



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4286/2024

ATAS/338/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2025

Chambre 6

En la cause

A_____, enfant mineur

recourant

représenté par son père, B_____

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

A. a. L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré), de nationalité suisse, est né le _____ 2013.

b. Ses parents, représentants légaux, ont déposé une demande de mesures médicales pour mineur, qui a été reçue par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en date 10 septembre 2023. Il était exposé que l'assuré souffrait d'une infirmité congénitale correspondant à des épilepsies et qu'il était suivi par le docteur C_____, médecin adjoint en neuropédiatrie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

c. Dans un rapport médical établi le 16 octobre 2013 à la demande de l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé au début du mois de septembre 2013 en raison de spasmes infantiles et qu'un diagnostic de syndrome de West (G40.4) était retenu, lequel avait nécessité la prise d'un traitement antiépileptique. Il confirmait que l'assuré présentait une infirmité congénitale correspondant à des épilepsies. Le Dr C_____ précisait que l'évolution « [avait été] rapidement favorable avec disparition des crises et normalisation du tracé électroencéphalographie » (ci-après : EEG). Selon lui, le pronostic était bon mais une surveillance développementale était nécessaire.

D'après le Dr C_____, des mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer de façon importante la possibilité d'une réadaptation de l'assuré à la vie active dans le futur. L'assuré avait besoin de suivre un traitement antiépileptique pour une durée n'excédant pas trois mois.

d. Dans son avis du 24 octobre 2013, la médecin du service médical régional (ci-après : SMR) a considéré que l'assuré présentait un syndrome de West, de sorte que des mesures médicales pouvaient être allouées en lien avec son infirmité congénitale, laquelle consistait en des épilepsies (primaires) congénitales. Dans la mesure où cela était nécessaire, une prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique devait être admise pour une durée de deux ans.

e. Par communication du 12 novembre 2013, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les coûts du traitement de son infirmité congénitale, y compris les contrôles médicaux et médicamenteux éventuellement nécessaires, du 1^{er} septembre 2013 au 30 avril 2033.

f. Par pli du 8 décembre 2013, D_____, physiothérapeute spécialisée en pédiatrie, a demandé à l'OAI de prendre en charge les traitements de physiothérapie de l'assuré, en précisant que cette thérapie avait débuté le 7 octobre 2013, à la demande du Dr C_____. À cette occasion, D_____ a transmis son rapport de physiothérapie du 8 décembre 2013 à l'OAI, à teneur duquel l'assuré présentait des troubles moteurs transitoires associés au syndrome de West. Il souffrait d'un léger retard psychomoteur et d'une légère asymétrie des

membres supérieurs en défaveur de la droite. Selon D_____, il était important que l'assuré, malgré les progrès réalisés depuis le début de sa prise en charge, poursuivît la physiothérapie afin de stimuler son développement moteur et de travailler la « symétrisation » et la coordination bi-manuelle. D'après D_____, les troubles moteurs transitoires justifiaient, dans le contexte d'un syndrome de West, le remboursement de la physiothérapie par l'OAI.

g. Par communication du 19 décembre 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts de la physiothérapie relative à son infirmité à raison d'une séance par semaine, du 7 octobre 2013 au 31 octobre 2015.

B. a. Dans son rapport du 7 août 2023, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré s'était à nouveau rendu à sa consultation en date du 13 juillet précédent, en précisant que le syndrome de West avait bien évolué grâce au traitement antiépileptique et que l'assuré, qui n'avait pas présenté d'autres phénomènes épileptiques durant l'enfance, s'était globalement développé de manière tout à fait harmonieuse. D'après les dires de sa mère, l'assuré éprouvait toutefois des difficultés d'apprentissage dans le cadre de sa scolarité, singulièrement en français, ainsi que sur le plan comportemental. Après avoir examiné l'assuré, le Dr C_____ a retenu que celui-ci présentait un *status* post-syndrome de West, de légères difficultés d'apprentissage du langage écrit, en particulier dans le domaine de l'orthographe, et un trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (ci-après : TDAH) anamnestique. Il a notamment précisé que l'assuré souffrait d'une « dysorthographe d'usage » et d'une légère dysgraphie. Globalement, l'évolution de l'assuré, qui ne présentait pas de trouble majeur des apprentissages et qui disposait de bonnes capacités intellectuelles et de raisonnement, était rassurante. Il existait toutefois des difficultés attentionnelles probablement associées à un trouble léger de l'orthographe. Dans le contexte d'un suivi postérieur à une épilepsie infantile, le Dr C_____ recommandait la réalisation d'un bilan neuropsychologique ciblé sur les facultés attentionnelles et exécutives. Le cas échéant, un traitement médicamenteux pourrait être entamé.

