

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité suisse et domicilié à Genève, est né le _____ 2006 et a débuté, en 2023, une formation au sein du Centre de formation préprofessionnelle (CFPP) à Genève.

b. À teneur du rapport médical du 5 juin 2024 de la docteure D_____, médecin interne au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré a été victime, en date du 17 décembre 2023, d'un accident de la voie publique ayant entraîné un polytraumatisme. En effet, le véhicule dont l'assuré était le passager avant est entré en collision frontale contre une grange. Après une longue désincarcération, l'assuré a été transporté aux urgences des HUG. Un scanner a alors révélé la présence de multiples saignements intracrâniens, un œdème cérébral diffus ainsi que des fractures du massif cranio-facial et des membres inférieurs et supérieurs. Dans ce contexte, une hémicraniectomie décompressive a été réalisée. L'évolution de l'état de santé de l'assuré a été peu favorable pendant les deux premiers mois, durant lesquels il avait été hospitalisé aux soins intensifs, puis aux soins intermédiaires de neurochirurgie.

En date du 3 avril 2024, l'assuré a été transféré en neuroéducation à l'Hôpital de Beau-Séjour. Durant son séjour en neuroéducation, il est passé de l'état de coma à celui de conscience minimale.

Selon la Dre D_____, l'assuré souffrait notamment d'un traumatisme cranio-cérébral sévère, d'une fracture déplacée pluri-fragmentaire de la diaphyse fémorale droite et de multiples fractures cranio-faciales. L'état de conscience minimal de l'assuré empêchait toute perspective de formation, et ce sur le long terme. En outre, en raison de son mutisme et de sa tétraparésie ses interactions sociales étaient passives.

c. Le 26 avril 2024, l'assuré, soit pour lui E_____, assistante sociale aux HUG, a déposé une demande de prestations pour mineurs auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI) en vue de l'octroi d'une contribution d'assistance de l'AI.

d. Le 21 mai suivant, une demande de prestations AI pour adultes a été déposée par E_____ pour l'assuré auprès de l'OAI en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente.

e. Le 6 juin 2024, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et chef de clinique aux HUG, a adressé un courrier au Tribunal des mineurs, en expliquant qu'à la suite de son accident, l'assuré avait présenté un score de 3/15 sur l'échelle de coma de Glasgow, lequel correspondait à la valeur minimale de l'éveil. En raison de multiples fractures crâniennes, d'un hématome sous-dural de la convexité droite et d'un œdème cérébral diffus, une craniectomie décompressive de la convexité droite avait été réalisée. Un bilan par imagerie

avait montré des lésions importantes des structures profondes cérébrales et du tronc cérébral. Une longue et lente réhabilitation aux soins intensifs et aux soins intermédiaires de neurochirurgie avait eu lieu.

Depuis son retour des soins intensifs en neurochirurgie, l'assuré avait conservé un état de vigilance minimale avec un score de 6/15 sur l'échelle de Glasgow, soit un état d'éveil incompatible avec une communication et des mouvements dirigés. L'assuré n'avait pas non plus retrouvé un état de conscience compatible avec une vie indépendante depuis son accident. Au mieux de sa rééducation, il était capable d'ouvrir les yeux et de bouger les quatre membres de manière non dirigée. Il bénéficiait d'une thérapie multidisciplinaire intensive dans un but de neurorééducation. Cependant, il présentait des lésions cérébrales importantes et irréversibles. Il était difficile, voire illusoire, de penser que l'assuré retrouverait un état d'éveil suffisant pour mener une vie indépendante et digne. Il avait ainsi besoin de soins à domicile, d'aide au transport et d'une adaptation du lieu de vie au long cours.

f. Par courrier du 23 septembre 2024, G_____, ergothérapeute de l'assuré, a adressé une « demande de financement » à l'OAI en lien avec du matériel indispensable au maintien de celui-ci à domicile.

g. En date du 26 septembre 2024, la docteure H_____, médecin cheffe de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a indiqué que l'état de conscience de l'assuré était compatible avec un état végétatif ou un état de conscience minimale, en précisant qu'une interaction minimale avec les parents était signalée occasionnellement. L'assuré présentait également une tétraplégie avec absence de mouvements spontanés en dehors des index, des pouces et de la flexion de la hanche et du genou. Il était alimenté de façon parentérale et était dépendant pour tous les soins quotidiens. Son état était incompatible avec l'autonomie, l'insertion sociale et l'insertion professionnelle, étant précisé qu'il garderait ce status clinique à très long terme.

