

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2185/2025

ATAS/962/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 décembre 2025

Chambre 16

En la cause

A_____, enfant mineur, agissant par ses parents B_____ et C_____ et
recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 2014 en France, de nationalité kosovare, est arrivé en Suisse en août 2021, selon les informations figurant dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité pour mineurs (mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et moyens auxiliaires) du 16 février 2022.
- b.** Dans un rapport du 30 janvier 2022, le docteur D_____, médecin adjoint agrégé à l'unité de neuropédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé les diagnostics suivants : déficience intellectuelle sévère, enfant non verbal et mutation du gène SYNGAP1. Depuis le mois de décembre 2021, l'assuré avait intégré l'institution E_____.
- B.** **a.** Par avis du 19 octobre 2022, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué que, dans un rapport du 23 août 2022, la docteure F_____, spécialiste en pédiatrie, décrivait une absence de communication verbale, un enfant dans son monde avec des échanges limités, des stéréotypies, de l'auto-agressivité, de l'impulsivité, des activités sensori-motrices rudimentaires et une exploration orale des jeux. Le diagnostic de TSA (trouble du spectre de l'autisme) avec déficit cognitif associé était évoqué par une psychologue en janvier 2018 dans un rapport du CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) de Haute-Savoie. Lors d'une consultation du 23 juillet 2019 était retenu le diagnostic d'un retard sévère et global du développement dans le cadre d'un syndrome génétique avec de nombreux signes évocateurs de TSA. Dans un rapport du 27 septembre 2022, le Dr D_____ confirmait un tableau de TSA. Il décrivait un enfant non verbal avec des troubles manifestes des interactions et des activités de jeux restreints. Il soulignait que la mutation SYNGAP1 dont souffrait l'assuré était associé dans environ 50% des cas à un TSA. Le SMR en concluait que les critères pour la reconnaissance du chiffre 405 de l'annexe à l'ancienne ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (aOIC-DFI) étaient remplis jusqu'au 31 décembre 2021, car les rapports de consultations effectuées en France mentionnaient clairement des symptômes de TSA avant l'âge de 5 ans. Les critères pour la reconnaissance du chiffre 405 de l'annexe à l'ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales du 3 novembre 2021 (OIC-DFI - RS 831.232.211) étaient remplis dès le 1^{er} janvier 2022, car le diagnostic avait été confirmé par un neuropédiatre et le tableau clinique était complet.
- b.** Par décision du 6 décembre 2022, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a rejeté une demande de mesures médicales en cas d'infirmité congénitale qui avait été déposée le 17 février 2022. Quand bien même les conditions de l'infirmité congénitale n° 405 étaient remplies, au moment de sa survenance, avant l'âge de 5 ans, l'assuré, de nationalité du Kosovo, ne résidait

pas en Suisse. Les conditions d'assurance pour une prise en charge de mesures médicales n'étaient par conséquent pas données.

c. Par décision du 30 mai 2023, l'OAI a rejeté une demande de moyens auxiliaires, sollicitée le 20 février 2023 (poussette adaptée), à défaut de remplir les conditions d'assurance.

d. Par décision du 31 octobre 2023, l'OAI, en s'appuyant sur un rapport d'enquête à domicile du 18 septembre 2023, a mis l'assuré au bénéfice d'une allocation d'impotence pour mineurs de degré moyen du 1^{er} mars au 30 septembre 2022, et de degré grave dès le 1^{er} octobre 2022, avec un supplément pour soins intenses de plus de quatre heures.

e. Dans un rapport du 6 avril 2024, le Dr D_____ a posé les diagnostics suivants : épilepsie polymorphe avec crises atoniques et myoclonies, déficience intellectuelle sévère sur variant pathogène du gène SYNGAP1, hyperactivité motrice et enfant non verbal.

f. Dans un rapport du 8 mai 2024, le Dr D_____ a retenu le diagnostic d'encéphalopathie épileptique.

g. Dans un rapport du 28 août 2024, le Dr D_____ a mentionné que les premiers épisodes [épileptiques] étaient apparus en avril 2023, raison pour laquelle un premier électroencéphalogramme (ci-après : EEG) avait été réalisé. Les épisodes étaient devenus plus manifestes en début d'année 2024 avec confirmation du diagnostic de crises électro-cliniques en mars 2024, suite auquel un traitement antiépileptique avait débuté.

