxiliaires, l'invalidité consiste dans le fait que la personne assurée ne peut, en raison d'une atteinte durable à la santé, accomplir l'une des activités énumérées par l'art. 21 al. 1 ou 2 LAI sans l'octroi d'un moyen auxiliaire. Dans cette mesure, l'invalidité est spécifique à la prestation demandée (cf. Silvia BUCHER, *Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung*, 2011, p. 195, n. 330).

Le droit à un moyen auxiliaire suppose qu'une fonction du corps ou que certaines parties du corps soient déficientes et ne puissent plus assumer leur rôle (ATF 131 V 9 consid. 3.2). Par moyen auxiliaire, il faut entendre un objet ayant pour but de pallier la perte d'un membre ou d'une fonction du corps humain (ATF 131 V 9 consid. 3.3). Ledit objet doit être utilisable sans modification structurelle. Il doit également être réutilisable. Ainsi, un objet qui ne peut exécuter sa fonction de substitution et être remplacé que s'il est introduit dans le corps au moyen d'une intervention chirurgicale ne constitue pas un moyen auxiliaire (ATF 115 V 191 ; ATF 112 V 11 ; ATF 101 V 267).

b. Les moyens auxiliaires qui ne sont pas désignés par un astérisque (*) dans la liste de l'OMAI sont destinés aux personnes qui les demandent pour se déplacer, établir des contacts avec l'entourage ou développer leur autonomie personnelle. Le but de cette réglementation est de donner à la personne gravement handicapée les moyens d'acquérir un minimum d'indépendance ou d'établir un minimum de contact avec son entourage (ATF 98 V 48 consid. 1 ; Michel VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, 2011, p. 485 n° 1804).

Une orthèse est définie comme tout appareil destiné à protéger, immobiliser ou soutenir le corps ou une de ses parties auxquels il est directement fixé (attelles, gouttières, ceintures, corsets, chaussures orthopédiques). Un tel appareil fait appel à la technique orthopédique (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 761/03 du 9 février 2004 consid. 3.3 et les références).

c. Les conditions de simplicité et d'adéquation posées par les art. 8 al. 1 et 21 al. 3 LAI pour l'octroi de moyens auxiliaires sont l'expression du principe de la proportionnalité et supposent, d'une part, que la prestation en cause soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin et, d'autre part, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire, compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (proportionnalité au sens étroit). Dans ce contexte, il convient notamment de prendre en considération l'importance de la réadaptation que le moyen auxiliaire devrait permettre d'atteindre et la durée pendant laquelle ce moyen pourra servir l'objectif de réadaptation (ATF 132 V 215 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2015 du 10 novembre 2015 consid. 3.4).

10. La Circulaire concernant la remise des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (ci-après CMAI), éditée par l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa version valable dès le 1^{er} janvier 2018, précise au sujet du point 2.01 OMAI qu'un assuré incapable de se tenir debout ou de marcher a droit à une orthèse uniquement à des fins prévues par la loi (autonomie personnelle, déplacement autonome, établissement de contacts avec l'entourage ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_531/2009 du 23 octobre 2009).

La CMAI constitue une ordonnance administrative. Une telle ordonnance ne crée pas de nouvelles règles de droit et donne le point de vue de l'administration sur l'application d'une disposition, et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (ATF 129 V 200 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 174/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.4). De plus, l'administré ne peut se voir imposer d'obligations sur la seule base d'une ordonnance administrative interprétative et ne saurait non plus en tirer un droit (Pierre MOOR / Alexandre FLÜCKIGER / Vincent MARTENET, Droit administratif vol. I, 3^{ème} éd. 2012 p. 428).

11. En l'espèce, il convient d'examiner si les orthèses de jambe, lesquelles peuvent être allouées sans dessein de réadaptation, permettent à l'assuré, gravement handicapé, d'acquérir un minimum d'indépendance ou d'établir un minimum de contact avec son entourage.

Si le Dr D_____ a noté, en 2012, que tout « mode de déplacement en position debout » favorisait l'adaptation cardiovasculaire et digestive, et que « la marche, même ébauchée », supportait le développement des fonctions exécutives et permettait un meilleur contrôle des activités, l'apparition d'initiatives, le contrôle des stéréotypes (cf. rapport du 1^{er} juin 2012), le Dr B_____ a clairement indiqué, six ans plus tard, que l'assuré souffre d'une quadriplégie sévère qui le limite à un déplacement en chaise roulante et que les orthèses sollicitées ne lui permettent pas de se déplacer, mais qu'il les porte la journée afin de se mettre en standing « geste qu'il aime bien » (cf. rapport du 2 novembre 2018).

Considérant que ces rapports ne permettent pas de déterminer si l'assuré a besoin de ce moyen auxiliaire pour développer son autonomie personnelle, la Cour de céans a interrogé le Dr B_____, dont il ressort clairement que le seul objectif des orthèses est de favoriser la position debout. En revanche, il n'est pas allégué qu'elles permettent de développer l'autonomie personnelle de l'assuré.

Dans ces conditions, force est de constater que les orthèses ne sont d'aucune utilité à l'assuré pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle. Les conditions permettant la prise en charge par l'assurance-invalidité ne sont dès lors pas remplies, peu importe que les orthèses en question améliorent significativement l'état orthopédique de l'assuré et soutiennent le développement de certaines fonctions cognitives.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le