h. Par ordonnance du 26 septembre 2024, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (ci-après : le TPAE) a institué une curatelle de portée générale en faveur de l'assuré et a désigné ses parents, B_____ et C_____, aux fonctions de curateurs.

i. Par courrier du 3 octobre 2024, l'OAI a mandaté la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires (FSCMA) afin d'organiser une visite au domicile de l'assuré et de déterminer si les moyens auxiliaires sollicités étaient, d'une part, liés à son invalidité et, d'autre part, simples et adéquats.

B. a. Le 6 novembre 2024, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de décision par lequel il l'informait de son intention de refuser la prise en charge de deux orthèses de maintien, au motif qu'elles ne figuraient pas dans la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité et qu'elles ne pouvaient pas être assimilées à l'une des catégories des moyens auxiliaires de cette liste. Leur prise

en charge n'était pas non plus possible en raison du fait que les orthèses sollicitées n'étaient pas complémentaires à une mesure médicale de l'AI.

j. Dans un rapport médical du 25 novembre 2024, la docteure I_____, médecin interne au sein des HUG, a indiqué que l'assuré se trouvait dans un état neurovégétatif depuis son accident.

Dans un certificat médical daté du même jour, la Dre I_____ a indiqué que le traumatisme crânien de l'assuré entraînait des spasticités provoquant des déformations des membres inférieurs, ainsi qu'une raideur. Les orthèses étaient nécessaires pour conserver une bonne mobilité et éviter les déformations ainsi que les opérations sur le long terme.

k. Le 11 décembre 2024, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en l'informant qu'il avait droit à une rente extraordinaire d'invalidité au 1^{er} décembre 2024, avec un degré d'invalidité de 100%.

l. En date du 12 décembre 2024, l'assuré, agissant par le biais de son conseil, a formulé plusieurs objections en lien avec le projet de décision de l'OAI du 6 novembre 2024. Il était selon lui prématuré de refuser la prise en charge d'orthèses au motif qu'elles n'étaient pas complémentaires à une mesure médicale alors qu'une demande de prestations AI était en cours, de sorte qu'il convenait de surseoir à statuer jusqu'à droit connu sur la demande de prestations AI. En outre, les orthèses étaient nécessaires au maintien d'un minimum de mobilité et d'autonomie corporelle, de sorte qu'il s'agissait d'un moyen auxiliaire adéquat. Enfin, le projet de décision ne permettait nullement de comprendre en quoi les orthèses de maintien sollicitées n'étaient pas assimilables aux orthèses figurant dans la liste des moyens auxiliaires de l'assurance-invalidité, dès lors que celles-ci visaient précisément à pallier une insuffisance se traduisant par des altérations prévisibles des membres inférieurs.

m. Le même jour, l'assuré, soit pour lui son conseil, a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'OAI. Dans cette demande, il était mentionné que l'état de conscience minimale de l'assuré rendait l'intervention d'un tiers nécessaire pour tous les actes ordinaires de la vie. Il était notamment précisé qu'hormis les contacts minimaux entretenus avec les personnes à son chevet, le fait de se déplacer ou d'entretenir des contacts sociaux apparaissait exclu.

n. Par décision du 16 décembre 2024, l'OAI a refusé de prendre en charge les orthèses de maintien sollicitées par l'assuré, en se référant aux motifs évoqués dans son projet de décision. S'agissant des objections soulevées par l'assuré, l'OAI a rappelé que la demande de prestations AI en cours de traitement concernait des prestations de rente ou de réadaptation, et non une demande de mesure médicale, de sorte qu'il ne pouvait pas être retenu que les orthèses de maintien étaient complémentaires à une mesure médicale. Selon les éléments médicaux en possession de l'OAI, les orthèses avaient pour but d'éviter la

déformation des membres inférieurs ainsi que la raideur, si bien qu'elles ne poursuivaient par l'un des buts prévus par la loi, à savoir se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer une autonomie personnelle.

o. Le 16 décembre 2024, l'assuré, par le biais de son conseil, a informé l'OAI qu'il n'avait pas d'observations à formuler en lien avec le projet de décision du 11 décembre 2024 l'informant qu'il avait droit à une rente extraordinaire d'invalidité au 1^{er} décembre 2024 et a sollicité le prononcé immédiat de la décision lui octroyant cette rente.