h. Par avis du 18 septembre 2024, le SMR a, sur la base du rapport du Dr D_____ précité, fixé la survenance de l'épilepsie, qui correspondait au chiffre 387 annexe OIC-DFI, à avril 2023.

i. Par communication du 19 septembre 2024, l'OAI a pris en charge les coûts du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 387 (épilepsie), y compris les consultations en neurologie, les examens nécessaires (EEG...) ainsi que le traitement médicamenteux prescrit, du 9 avril 2023, une année avant le dépôt de la demande, au 31 octobre 2034, fin du mois au cours duquel l'assuré accomplirait sa vingtième année. En cas de désaccord avec la communication, l'assuré pouvait demander par écrit le prononcé d'une décision formelle.

j. Dans un rapport du 27 août 2024, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré était dorénavant scolarisé au sein de l'ECPS (école de pédagogie spécialisée) H_____. Il a observé un valgus des pieds bilatéral plus marqué du côté gauche que du côté droit avec une cassure du médio-pied à gauche. L'examen du podoscope montrait des pieds *pes planus valgus*.

k. Dans un rapport du 7 octobre 2024, le docteur G_____, médecin adjoint agrégé à l'unité d'orthopédie et traumatologie pédiatrique des HUG, a relevé que l'assuré pouvait se déplacer mais pas plus de cinq à six minutes. Celui-ci

présentait des déformations importantes, surtout au pied gauche. Le spécialiste a préconisé une chirurgie d'arthrodèse talo-naviculaire bilatérale pour stabiliser son pied et stabiliser un peu plus la marche qui était assez courte.

l. Le 28 octobre 2024, l'OAI a reçu :

- une ordonnance pour l'ergothérapie établie par le Dr D_____ le 9 octobre 2024, l'objectif du traitement étant d'améliorer ou maintenir les fonctions physiques en tant que contribution à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ;
- un courrier de l'ergothérapeute du 24 octobre 2024 mentionnant que les mesures d'ergothérapie pour l'assuré étaient : conseils et aménagements de son domicile, conseils et aménagement du lieu de vie, proposition d'activités lui permettant de diminuer ses déambulations et prises de risques, préparation de la période post-opération prévue en janvier 2025.

m. Dans un rapport du 18 novembre 2024, le Dr D_____ a indiqué que c'était à la demande de la nouvelle structure scolaire, l'ECPS H_____, moins habituée à inclure des enfants avec ce type de problématique neurologique, qu'une prescription d'ergothérapie avait été réalisée. L'équipe éducative s'était rendu compte que l'établissement était moins sécurisé et que certains aménagements devaient être réalisés afin d'accueillir au mieux l'assuré. Bien que ce dernier soit ambulant, il gardait une instabilité à la marche, une précipitation motrice et une absence de conscience du danger motivant la demande de l'école.

n. Le 17 décembre 2024, l'OAI a réceptionné :

- une copie du projet éducatif individualisé de l'office médico-pédagogique pour l'année scolaire 2024-2025 à l'ECPS H_____ signé par les parents le 12 décembre 2024 ;
- une copie du projet d'accueil individualisé du service de santé de l'enfance et de la jeunesse du 31 octobre 2024.

o. Par avis du 26 mars 2025, le SMR, après avoir résumé les dernières pièces au dossier, a considéré que l'assuré présentait une épilepsie qui semblait stabilisée sous traitement, sans aggravation de son état neurologique. La description de son développement psychomoteur et de son examen neurologique était semblable à celle de début 2023, c'est-à-dire avant le diagnostic de son épilepsie. Un lien causal entre l'épilepsie et le trouble neurodéveloppemental semblait donc difficile à retenir, d'autant plus que dans le cadre du syndrome que présentait l'assuré, l'épilepsie semblait être plus une comorbidité car elle n'était présente que chez la moitié des patients touchés, alors que le trouble du développement neurologique et la déficience intellectuelle étaient présents chez la plupart d'entre eux. Le traitement en ergothérapie ne pouvait donc pas être pris en charge sous le chiffre 387 annexe OIC-DFI. Un traitement en ergothérapie à titre de mesure médicale de réadaptation ne pouvait pas non plus lui être octroyé, car, d'une part, l'assuré