b. Par courrier du 11 août 2023, l'assuré, soit pour lui son père, a transmis à l'OAI le rapport du Dr C_____ du 7 août 2023, en lui demandant de prendre en charge cette consultation ainsi que le bilan neuropsychologique et les éventuels traitements envisagés.

c. Le 16 août 2023, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il accusait réception de sa demande de prestations, ce à quoi ce dernier, soit pour lui son père, a répondu qu'il ne s'agissait pas d'une nouvelle demande AI dans la mesure où l'OAI avait déjà accordé sa prise en charge pour ce cas.

d. Dans son avis médical du 1^{er} septembre 2023, la docteure E_____, médecin du SMR, a observé que le syndrome épileptique de l'assuré était associé à une régression développementale lors du diagnostic. Selon elle, l'absence de cause identifiée comme étant à l'origine du syndrome de West et la réaction rapide et

positive de l'assuré à un traitement opportun étaient des facteurs de bon pronostic développemental. D'après la médecin du SMR, bien que des troubles du développement fussent plus fréquents chez les enfants ayant souffert d'un syndrome de West, il était souvent difficile d'établir une relation de cause à effet entre l'épilepsie et ces troubles. En outre, il était possible qu'un « dysfonctionnement cérébral de base » fût à l'origine de l'épilepsie infantile et des problèmes instrumentaux d'apprentissage, sans qu'un lien de causalité existât entre la première atteinte et la seconde. Cette hypothèse était d'autant plus probable compte tenu du fait que dans le cas de l'assuré, l'épilepsie était de gestion « non compliquée » et que les troubles n'étaient pas sévères. Enfin, les troubles présentés par l'assuré étaient fréquents dans la population générale, avec des prévalences estimées à 10% même en l'absence d'antécédents épileptiques.

La médecin du SMR concluait qu'il était possible que l'épilepsie dont l'assuré avait souffert ait contribué à ses difficultés neuropsychologiques actuelles, mais qu'une telle relation ne pouvait pas être considérée comme étant probable, ni vraisemblable. Selon elle, il n'y avait d'ailleurs pas de moyen de pouvoir clarifier davantage ce point. En l'absence de crises depuis le mois d'octobre 2013 et d'un traitement médicamenteux depuis plusieurs années, et au vu de la normalité de l'EEG, les conditions médico-assurantielles pour la suppression du droit aux mesures médicales pour l'épilepsie étaient remplies depuis plusieurs années, dès lors que les troubles neuropsychologiques ne pouvaient pas être liés de façon vraisemblable à l'épilepsie. Le bilan neuropsychologique était quant à lui tout à fait indiqué devant les problèmes rencontrés par l'assuré, indépendamment des antécédents d'épilepsie.

e. Par projet de décision du 5 septembre 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait supprimer la prise en charge de son infirmité congénitale et rejeter la demande de prise en charge du bilan neuropsychologique. L'OAI indiquait notamment que « lorsque, sans médication antiépileptique depuis deux ans, on constate une absence de crise comitiale ou la disparition des troubles psychopathologiques au sens des ch. 387.3 et 387.4, et que le tracé EEG ne présente plus de signes potentiels d'une épilepsie, l'AI ne prend plus en charge d'autres mesures médicales ni les contrôles EEG, sauf si l'on suppose qu'il y aura récurrence ».

f. Par courrier du même jour, l'OAI, suivant les recommandations de la médecin du SMR, a demandé au père de l'assuré si un suivi pédopsychiatrique avait été mis en place.

g. Le 8 septembre 2023, l'assuré, soit pour lui son père, a contesté le projet de décision du 5 septembre précédent, en indiquant que son suivi pédopsychiatrique était assuré par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

h. Par courrier du 23 octobre 2023, le Dr C_____ a informé l'OAI que l'évolution de l'assuré sur le plan épileptique avait été positive et que le traitement médicamenteux avait rapidement pris fin. Il indiquait avoir revu l'assuré car ce dernier présentait quelques difficultés sur le plan cognitif et comportemental, en précisant que le syndrome de West pouvait s'accompagner de séquelles cognitives à long terme, raison pour laquelle il avait prescrit un bilan neuropsychologique qui lui semblait relevant et en lien avec la pathologie initiale.