p. En date du 19 décembre 2024, l'assuré a été transféré au service de neuro-réadaptation de l'hôpital de Bâle. D'après la lettre de transfert des soins aigus du 30 décembre 2024, rédigée notamment par la Dre H_____, la famille de l'assuré avait organisé la fabrication de deux orthèses pour la spasticité des membres inférieurs, en vue de réduire leur déformation. Une déformation des pieds en varus équin réductible avec le genou fléchi, mais incomplètement corrigée lorsque le genou était tendu, était constatée. Compte tenu de la disponibilité des attelles, un essai de ces dernières était recommandé deux fois par jour pendant 30 minutes à 1 heure en fauteuil, avec les genoux fléchis.

q. Par décision du 3 février 2025, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité extraordinaire, rétroactivement au 1^{er} décembre 2024 et pour l'avenir.

C. a. Par acte du 3 février 2025, l'assuré a interjeté recours par-devant la chambre de céans contre la décision du 16 décembre 2024, par laquelle l'intimé avait refusé la prise en charge des orthèses de maintien, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la demande de prise en charge de deux orthèses par son assurance-maladie et à la comparution personnelle de ses parents, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et à sa modification en ce sens que le recourant avait droit à la prise en charge de deux orthèses et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, respectivement au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il poursuive l'instruction et qu'il diligente une expertise médicale.

À l'appui de son recours, le recourant a fait valoir que les orthèses dont il sollicitait la prise en charge étaient nécessaires à sa qualité de vie et à son bien-être. Elles lui permettaient de maintenir un minimum de contact avec son entourage.

La décision querellée violait de manière flagrante son droit d'être entendu, dès lors qu'elle ne contenait aucune motivation relative aux objections qu'il avait formulées, tant s'agissant des éléments médicaux produits que des arguments juridiques avancés. En outre, elle ne permettait nullement de comprendre en quoi les orthèses de maintien sollicitées n'étaient pas assimilables aux orthèses énumérées dans la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité.

L'intimé estimait d'ailleurs à tort que les orthèses de maintien sollicitées n'étaient pas comprises dans la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité. Celles-ci étaient au demeurant nécessaires, sur le plan médical, afin d'éviter une déformation de membres inférieurs, laquelle entraînerait, à long terme, une perte définitive de mobilité et de lourdes opérations. Elles permettaient au recourant, d'une part, de préserver sa mobilité et son autonomie corporelle et, d'autre part, d'établir des contacts avec son entourage ou de développer un semblant d'autonomie personnelle. Dans la mesure où une demande de prestations AI était en cours de traitement, il était prématuré de considérer que les orthèses de maintien n'étaient pas liées à une mesure médicale de l'AI. Il convenait ainsi de surseoir à statuer jusqu'à droit connu sur cette demande.

b. Le 31 mars 2025, le recourant a informé la chambre de céans qu'il ne disposait pas, à ce stade, d'éléments supplémentaires susceptibles d'apporter un complément à son recours. Il sollicitait toutefois l'audition de la Dre I_____ afin de démontrer la nécessité des orthèses.

c. Le 22 avril 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en indiquant qu'il avait respecté le droit d'être entendu du recourant, dès lors que la motivation de la décision querellée contenait les motifs l'ayant conduit au refus de prendre en charge des orthèses ainsi que les réponses aux arguments pertinents soulevés par le recourant durant la procédure d'audition. Sur le fond, l'intimé a estimé que les orthèses ne figuraient pas dans la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité et qu'elles ne pouvaient pas être assimilées à l'une des catégories de cette liste. En outre, elles ne venaient pas en complément d'une mesure médicale et n'avaient pas pour but d'améliorer la capacité du recourant de se déplacer, d'établir des contacts avec son entourage et de développer son autonomie personnelle.

À l'appui de sa réponse, l'intimé a produit le rapport de consultation de la FSCMA du 28 mars 2025, lequel mentionnait que le recourant était dépendant pour toutes ses activités quotidiennes et qu'il ne pouvait ni interagir ni communiquer avec autrui. La FSCMA proposait à l'intimé de prendre en charge différents moyens auxiliaires, notamment un fauteuil roulant, des plateformes élévatrices et des monte-rampes d'escaliers.