présentait une impotence de degré grave avec supplément de soins intenses du fait de sa déficience intellectuelle sévère et de son TSA, rendant son intégration au marché du travail très improbable, et, d'autre part, les objectifs décrits dans le projet éducatif individualisé en école pédagogique spécialisée visaient les actes de la vie quotidienne. La prise en charge en orthopédie des pieds plats (pieds *planus valgus*), même si une intervention semblait nécessaire, ne remplissait pas les conditions médicales du chiffre 180 annexe OIC-DFI, à savoir un diagnostic avant l'âge de 12 mois afin d'en reconnaître le caractère congénital. S'agissant du pied plat *valgus* très probablement acquis, sans lien causal direct avec une épilepsie, une prise en charge sous le chiffre 387 annexe OIC-DFI était exclue. Pour les mêmes motifs que pour l'ergothérapie, une prise en charge en orthopédie à titre de mesure médicale de réadaptation ne pouvait pas être accordée.

p. Par décision du 27 mars 2025, l'OAI, en se fondant sur un rapport d'enquête à domicile du 25 mars 2025, a mis l'assuré au bénéfice d'une allocation d'impotence pour mineurs de degré grave dès le 1^{er} octobre 2024, avec un supplément pour soins intenses de plus de six heures.

q. Par décision du 22 mai 2025, confirmant les termes d'un projet de décision du 27 mars 2025, l'OAI, après avoir rappelé les conclusions du SMR contenues dans l'avis du 26 mars 2025, a refusé à l'assuré l'octroi de mesures médicales (ergothérapie à l'école, suivi en orthopédie et intervention chirurgicale du pied gauche).

- C. a.** Par acte du 19 juin 2025, l'assuré, agissant par l'intermédiaire de ses parents, a interjeté un recours contre la décision du 22 mai 2025 par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, préalablement, à l'audition de son nouveau pédiatre ainsi qu'à celle du Dr D_____ et, principalement, à l'annulation de cette décision et à la prise en charge de l'ergothérapie scolaire, du suivi orthopédique spécialisé et de l'intervention chirurgicale correctrice du pied gauche à titre de mesures médicales.

L'interprétation de l'intimé, selon laquelle aucune infirmité congénitale ne serait reconnue, était excessivement restrictive. La loi prévoyait la possibilité de prise en charge de mesures médicales même en l'absence d'une infirmité strictement listée à condition que la situation médicale entrave significativement l'intégration scolaire, sociale ou professionnelle. L'épilepsie et les troubles associés pouvaient, selon les cas, être considérés comme des atteintes congénitales du développement neurologique, notamment lorsqu'ils apparaissaient très précocement et nécessitaient une prise en charge multidisciplinaire. Les traitements requis (ergothérapie, chirurgie, orthopédie) étaient reconnus scientifiquement comme étant efficaces et appropriés pour améliorer l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie des enfants présentant des troubles similaires. Les rapports médicaux au dossier le confirmaient. L'objectif des mesures sollicitées était directement lié à sa réadaptation afin qu'il puisse suivre une scolarité régulière, acquérir des

compétences de base fonctionnelles et participer pleinement à la vie en société. Refuser ces mesures revenait à compromettre son intégration sociale et éducative.

b. Par réponse du 16 juillet 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se ralliant à l'avis du SMR du 26 mars 2025.

c. Invité à répliquer, le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai qui lui avait été imparti par la chambre de céans.

EN DROIT

- 1. 1.1** 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.

1.2 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. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

- 2.** Est litigieux le droit du recourant à des mesures médicales de l'assurance-invalidité, plus particulièrement à la prise en charge par l'intimé de l'ergothérapie à l'école, du suivi en orthopédie et de l'intervention chirurgicale du pied gauche.
- 3. 3.1** Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence).

3.2 En l'espèce, la décision litigieuse, qui a été rendue le 22 mai 2025, après le 1^{er} janvier 2022, porte sur le refus de mesures médicales, lesquelles avaient été sollicitées en octobre 2024.

Par conséquent, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur, étant relevé que les dispositions transitoires ne sont pas pertinentes ici.