i. Le 11 février 2024, le Dr C_____ a établi un nouveau rapport médical en retenant, au titre de diagnostics, un *status* post-syndrome de West idiopathique, des troubles légers d'acquisition du langage écrit avec dysorthographe et une fragilité attentionnelle. Selon lui, le bilan neuropsychologique réalisé en janvier révélait un potentiel intellectuel tout à fait préservé et ne mettait pas en évidence de difficultés saillantes dans le domaine attentionnel et exécutif, même si celles-ci étaient partiellement présentes sur le plan anamnestique. Une faiblesse dans le domaine de l'orthographe était confirmée, pour laquelle un bilan logopédique était prévu.

j. À teneur du rapport d'examen neuropsychologique du 7 mai 2024 établi par G_____, psychologue FSP spécialiste en neuropsychologie, l'assuré présentait une bonne efficacité intellectuelle globale dans les normes pour son âge, avec de bonnes habiletés mnésiques, langagières et visuo-constructives. Cependant, tant les descriptions anamnestiques que les résultats aux tests spécifiques confirmaient la présence d'une fragilité attentionnelle et d'une importante impulsivité verbale et motrice, lesquelles ne remplissaient toutefois pas les critères d'un TDAH. G_____ observait également l'existence d'un impact de l'impulsivité motrice sur le contrôle du geste moteur, notamment sur les tâches graphomotrices telles que l'écriture. Enfin, l'assuré présentait un important décalage dans les apprentissages du langage écrit, notamment au niveau de l'orthographe. Un bilan logopédique était ainsi recommandé, tout comme la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique et un essai de traitement médicamenteux au vu de l'impact de l'impulsivité motrice sur son comportement.

k. Le Dr F_____ a établi un certificat médical en date du 14 mai 2024, en indiquant que l'assuré éprouvait encore des difficultés dans les apprentissages. Compte tenu du bilan neuropsychologique effectué, lequel avait mis en évidence des difficultés de lecture et d'orthographe, il convenait d'effectuer un bilan logopédique dans les meilleurs délais.

l. Dans son rapport médical du 24 août 2024, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré souffrait d'énurésie nocturne (F98.0), de troubles du sommeil (F51.0), de troubles de l'acquisition du langage écrit (F81.1), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), ainsi que d'autres troubles mixtes des conduites et des émotions (F92.8). Il a également retenu que l'assuré présentait un *status* post-syndrome de West idiopathique. Selon le Dr F_____, ses troubles du comportement et sa grande difficulté à gérer ses émotions étaient susceptibles de

compromettre sa scolarité s'il ne recevait pas les soins nécessaires. L'assuré avait besoin d'un suivi psychothérapeutique et logopédique hebdomadaire, d'un traitement médicamenteux et d'un encadrement important de la part de l'adulte en raison de ses difficultés de comportement sévères qui pouvaient parfois le mettre en danger.

Dans le cadre scolaire, l'assuré éprouvait des difficultés de concentration et présentait une certaine hyperactivité. Il était facilement distractible et adoptait des comportements problématiques (provocation, désobéissance, mise en danger, fugues). Il suivait une psychothérapie avec le Dr F_____ une fois par semaine depuis le mois d'octobre 2021. Après trois ans, l'assuré présentait une bonne évolution concernant les problèmes de comportement à domicile et la reconnaissance de ses états émotionnels. Cela étant, ses progrès restaient insuffisants en ce qui concernait les troubles du comportement à l'école. Une poursuite de la psychothérapie était ainsi justifiée afin de lui permettre de mieux intégrer les apprentissages et potentiellement avoir une formation à l'avenir.

m. Par courrier du 5 novembre 2024, le service de pédagogie spécialisée a informé les parents de l'assuré qu'il prenait en charge les coûts liés à une séance hebdomadaire de logopédie du 15 octobre 2024 au 14 octobre 2025.

n. Dans son avis médical du 20 novembre 2024, la Dre E_____, médecin du SMR, a indiqué que les nouvelles pièces au dossier n'apportaient pas d'éléments lui permettant de revoir sa position quant à l'existence d'un lien de causalité entre l'épilepsie de la petite enfance et les problèmes psychiques et neuropsychologiques actuels de l'assuré.