L'intimé a également annexé à sa réponse sa communication du 31 mars 2025 au recourant, par laquelle elle l'informait de l'octroi de moyens auxiliaires consistant en la prise en charge des frais de remise, en prêt, d'un fauteuil roulant.

d. Par courrier du 23 avril 2025, la chambre de céans a imparti au recourant un délai au 16 mai 2025 pour consulter le dossier de la procédure et pour lui faire parvenir sa réplique.

Le recourant n'a pas fait usage de cette possibilité.

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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Le droit cantonal déterminant est celui du canton où la partie ou son mandataire a son domicile ou son siège (art. 38 al. 3 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'occurrence, la décision querellée est datée du 16 décembre 2024, de sorte qu'elle a été notifiée au recourant au plus tôt le lendemain. Le délai de recours n'a pas couru du 18 décembre 2024 au 2 janvier 2025 inclusivement et est ainsi arrivé à échéance le samedi 1^{er} février 2025, si bien que son terme a été reporté le 3 février 2025, date de dépôt du recours.

Respectant par ailleurs la forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA), le recours a été interjeté en temps utile.

1.3 Pour le surplus, compte tenu de la curatelle dont le recourant fait l'objet, il convient de rappeler ce qui suit.

1.3.1 La capacité d'être partie et la capacité d'ester en justice du recourant sont des conditions de recevabilité du recours, que le tribunal examine d'office. Pour le recourant majeur, privé de la capacité d'ester en justice par une mesure de curatelle, le consentement de l'autorité de protection de l'adulte est également nécessaire. Si une partie qui n'a pas l'exercice des droits civils interjette seule un recours, le juge impartira à son représentant un délai pour le ratifier, et si nécessaire, pour produire une décision d'approbation de l'autorité de protection de l'adulte (Jean METRAL *in* Commentaire romand LPGA, nn. 1 et 6 *ad* art. 59 LPGA).

1.3.2 L'art. 398 du Code civil suisse (CC – RS 210) prévoit qu'une curatelle de portée générale est instituée lorsqu'une personne a particulièrement besoin d'aide, en raison notamment d'une incapacité durable de discernement (al. 1). Elle couvre

tous les domaines de l'assistance personnelle, de la gestion du patrimoine et des rapports juridiques avec les tiers (al. 2). La personne concernée est privée de plein droit de l'exercice des droits civils (al. 3).

1.3.3 En l'espèce, le TPAE a institué une curatelle de portée générale en faveur du recourant par ordonnance du 26 septembre 2024 et a désigné ses parents aux fonctions de curateurs. Le recourant est ainsi privé de la capacité d'ester en justice, de sorte qu'une décision d'approbation du TPAE est nécessaire s'agissant de la conduite du procès (*cf.* art. 416 al. 1 ch. 9 CC).

À cet égard, il ressort de l'ordonnance du 26 septembre 2024 du TPAE que ce dernier a dispensé les parents du recourant de l'obligation de requérir son consentement pour effectuer les actes visés à l'art. 416 CC.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le TPAE a consenti à la démarche entreprise par les curateurs du recourant.

Le recours est ainsi recevable.

1.4 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision litigieuse porte sur la demande de prise en charge des moyens auxiliaires déposée postérieurement au 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions légales et réglementaires seront citées dans leur nouvelle teneur.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 16 décembre 2024, par laquelle l'intimé a refusé de prendre en charge deux orthèses de maintien sollicitées par le recourant.
3. Le recourant conclut préalablement à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la prise en charge des deux orthèses par son assurance-maladie.

3.1 Selon l'art. 14 al. 1 LPA, lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut, le cas échéant, être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions.

L'art. 14 al. 1 LPA est une norme potestative et son texte ne prévoit pas la suspension systématique de la procédure chaque fois qu'une autorité civile, pénale ou administrative est parallèlement saisie. La suspension de la procédure ne peut

pas être ordonnée chaque fois que la connaissance du jugement ou de la décision d'une autre autorité serait utile à l'autorité saisie, mais seulement lorsque cette connaissance est nécessaire parce que le sort de la procédure en dépend. Une procédure ne saurait dès lors être suspendue sans que l'autorité saisie n'ait examiné les moyens de droit qui justifieraient une solution du litige sans attendre la fin d'une autre procédure. Cette approche est imposée par l'interdiction du déni de justice et l'obligation de respecter le principe de célérité (art. 29 al. 1 Cst. ; Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, Berne 2017, n° 203 *ad* art. 14 LPA).