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 ; art. 8 al. 1 LAI). Les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 (droit à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales) et 21 (droit aux moyens auxiliaires) LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (art. 8 al. 2 LAI). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures médicales (art. 8 al. 3 let. a LAI).

3.3 Selon l'art. 12 LAI intitulé « droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation », 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 (al. 1). Les mesures médicales de réadaptation doivent être de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de l'assuré à fréquenter l'école, à suivre une formation, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels, ou être de nature à prévenir une diminution notable de cette capacité. Le droit à ces mesures n'existe que si le médecin traitant spécialisé a posé un pronostic favorable tenant compte de la gravité de l'infirmité (al. 3).

Les mesures médicales de réadaptation sont définies par leur orientation directe vers la réadaptation (art. 12 LAI). Ces mesures doivent être distinguées de celles qui traitent l'atteinte à la santé en elle-même, comme les mesures médicales de l'AI en cas d'infirmité congénitale (art. 13 LAI). Les mesures médicales qui n'influent qu'indirectement l'aptitude à la réadaptation (par ex. la psychothérapie en cas de bégaiement grave chez un enfant d'intelligence normale présentant un trouble du comportement) ou qui ne peuvent qu'atténuer les symptômes (par ex. en cas d'anorexie nerveuse) ne sont pas obligatoirement prises en charge par l'assurance-invalidité (Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI] du 15 février 2017, FF 2017 2363 p. 2409).

Conformément à l'art. 2 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), sont considérées comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les traitements chirurgicaux, physiothérapeutiques et

psychothérapeutiques. Elles visent directement la réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI une fois l'affection en tant que telle traitée et l'état de santé stabilisé.

Selon l'art. 2^{ter} RAI, les notions suivantes au sens de l'art. 12 LAI sont précisées comme suit : a) *formation professionnelle initiale* : toute formation professionnelle initiale, qu'elle soit ou non financée par l'assurance-invalidité ; b) *capacité à fréquenter l'école* : capacité à fréquenter une école ordinaire, une école spéciale ou une école privée ; c) *capacité à exercer une activité lucrative* : capacité à exercer un emploi sur les marchés primaire ou secondaire du travail.

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 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral I.842/02 du 4 juillet 2003 consid. 1).

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 279 consid. 3a).

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). Lorsqu'il s'agit de mineurs, la jurisprudence a précisé que des mesures médicales pouvaient déjà être utiles de manière prédominante à la réadaptation professionnelle et, malgré le caractère encore provisoirement labile de l'affection, pouvaient être prises en charge par l'assurance-invalidité si, sans ces mesures, la

guérison serait accompagnée de séquelles ou s'il en résulterait un état défectueux stable d'une autre manière, ce qui nuirait à la formation professionnelle, diminuerait la capacité de gain ou aurait ces deux effets en même temps (ATF 105 V 19).

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 50 consid. 3b avec les références). 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 52 consid. 3c ; 98 V 211 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1074/2009 du 30 septembre 2010 consid. 2).

3.4 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 (art. 3 al. 2 LPGA). 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).

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).

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, sans égard aux possibilités de réadaptation à la vie professionnelle (ATF 115 V 202 consid. 4e/cc).

Selon l'art. 3^{bis} al. 1 RAI, en vertu de l'art. 14^{ter} al. 1 let. b LAI, le Département fédéral de l'intérieur (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. 3^{bis} al. 2 RAI).

Les infirmités congénitales sont énumérées dans l'annexe OIC-DFI. Selon celle-ci, sont reconnues en tant qu'infirmités congénitales pour le traitement desquelles des mesures médicales sont accordées en vertu de l'art. 13 LAI :

- chiffre 180 : les déformations congénitales des pieds, par exemple pied en Z, talus vertical, lorsqu'une opération, un appareillage ou des traitements par plâtres répétés sont nécessaires, à l'exclusion du pied bot congénital (pied varus équin congénital, ch. 182) ;

- chiffre 387 : les épilepsies (primaires) congénitales (à l'exclusion des formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise).

Le droit au traitement d'une infirmité congénitale s'ouvre avec la mise en œuvre de mesures médicales, mais au plus tôt après la naissance accomplie de l'enfant (art 3^{ter} al. 1 RAI). Il s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 20 ans ((art 3^{ter} al. 2 RAI).