Compte tenu du diagnostic de TDAH posé avant l'âge de neuf ans chez un assuré ayant une intelligence normale et ayant bénéficié d'un traitement spécifique avant l'âge de neuf ans (psychothérapie), la médecin du SMR a également considéré la reconnaissance d'une potentielle infirmité congénitale consistant en des troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental. Les critères pour la reconnaissance de cette pathologie n'étaient toutefois pas tous remplis, dès lors qu'il n'y avait pas d'éléments attestant de troubles de la mémorisation, ni de la perception, chez l'assuré.

S'agissant de la poursuite de la psychothérapie recommandée par le Dr F_____, le SMR a estimé que les conditions étaient remplies pour que cette prise en charge soit considérée comme une mesure médicale de réadaptation, ce depuis le mois d'octobre 2022, soit une année après le début du suivi intensif. Ce suivi était en effet important pour diminuer l'impact fonctionnel des troubles de l'assuré sur sa scolarité et était de nature à améliorer son parcours scolaire.

o. Par communication du 21 novembre 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts relatifs à une psychothérapie ambulatoire hebdomadaire du 1^{er} octobre 2022 au 31 octobre 2026.

p. Par décision du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 septembre 2023, en se référant à l'avis médical de la médecin du SMR. La prise en charge de l'infirmité congénitale de l'assuré était supprimée dès le mois suivant la nouvelle décision et la demande de prise en charge du bilan neuropsychologique était rejetée.

- C. a.** En date du 28 décembre 2024, l'assuré, soit pour lui son père, a interjeté recours contre la décision du 21 novembre 2024 de l'intimé lui déniait le droit à la prise en charge de son infirmité congénitale et du bilan neuropsychologique, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et au maintien des mesures médicales jusqu'au 30 avril 2033 à tout le moins. Subsidiairement, il concluait à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire effectuée par un médecin neuropédiatre indépendant de l'intimé et des HUG.

Le recourant contestait une quelconque rupture du lien de causalité entre ses problèmes d'épilepsie survenus dans la très petite enfance et ses problèmes de santé récurrents, ceux-ci n'étant pas explicables autrement. Contrairement à son frère, le recourant avait connu des difficultés scolaires, alors qu'il avait suivi un cursus identique et évolué dans le même environnement familial. Ses difficultés sur le plan attentionnel et de l'orthographe étaient actuelles mais avaient en réalité toujours existé, ce qui était démontrable par l'audition des divers intervenants éducatifs et la production des carnets scolaires, le cas échéant par une expertise judiciaire. En outre, les avis médicaux du SMR étaient dénués de force probante, dès lors qu'ils étaient subjectifs. Le SMR se rendait compte de l'existence d'un lien de causalité, tout en feignant de considérer celui-ci comme étant peu probable. En outre, il perdait de vue, s'agissant du bilan neuropsychologique envisagé, que celui-ci était conseillé par le Dr C_____, qui avait détecté les problèmes d'épilepsie du recourant. Enfin, dans sa décision du 12 novembre 2013, l'intimé avait indiqué prendre en charge les frais médicaux, y compris les contrôles médicaux et le traitement médicamenteux si nécessaire jusqu'au 30 avril 2033, de sorte qu'il ne pouvait pas refuser cette prise en charge avec effet rétroactif.

b. Le 30 janvier 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en indiquant que les contrôles médicaux pendant un traitement ou après celui-ci étaient pris en charge aussi longtemps qu'ils demeuraient en corrélation étroite et adéquate avec le traitement de l'infirmité congénitale elle-même, ce qui n'était pas le cas compte tenu des éléments figurant au dossier. À cet égard, l'intimé s'est essentiellement référé aux avis médicaux du SMR et au contenu de la décision querellée.

En outre, l'assurance-invalidité ne prenait en principe pas en charge les frais liés à un examen neuropsychologique pour les cas d'épilepsie lorsque cet examen avait pour but de déterminer la thérapie médicamenteuse.

c. Par réplique du 14 février 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, en joignant à son écriture ses bulletins scolaires, en précisant que ceux-ci

démontraient qu'il avait eu des difficultés scolaires depuis le début de son parcours. Une ordonnance du Dr F_____, datée du 27 janvier 2025, était également annexée à sa réplique, par laquelle celui-ci prescrivait au recourant un psychostimulant.

d. Le 11 mars 2025, l'intimé a indiqué que les éléments produits par le recourant n'étaient pas de nature à modifier son appréciation. Les difficultés scolaires du recourant avaient été prises en compte, mais le lien de causalité entre ces dernières et l'épilepsie du recourant était nié.

e. Par courrier du 4 avril 2025, la chambre de céans a demandé au Dr C_____ de lui indiquer si, selon son appréciation, les atteintes à la santé du recourant étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, dues au syndrome de West dont il avait souffert durant ses premiers mois de vie.

f. Dans son rapport du 15 avril 2025 adressé à la chambre de céans, le Dr C_____ a indiqué qu'il ne pouvait répondre à la question qui lui était posée de manière théorique.