Interprété à la lumière de ce dernier principe, l'art. 14 al. 1 LPA interdit d'attendre la décision d'une autre autorité, même si celle-ci est susceptible de fournir une solution au litige, si ledit litige peut être tranché sans délai sur la base d'autres motifs (ATA/9/2017 du 10 janvier 2017 consid. 6 ; ATA/643/2016 du 26 juillet 2016 consid. 2b ; ATA/358/2016 du 24 avril 2016 consid. 8b).

3.2 Conformément à l'art. 65 LPGA, les autres prestations en nature telles que les moyens auxiliaires ou les mesures de réadaptation sont, dans les limites de la loi spéciale concernée et dans l'ordre ci-après, prises en charge par : l'assurance militaire ou l'assurance-accidents (let. a) ; l'AVS ou l'AI (let. b) ; l'assurance-maladie (let. c).

Selon l'art. 70 al. 2 let. a LPGA, lorsque la prise en charge de prestations en nature et d'indemnités journalières par l'assurance-invalidité est contestée, il incombe à l'assureur-maladie d'en assumer la prise en charge provisoire, pour autant que les conditions d'une prise en charge au titre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) soient remplies (ATF 146 V 129 consid. 4.3 et 4.4).

À teneur de l'art. 110 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), dans la mesure où, dans un cas d'assurance, des prestations de l'assurance-maladie sont en concours avec des prestations de même nature de l'assurance-accidents au sens de la LAA, de l'assurance militaire, de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité ou de la loi du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain, les prestations de ces autres assurances sociales doivent être allouées en priorité.

3.3 *In casu*, le recourant n'explique pas pour quelle raison il conviendrait d'attendre que son assurance-maladie prenne position sur sa demande de prise en charge d'orthèses, ni quelle influence la décision de cette dernière aurait sur la présente procédure.

S'il est vrai que des orthèses sont susceptibles d'être prises en charge tant par l'assurance-invalidité (*cf. infra* consid. 6.3) que par l'assurance-maladie (*cf.* art. 4 let. c de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31)), il n'en demeure pas moins que dans le cas où les conditions

seraient remplies pour que les deux assureurs prennent en charge cette prestation, il appartiendrait à l'assurance-invalidité de le faire.

Il n'y a donc pas lieu d'attendre que l'assurance-maladie du recourant prenne position à propos de la prise en charge des orthèses, dès lors que sa décision n'aura pas d'influence sur la présente procédure.

4. Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en raison de l'absence de motivation de la décision querellée. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 124 V 90 consid. 2 notamment).

4.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties. Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b). La motivation d'une décision est suffisante lorsque l'intéressé est mis en mesure d'en apprécier la portée et de la déférer à une instance supérieure en pleine connaissance de cause (ATF 122 IV 14 consid. 2c). La jurisprudence a également déduit du droit d'être entendu, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 ; 132 V 368 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa). Par exception au principe de la nature formelle de ce droit, la jurisprudence admet qu'une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 V 130 consid. 2b) ; même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est

dans l'intérêt ni de l'intimé, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c).

4.2 En l'espèce, la décision querellée, reprenant en cela le projet de décision du 6 novembre 2024, mentionne que l'orthèse de maintien ne figure pas dans la liste de l'OMAI, qu'elle ne peut pas être assimilée à l'une des catégories de moyens auxiliaires et que sa prise en charge n'est pas possible dans la mesure où elle n'est pas complémentaire à une mesure médicale de l'AI. Cette motivation, bien qu'identique à celle qui figure dans le projet de décision du 6 novembre 2024, permet toutefois de comprendre pour quels motifs l'intimé a rejeté la demande de prise en charge du recourant, ce dernier étant en mesure d'en apprécier la portée et de déférer la décision par-devant la chambre de céans.

En outre, contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimé s'est déterminé, dans le cadre de cette décision, sur les objections qu'il avait formulées en date du 12 décembre 2024. En effet, l'intimé a exposé que la demande de prestations AI en cours de traitement concernait des prestations de rente ou de réadaptation, et non une mesure médicale, de sorte que les orthèses de maintien n'étaient pas complémentaires à une telle mesure. Il a également indiqué que selon les éléments médicaux en sa possession, les orthèses avaient pour but d'éviter la déformation des membres inférieurs du recourant ainsi que leur raideur, si bien qu'elles ne poursuivaient par l'un des buts prévus par la loi, à savoir se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer une autonomie personnelle.