3.5 Selon l'art. 14 al. 1 LAI, les mesures médicales comprennent : les traitements et examens liés à ces traitements qui sont dispensés sous forme ambulatoire ou en milieu hospitalier ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par : des médecins (ch. 1), des chiropraticiens (ch. 2), des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (ch. 3 ; let. a) ; les prestations de soins fournies sous forme ambulatoire (let. b) ; les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. c) ; les mesures de réhabilitation effectuées ou prescrites par un médecin (let. d) ; le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e) ; les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. c (let. f) ; les frais de transport médicalement nécessaires (let. g).

Les mesures médicales doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques ; dans le cas des maladies rares, la fréquence de l'apparition d'une maladie est prise en considération (art. 14 al. 2 LAI).

3.6 L'obligation de l'assurance-invalidité de verser des prestations pour les infirmités congénitales et la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'assurance-invalidité éditée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS ;), dans son état au 1^{er} janvier 2025 (ci-après : CMRM), ici applicable (sur la portée des directives de l'administration : ATF 133 V 257 consid. 3.2 ; 131 V 42 consid. 2.3).

La CMRM, en relation avec le chiffre 180 annexe OIC-DFI, indique que le pied plat congénital (*talus verticalis*) est une malformation rare, généralement unilatérale, qui est déjà marquée de façon nette chez le nourrisson. Il convient de la distinguer du pied plat *valgus* acquis (*talus valgus ; pes plano valgus*), qui ne constitue pas une infirmité congénitale au sens de l'assurance-invalidité. D'habitude, le pied plat congénital est déjà fixé à la naissance et requiert l'application d'un appareil plâtré de redressement, puis un traitement avec port de semelles orthopédiques et d'attelles pendant la nuit. Il est souvent indispensable de pratiquer des interventions chirurgicales sur les parties molles (ch. 180.2).

Sont par conséquent nécessaires à la reconnaissance d'un pied plat congénital (*talus verticalis*) au sens du ch. 180 annexe OIC-DFI :

- un diagnostic posé en général au cours des premières semaines qui suivent la naissance ou au plus tard avant l'âge d'un an ;
- la mise en évidence, au moyen d'un examen radiologique, de la position anormale de l'astragale et de la subluxation de l'articulation astragalosca-phoïdienne (ch. 180.2).

En outre, la CMRM expose que, pour le traitement des infirmités congénitales dans le cadre de l'art. 13 LAI, l'ergothérapie peut être considérée comme un complément nécessaire à la physiothérapie ou comme une mesure médicale indépendante (ch. 1014.1a).

L'ergothérapie peut viser à remédier à une diminution importante de la capacité de gain en tant que mesure médicale de réadaptation limitée dans le temps au sens de l'art. 12 LAI. Elle ne le devient que si, nettement séparée du traitement de l'affection primaire, elle s'adresse à des états pathologiques relativement stabilisés et vise directement la réadaptation professionnelle (voir ch. 60, 65 ; ch. 1014.1b).

L'ergothérapie doit être prescrite par un médecin. L'indication doit être justifiée par des troubles neurologiques ou neuropsychologiques objectifs, documentés par les résultats d'examen correspondants et ayant des répercussions sur l'acquisition de capacités ou d'habiletés. La demande doit mettre en évidence les objectifs du traitement (ch. 1014.3).

3.7 Lorsque des mesures médicales ne peuvent être octroyées à un assuré mineur sous l'angle de l'art. 13 LAI, il y a lieu d'examiner si elles peuvent l'être sur la base de l'art. 12 LAI (arrêt du Tribunal fédéral I.309/05 du 1^{er} décembre 2005 consid. 2.3.1).

3.8 Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA). Le Conseil fédéral peut prescrire, en dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA, que la procédure simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA s'applique aussi à certaines prestations importantes (art. 58 LAI).