Selon lui, des séquelles neurodéveloppementales étaient présentes chez une majorité d'enfants ayant souffert d'un syndrome de West dans la première année de vie.

Dans le cas du recourant, le pronostic avait plutôt été favorable compte tenu de l'absence de cause étiologique retrouvée et de sa réponse rapide au traitement administré en vue de mettre fin à l'épilepsie.

Cela étant, il ressortait des études réalisées que la majorité des patients ayant souffert d'un syndrome de West présentaient des séquelles neurodéveloppementales de degré varié, y compris parmi les personnes qui présentaient de bons « facteurs pronostics ». On retrouvait ainsi chez ces patients une prévalence plus élevée de troubles du spectre autistique (TSA) ainsi que des troubles du comportement dans le spectre TDAH. Ces dernières atteintes étaient néanmoins fréquentes dans la population, dès lors qu'elles concernaient 5 à 10% d'enfants, de sorte qu'un lien de causalité était difficile à établir.

D'après le Dr C_____, il existait chez le recourant une vulnérabilité quant à l'apparition d'un trouble de nature développementale. Il lui était toutefois impossible d'estimer avec « plus de 50% de probabilité » que les difficultés actuelles du recourant étaient consécutives au syndrome de West.

Enfin, le Dr C_____ précisait que selon la littérature médicale en la matière, l'absence totale de séquelles à la suite d'une épilepsie infantile constituait plutôt l'exception que la règle. Il joignait à son rapport une étude systématique publiée par une équipe canadienne dans *Epilepsy Research* en 2015, intitulée « *Neurodevelopmental outcome of infantile spasms : A systematic review and meta-analysis* ». Il ressortait notamment de cette étude que si les patients ayant souffert d'épilepsie infantile sans cause étiologique présentaient de meilleurs

résultats neurodéveloppementaux que les autres, 45% d'entre eux connaissaient des difficultés neurodéveloppementales.

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 (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément

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

1.3 L'assuré étant encore mineur, il appartient à son représentant légal d'interjeter recours ou de confier cette démarche à un avocat ou à un autre mandataire professionnellement qualifié (*cf.* art. 8 al. 2 et 9 al. 1 LPA).

En l'occurrence, le père du recourant, lui-même avocat, a interjeté recours dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C LPA), de sorte que le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2.

2.1 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) et de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 3 novembre 2021 (OIC-DFI – RS 831.232.211) sont entrées en vigueur.

2.2 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 (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de prestation est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à cette prestation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2). La jurisprudence selon laquelle la survenance de l'invalidité a lieu au moment où le trouble nécessite objectivement un traitement ou un contrôle est également valable en matière

d'infirmités congénitales (ATF 111 V 117 consid. 1d ; Ulrich MEYER / Marco REICHMUTH, *Rechtsprechung des Bundesgerichts über die Invalidenversicherung [IVG]*, 4^e éd., 2022, p. 151, n. 10 *ad* art. 13 LAI).

En l'occurrence, bien que l'infirmi t  congénitale du recourant et la prise en charge des mesures médicales y relatives aient été admises par l'intimé par communication du 12 novembre 2013, il appert que le recourant a, par courrier du 11 août 2023, demandé à l'intimé de prendre en charge la consultation du 13 juillet précédent auprès du Dr C_____ ainsi que le bilan neuropsychologique et les éventuels traitements envisagés par ce dernier.

Dans la mesure où cette demande de prise en charge est postérieure à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022, des dispositions légales et r glementaires pr c t es, l'éventuel droit du recourant aux prestations d'assurance doit être examiné à la lumière de ces dispositions dans la teneur qui était la leur à compter du 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 21 novembre 2024, à refuser la prise en charge d'un bilan neuropsychologique effectué par le recourant et, plus généralement, à supprimer la garantie de paiement pour les mesures médicales liées à son infirmité congénitale.

- 4.