Compte tenu de ce qui précède, l'on ne saurait reprocher un quelconque défaut de motivation à l'intimé, qui a expliqué sur quels fondements reposait son refus de prendre en charge les orthèses de maintien du recourant et qui s'est prononcé sur les objections formulées par ce dernier.

5.

5.1 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. 1^{bis}). 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).

5.2 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. Les frais de prothèses dentaires, de lunettes et de supports plantaires ne sont pris en charge par l'assurance que si ces moyens auxiliaires sont le complément important de mesures médicales de réadaptation (al. 1). 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 toute 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 peut être 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).

5.3 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, 112 V 11, 101 V 267).

6.

6.1 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 des moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI - RS 831.232.51) avec en annexe la liste des moyens auxiliaires.

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. 21^{quater} 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). À noter que ce dernier alinéa a été abrogé avec effet au 1^{er} janvier 2024.

La liste contenue dans l'annexe à l'OMAI est exhaustive dans la mesure où elle énumère les catégories de moyens auxiliaires entrant en ligne de compte. En revanche, il faut examiner pour chaque catégorie si l'énumération des divers moyens auxiliaires faisant partie de cette catégorie est également exhaustive ou simplement indicative (ATF 131 V 14 consid. 3.4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral I 953/05 du 19 décembre 2006 consid. 3.1 ; 8C_315/2008 du 3 juin 2009).

6.2 Quant à l'art. 8 al. 1 OMAI, il stipule que si l'assuré fait lui-même l'acquisition d'un moyen auxiliaire prévu dans la liste annexée ou s'il réalise, à ses frais, une adaptation rendue nécessaire par l'invalidité, il a droit au remboursement des dépenses qui auraient incombé à l'assurance si elle avait pourvu à l'acquisition ou à l'adaptation en question.

6.3 La liste annexée à l'OMAI prévoit au chiffre 2 le remboursement selon convention tarifaire avec l'Association suisse des techniciens en orthopédie (ASTO) des orthèses des jambes (2.01), des orthèses des bras (2.02), des orthèses du tronc en cas d'insuffisance fonctionnelle de la colonne vertébrale se traduisant par d'importantes douleurs dorsales et par des altérations de la colonne vertébrale révélées par l'examen clinique et radiologique, si cette insuffisance ne peut pas être palliée par des mesures médicales, ou ne peut l'être qu'insuffisamment (2.03), et des orthèses cervicales (2.04).

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 I 761/03 du 9 février 2004 consid. 3.3 et les références).

7.

7.1 Selon la jurisprudence, un moyen auxiliaire au sens de l'art. 21 al. 2 LAI peut être alloué lorsqu'il est nécessaire pour atteindre les buts qu'il mentionne. Cette condition est réalisée lorsque l'on ne peut pas raisonnablement exiger de l'assuré qu'il se déplace, établisse des contacts avec l'entourage ou développe son autonomie personnelle sans l'objet demandé et qu'il est prêt et capable, grâce à l'aide de ce moyen auxiliaire, d'atteindre un de ces buts (arrêt du Tribunal fédéral

9C_70/2013 du 20 février 2017 consid. 3.2 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 32 *ad art.* 21).

La notion d'autonomie personnelle doit être comprise comme étant la capacité de s'occuper de soi-même (voir MEYER / REICHMUTH, *Bundesgesetz über die Invalidenversicherung* [IVG], 2014, n. 39 *ad art.* 21-21^{quater}).

7.2 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 2023, précise, au sujet des orthèses des jambes et en se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 ; ch. 2011.1 CMAI ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_531/2009 du 23 octobre 2009 consid. 4. 3).

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 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^e éd. 2012 p. 428).

7.3 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).

8.

8.1 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 et les références). 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 126 V 319 consid. 5a).

8.2 Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

8.3 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

8.4 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285

consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

9.