Si les conditions permettant l'octroi d'une prestation sont manifestement remplies et qu'elles correspondent à la demande de l'assuré, les mesures médicales peuvent être accordées ou prolongées sans notification d'un préavis ou d'une décision (art. 74^{ter} let. a RAI en lien avec l'art. 58 LAI). L'office de l'assurance-invalidité communique par écrit à l'assuré les prononcés rendus selon l'art. 74^{ter} RAI et lui signale qu'il peut, s'il conteste le prononcé, exiger la notification d'une décision (art. 74^{quater} RAI).

Malgré son formalisme restreint, la procédure simplifiée demeure une procédure de type décisionnel. La prise de position de l'assureur selon la procédure

simplifiée revêt en règle générale les qualités matérielles de la décision. De plus, l'assuré peut prétendre à la prise d'une décision formelle, qu'il peut ensuite contester. Enfin, si une décision formelle n'est pas demandée, le prononcé de l'assureur selon la procédure simplifiée entre en force et déploie ses effets au même titre qu'une décision (Elodie SKOULIKAS/Valérie DÉFAGO GAUDIN, in Anne-Sylvie DUPONT/Margit MOSER SZELESS [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 2 ad art. 51 LPG).

3.9 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

- 4. 4.1** En l'espèce, en ce qui concerne la prise en charge éventuelle du suivi orthopédique spécialisé ainsi que de l'intervention chirurgicale du pied gauche du recourant, il convient d'examiner en premier lieu si ce dernier souffre d'une infirmité congénitale (art. 13 LAI).

Il ressort du rapport du Dr D_____, neuropédiatre, du 30 janvier 2022 que le recourant marche depuis l'âge d'environ 3 ans. Il présente des pieds *valgus* en rotation externe. Dans un rapport du 31 mai 2022, les Drs G_____, orthopédiste, et D_____ ont indiqué que le recourant – alors âgé de 7 ans – gardait une hyperlaxité avec des pieds plats de type 2, voire 3. Ils ont mis en place des attelles de type OSSA pour réaligner les pieds et améliorer la fonctionnalité de la marche au vu de ses chutes fréquentes. Dans un rapport du 27 août 2024, le Dr D_____ a mis en évidence un *valgus* des pieds bilatéral plus marqué du côté gauche que du côté droit avec une cassure du médio-pied à gauche, tout en soulignant que l'examen au podoscope montrait des pieds *pes planus valgus*, soit une atteinte qui n'est pas reconnue comme étant congénitale au sens de l'assurance-invalidité. Par ailleurs, aucun élément au dossier ne permet de retenir que cette atteinte aurait été diagnostiquée au plus tard avant l'âge d'un an. Ni qu'elle aurait requis l'application d'un appareil plâtré de redressement, puis un traitement avec port de semelles orthopédiques et d'attelles pendant la nuit au cours des premières semaines suivant la naissance du recourant (cf. ch. 180.2 CMRM ; consid. 3.6 ci-dessus).

Partant, c'est à raison que l'intimé a refusé au recourant des mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI.

Reste à examiner si le recourant peut bénéficier de mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI.

Comme relevé précédemment, les attelles ont été prescrites pour améliorer la fonctionnalité de la marche du recourant. Dans un rapport du 7 octobre 2024, le Dr G_____ a relevé que l'opération chirurgicale préconisée visait à stabiliser le pied ainsi que la marche. Il s'agit donc de mesures destinées au traitement des symptômes de l'atteinte à la santé de nature orthopédique, autrement dit du traitement de l'« affection comme telle ». Du reste, cette atteinte en soi n'empêche pas le recourant de fréquenter l'école spécialisée. Il ressort en revanche du document « projet éducatif individualisé » de l'office-médico pédagogique du 12 décembre 2024 que le recourant présente un important retard de développement psychomoteur et une hypotonie générale associée à une grande fatigabilité. Son équilibre est précaire, sa motricité globale et fine est peu développée. Il n'est pas en mesure de suivre le déroulement des différentes activités de la classe. Il est toujours sous la surveillance d'un adulte. Les objectifs généraux fixés sont l'autonomie du recourant dans la vie quotidienne et la possibilité de s'occuper seul cinq minutes sans solliciter l'adulte. À cela s'ajoute que dans son dernier rapport du 24 octobre 2024, la pédiatre traitante a émis un pronostic stationnaire. Il ressort également du rapport d'enquête à domicile du 25 mars 2025 que le recourant n'a pas conscience de son environnement et peut se mettre en danger à tout moment par ses comportements imprévisibles. Il est un enfant non-verbal, capable de prononcer quelques mots seulement. Lors de cette enquête, il était âgé de 10 ans et 5 mois et nécessitait un surcroît d'aide de plus de six heures par jour par rapport à un mineur du même âge et en bonne santé pour les six actes ordinaires de la vie quotidienne, pour l'accompagnement à des visites médicales et pour la surveillance, ce surcroît d'aide étant de plus de quatre heures par jour lors de la précédente enquête à domicile, alors qu'il était âgé de 8 ans et 10 mois. Le recourant, qui n'est pas autonome, n'a donc pas fait de progrès. Ces éléments ne suffisent pas à établir qu'il sera capable d'entreprendre une formation professionnelle au terme de sa scolarité. Par conséquent, les conditions permettant à un assuré de bénéficier de mesures médicales en vue de la réadaptation ne sont en l'occurrence pas remplies.