4.1 Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, les assurés ont droit, jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 20 ans, à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA).

Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

L'art 13 al. 2 LAI précise que les mesures médicales sont accordées pour le traitement des malformations congénitales qui font l'objet d'un diagnostic posé par un médecin spécialiste (let. a), qui engendrent une atteinte à la santé (let. b), qui présentent un certain degré de gravité (let. c), qui nécessitent un traitement de longue durée ou complexe (let. d) et enfin, qui peuvent être traitées par des mesures médicales au sens de l'art. 14 LAI.

4.2 En vertu de l'art. 14^{ter} al. 1 let. b LAI, c' st le Conseil fédéral qui détermine les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI, étant précisé qu'il peut déléguer cette compétence au DFI ou à l'OFAS.

Par renvoi de l'art. 3^{bis} al. 1 RAI, le Conseil fédéral a délégué au DFI le soin de dresser la liste des infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales, ce que ce dernier a fait en édictant l'OIC-DFI.

4.3 L'art. 1 OIC-DFI dispose que les infirmités congénitales pour le traitement desquelles des mesures médicales sont accordées en vertu de l'art. 13 LAI sont

énumérées dans l'annexe, laquelle mentionne en détail quels sont les troubles de la santé qui sont reconnus comme étant des infirmités congénitales.

L'appréciation du Tribunal fédéral selon laquelle l'OIC-DFI « énumère de manière exhaustive les différentes infirmités congénitales donnant droit à des prestations » (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.1) est toujours d'actualité dans la nouvelle mouture de l'OIC-DFI (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, 2387-2388).

4.4 Conformément au ch. 387 de la liste des infirmités congénitales de l'OIC (ci-après : ch. 387 OIC), les épilepsies (primaires) congénitales (à l'exclusion des formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise) font partie des infirmités congénitales pour le traitement desquelles des mesures médicales sont accordées en vertu de l'art. 13 LAI.

4.5 Selon la pratique, le droit à des mesures médicales s'étend exceptionnellement aussi au traitement d'atteintes à la santé secondaires qui ne font certes plus partie du cercle des symptômes de l'infirmité congénitale, mais qui, selon l'expérience médicale, sont souvent la conséquence de cette infirmité. Il doit donc exister un lien de causalité adéquate qualifié entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire. Ce n'est que si, dans un cas particulier, ce lien de causalité qualifié entre l'atteinte à la santé secondaire et l'infirmité congénitale existe et que le traitement s'avère en outre nécessaire que l'assurance-invalidité doit prendre en charge les mesures médicales dans le cadre de l'art. 13 LAI (ATF 129 V 207 consid. 3.3 ; 100 V 41 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_842/2016 du 27 avril 2017 consid. 6.1 et les références). Des exigences strictes doivent être posées quant à la réalisation des conditions du lien de causalité juridiquement pertinent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_203/2018 du 9 octobre 2018 consid. 5.2 et la référence au chiffre 11 de la circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI [CMRM]). Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité ; des conséquences même indirectes de l'infirmité congénitale peuvent également satisfaire à l'exigence d'un lien qualifié de causalité adéquate (arrêt du Tribunal fédéral I 576/05 du 25 novembre 2005 consid. 3.1 et les références).

Le chiffre 11 CMRM précise en outre : « Le traitement d'atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus. Dans ces cas-là, il n'est pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse les conditions particulières prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale. Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnaissance d'un lien de

causalité qualifiée entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire ».

À cet égard, il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante qui s'applique également dans le domaine de l'assurance-invalidité, seule la question de la causalité naturelle relève du fait – et donc de l'appréciation des médecins – alors que le caractère adéquat de la causalité est une question de droit qui doit être tranchée par le juge en cas de recours (arrêt du Tribunal fédéral 355/01 du 12 octobre 2001 consid. 1 ; ATF 123 V 103 consid. 3d et 139 consid. 3c ; 111 V 188 consid. 2b).