9.1 En l'occurrence, le recourant soutient que les orthèses de maintien dont il demande la prise en charge lui permettent de maintenir un minimum de mobilité et d'autonomie corporelle, ainsi que de développer des contacts avec son entourage. Selon lui, ces orthèses sont comprises dans la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité et ont pour but d'éviter une déformation de ses membres inférieurs, laquelle entraînerait, à long terme, une perte définitive de mobilité et de lourdes opérations.

L'intimé est quant à lui d'avis que les orthèses sollicitées par le recourant ne figurent pas dans la liste des moyens auxiliaires pris en charge par l'assurance-invalidité et qu'elles ne peuvent pas être assimilées à l'une des catégories de cette liste. En outre, il considère qu'elles ne complètent pas une mesure médicale et qu'elles ne poursuivent pas le but de favoriser les déplacements du recourant, ni de l'aider à établir des contacts avec son entourage ou de développer son autonomie personnelle, de sorte qu'elles ne peuvent pas être prises en charge.

9.2 Il ressort de la liste des moyens auxiliaires de l'OMAI que l'assurance-invalidité rembourse, selon la convention tarifaire de l'ASTO, les orthèses des jambes (ch. 2.01), les orthèses des bras (ch. 2.02), les orthèses du tronc en cas d'insuffisance fonctionnelle de la colonne vertébrale se traduisant par d'importantes douleurs dorsales et par des altérations de la colonne vertébrale révélées par l'examen clinique et radiologique, si cette insuffisance ne peut pas être palliée par des mesures médicales, ou ne peut l'être qu'insuffisamment (ch. 2.03), et les orthèses cervicales (ch. 2.04).

Les parties divergent quant la portée du ch. 2 de la liste des moyens auxiliaires de l'OMAI, en ce sens que le recourant estime que les orthèses de maintien en font partie, au contraire de l'intimé.

Cette question peut toutefois souffrir de rester indécise pour les motifs suivants.

9.3 Il convient tout d'abord de relever que les orthèses sollicitées par le recourant ne peuvent pas être accordées en tant que complément important de mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 21 al. 1 2^e phr. LAI, dès lors qu'elles ne font pas partie des moyens auxiliaires énumérés par cette disposition.

De même, comme l'a indiqué l'intimé dans sa réponse du 22 avril 2025, leur prise en charge est exclue sous l'angle de l'art. 13 LAI, étant donné qu'elles n'ont pas vocation à traiter une infirmité congénitale du recourant.

9.4 Le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir sursis à statuer sur la prise en charge des orthèses jusqu'à ce qu'il se soit prononcé sur sa demande de prestations du 21 mai 2024 en vue de l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente et d'avoir estimé prématurément que les orthèses n'étaient pas liées à une mesure médicale.

À cet égard, il convient de rappeler que dans son projet de décision du 11 décembre 2024, rendu dans le cadre de la demande de prestations du recourant concernant des prestations de rente ou de réadaptation, l'OAI a informé ce dernier qu'il entendait lui allouer une rente extraordinaire d'invalidité au 1^{er} décembre 2024, avec un degré d'invalidité de 100%. Le recourant a alors indiqué à l'intimé, en date du 16 décembre 2024, qu'il n'avait pas d'observations à formuler en lien avec ce projet de décision et a sollicité le prononcé immédiat de la décision lui octroyant cette rente.

Ce projet de décision ne faisait pas mention d'une quelconque possibilité de réadaptation pour le recourant, y compris sous l'angle médical, ce que le recourant n'a pas contesté.

Au moment où l'intimé a rendu la décision querellée, il était ainsi manifeste que l'état de santé du recourant ne permettait pas de lui octroyer des mesures de réadaptation, dès lors que celles-ci visent à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels (*cf.* art. 8 al. 1 let. a LAI).

Le recourant ne peut pas non plus prétendre à la prise en charge d'orthèses sur le fondement de l'art. 12 al. 1 LAI, dès lors que son état de santé ne lui permet pas de bénéficier d'une réadaptation en vue de fréquenter l'école obligatoire ou de suivre une formation professionnelle initiale.

Partant, l'intimé n'avait pas à surseoir à statuer avant de rendre la décision querellée.

9.5 Il reste ainsi à déterminer si les orthèses de maintien peuvent être prises en charge par l'intimé sur le fondement des art. 21 al. 2 LAI et 2 al. 1 OMAI, dès lors que les moyens auxiliaires non désignés par un astérisque n'ont pas à être destinés à la réadaptation de l'assuré pour être octroyés.