L'intimé était ainsi fondé à nier le droit du recourant à des mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI.

4.2 En ce qui concerne le traitement en ergothérapie, dans son avis du 26 mars 2025, le SMR a exposé que le lien causal entre l'épilepsie et le trouble neurodéveloppemental du recourant semblait difficile à retenir et a partant refusé la prise en charge de ce traitement selon l'art. 13 LAI en lien avec le chiffre 387 annexe OIC-DIF (épilepsie congénitale).

Or, dans un précédent avis du 14 août 2024, confirmé par avis du 18 septembre 2024, le SMR avait reconnu que l'épilepsie, non lésionnelle, génétique que présentait le recourant correspondait au chiffre 387 annexe OIC-DFI. Sur cette

base, par communication du 19 septembre 2024, l'intimé a octroyé des mesures médicales au recourant pour le traitement de son épilepsie. En particulier, il a pris en charge les consultations en neurologie, les examens nécessaires ainsi que le traitement médicamenteux prescrit. Ces prestations ont été allouées selon la procédure dite simplifiée prévue à l'art. 51 LPGA, conformément aux art. 58 LAI et 74^{ter} let. a RAI. En l'absence d'une décision formelle demandée par le recourant, cette communication est entrée en force et déploie ses effets au même titre qu'une décision.

Se pose alors la question de savoir si l'ergothérapie prescrite par le Dr D_____ est nécessaire pour le traitement de l'épilepsie congénitale du recourant. Dans un rapport du 18 novembre 2024, le Dr D_____ a indiqué avoir prescrit ce traitement sur requête de la nouvelle école spécialisée, l'ECPS H_____, qui était moins habituée à accueillir des enfants ayant la problématique neurologique dont souffrait le recourant. La prescription d'ergothérapie était motivée par le fait que celui-ci gardait une instabilité à la marche, une précipitation motrice et une absence de conscience du danger. On se demande alors si c'est l'épilepsie congénitale qui affecte la motricité et l'équilibre du recourant ou si ces limitations sont liées exclusivement à la mutation du gène SYNGAP1. On se demande également si les objectifs du traitement peuvent améliorer les capacités physiques du recourant et limiter ses limitations.

Il se justifie en conséquence de renvoyer le dossier à l'intimé pour que le Dr D_____, voire l'ergothérapeute, répondent à ces questions, après quoi, l'intimé examinera, le cas échéant, le caractère efficace, approprié et économique du traitement (art. 14 al. 2 LAI).

Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'entendre oralement le recourant ni sa pédiatre ou le Dr D_____.

5. Dans ces circonstances, le recours sera partiellement admis. La décision du 22 mai 2025 sera confirmée en tant qu'elle refuse la prise en charge du suivi orthopédique spécialisé ainsi que de l'intervention chirurgicale du pied gauche du recourant et annulée en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement en ergothérapie. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision pour ce qui est du traitement en ergothérapie.
6. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Confirme la décision du 22 mai 2025 en tant qu'elle refuse la prise en charge du suivi orthopédique spécialisé ainsi que de l'intervention chirurgicale du pied gauche du recourant.
4. Annule la décision du 22 mai 2025 en tant qu'elle refuse la prise en charge du traitement en ergothérapie.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision pour ce qui est du traitement en ergothérapie.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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