Dans la mesure où aucun n'astérisque ne figure en marge des différentes catégories d'orthèses de la liste de l'OMAI, il convient de déterminer si le recourant a besoin des orthèses de maintien pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, conformément aux art. 21 al. 2 LAI et 2 al. 1 OMAI.

Pour mémoire, il ressort du rapport médical du 6 juin 2024 du Dr F_____ que depuis son accident, le recourant présente un état de conscience minimale, soit un état d'éveil incompatible avec une communication et des mouvements dirigés. Au mieux de sa rééducation, il est capable d'ouvrir les yeux et de bouger les quatre

membres de manière non dirigée. Selon le Dr F_____, les lésions cérébrales importantes et irréversibles du recourant impliquent qu'il est très peu probable qu'il recouvre un état d'éveil suffisant pour mener une vie indépendante et digne.

Dans son rapport du 26 septembre 2024, la Dre H_____ indique quant à elle que l'état de conscience du recourant est compatible avec un état végétatif, une interaction minimale avec ses parents étant signalée occasionnellement. Le recourant présente une tétraplégie avec absence de mouvements spontanés en dehors des index, des pouces et de la flexion de la hanche et du genou. Alimenté de façon parentérale, il est dépendant pour tous les soins quotidiens, de sorte que son état est incompatible avec l'autonomie, l'insertion sociale et professionnelle, ce status clinique étant appelé à perdurer.

Compte tenu de l'état de santé du recourant, les orthèses de maintien ne peuvent pas avoir pour but de l'aider à se déplacer, d'établir des contacts avec son entourage ou de développer son autonomie personnelle.

En effet, la Dre I_____ mentionne, dans son certificat du 25 novembre 2024, que le traumatisme crânien dont a souffert l'assuré a entraîné des spasticités provoquant des déformations des membres inférieurs, ainsi qu'une raideur, et que les orthèses sont nécessaires pour conserver une bonne mobilité, éviter les déformations et les opérations sur le long terme.

À teneur de la lettre de transfert des soins aigus du 30 décembre 2024, rédigée notamment par la Dre H_____, la famille du recourant a organisé la fabrication de deux orthèses pour la spasticité des membres inférieurs en vue de réduire leur déformation, étant précisé qu'une déformation des pieds en varus équin réductible avec le genou fléchi, mais incomplètement corrigée lorsque le genou était tendu, était constatée.

Il sied de préciser qu'il peut être tenu compte de ce rapport, même s'il a été rédigé postérieurement à la décision entreprise, dès lors qu'il concerne principalement la période antérieure au prononcé de la décision querellée.

Enfin, il convient de rappeler que dans sa demande d'allocation pour impotent du 12 décembre 2024, l'assuré a précisé qu'hormis les contacts minimaux avec les personnes à son chevet, le fait de se déplacer ou d'entretenir des contacts sociaux apparaissait exclu.

Compte tenu de qui précède, il appert que les orthèses dont le recourant sollicite la prise en charge n'ont pas pour but d'améliorer sa faculté de déplacement, d'établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle, mais de lutter contre la raideur de ses membres inférieurs et d'éviter leur déformation.

Bien que les orthèses du recourant soient manifestement propres à améliorer son état de santé ou à éviter qu'il se péjore en réduisant la déformation de ses membres inférieurs, elles ne poursuivent pas l'un des buts prévus par la loi et ne permettent pas au recourant de les atteindre.

En outre, la mention de la Dre I_____ selon laquelle les orthèses ont pour objectif d'améliorer la mobilité ne concerne de toute évidence pas la faculté du recourant à se déplacer, étant rappelé qu'il souffre d'une tétraplégie avec absence de mouvements spontanés en dehors des index, des pouces et de la flexion de la hanche et du genou, mais la mobilité des muscles de ses membres inférieurs, lesquels sont atteints de spasticité.

Dans ces conditions, c'est à bon droit que l'intimé a refusé la prise en charge des orthèses sollicitées par le recourant.

Dans la mesure où les rapports médicaux figurant au dossier sont suffisamment clairs s'agissant de l'état de santé du recourant et du but visé par les orthèses, il est superflu de procéder à l'audition des parents du recourant et à celle de la Dre I_____, tout comme de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire, de sorte qu'il y sera renoncé, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

- 10.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant condamné 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. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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