4.6 Conformément à ces principes, la jurisprudence fédérale a, par exemple, conclu à l'existence d'un lien qualifié de causalité adéquate entre l'impossibilité pathologique de déglutir chez un enfant gravement infirme et une pneumonie dite d'aspiration (arrêt du Tribunal fédéral 1962 p. 215 ss), entre l'hydrocéphalie et un certain strabisme (ATF 97 V 54), entre l'affection congénitale – il s'agissait soit d'une psychose primaire soit d'une oligophrénie grave – et l'hypotonie musculaire dont souffrait l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 125/96 du 7 novembre 1997), entre le syndrome de Prader-Willi et l'obésité (VSI 2001 p. 76 consid. 3b), entre le rétinoblastome ayant nécessité l'énucléation de l'œil gauche de l'assurée alors âgée de trois ans et les troubles du comportement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 355/01 du 12 octobre 2001). Notre Haute Cour a également admis le rapport de causalité adéquate qualifiée entre des troubles dépressifs et du comportement et un TDAH (ch. 404 OIC), même si les troubles dépressifs étaient apparus à la suite de facteurs psychosociaux (diagnostic de leucémie posé chez la sœur et problèmes conjugaux des parents), dès lors que le TDAH avait empêché l'assurée de trouver en elle-même les ressources nécessaires pour faire face à ces circonstances adverses (arrêt du Tribunal fédéral 9C_917/2011 du 28 mars 2012 consid. 5.4). Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a admis un lien qualifié de causalité adéquate dans le cas d'une assurée souffrant d'une leucopénie congénitale (ch. 322 OIC) et d'une gingivite, au motif que les infections des muqueuses constituaient des conséquences directes de la leucopénie et pouvaient indirectement entraîner des inflammations des gencives, lesquelles pouvaient à leur tour provoquer une parodontose ; en raison de cet enchaînement causal, le risque d'autres conséquences de l'affection de base était à ce point immanent à celle-ci que le lien de causalité naturelle était particulièrement étroit et son adéquation évidente (Pra 1991 n° 214 p. 906 consid. 4a).

En revanche, la Haute Cour a nié tout lien qualifié de causalité adéquate entre la dystrophie musculaire progressive et une fracture de la jambe due à une chute (ATF 1965 p. 160 consid. 3), entre la surdi-mutité et une névrose d'abandon (RCC 1965 p. 415), entre un défaut congénital de la cloison ventriculaire et une endocardite ou une pancardite (RCC 1966 p. 304, 1967 p. 559), entre des troubles cérébraux accompagnés de débilité mentale et la schizophrénie (ATF 100 V 41), entre la myopathie congénitale avec troubles moteurs cérébraux et une lésion aux

dents subie après une chute (arrêt du Tribunal fédéral I 218/97 du 22 janvier 1998), entre une épilepsie congénitale et des lésions aux dents consécutives à une chute (VSI 1998 p. 255 consid. 2b) et, enfin, entre un reflux vésico-urétéral congénital (ch. 346 OIC), des paralysies cérébrales congénitales (ch. 390 OIC) et un traitement de racine d'une dent carieuse (arrêt du Tribunal fédéral I 801/04 du 6 juillet 2005).

Dans ce dernier arrêt, le Tribunal fédéral a précisé que la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate qualifié ne dépend pas uniquement de la fréquence de l'affection secondaire. En effet, il serait difficile de comprendre pourquoi une personne assurée souffrant d'une infirmité congénitale et présentant une affection secondaire rare n'aurait pas droit au traitement de celle-ci, alors que la solution inverse s'appliquerait aux personnes assurées présentant une atteinte secondaire fréquente à la santé. Aussi faut-il prendre en compte un élément qualitatif : il ne suffit pas qu'une carie soit favorisée de façon certaine par la situation de soins très difficile et l'hypersensibilité accrue de l'assurée dans la zone buccale. Encore faut-il que la carie soit une conséquence inévitable de l'infirmité congénitale elle-même (arrêt du Tribunal fédéral I 801/04 précité consid. 2.3).

4.7 La CRMR, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2023, précise que les épilepsies susceptibles d'être considérées comme des infirmités congénitales sont, d'une part, les épilepsies au sens étroit du terme, caractérisées par des crises répétitives ou par de rares crises grâce au succès de la prophylaxie anti-crise (l'EEG pouvant dans l'intervalle être normal) et, d'autre part, les épilepsies sans crise, mais se manifestant par des symptômes psychopathologiques. Ces symptômes peuvent être mis en rapport avec des manifestations épileptiques indiscutables sur l'EEG (pointes-ondes et complexes nombreux et évidents), non seulement lors des incidents psychopathologiques (durant la crise), mais encore dans l'intervalle (épilepsie larvée ou masquée). La question de savoir si une corrélation entre les altérations de l'EEG et les manifestations psychopathologiques est prouvée ou probable doit être soumise à l'appréciation d'un spécialiste (ch. 387.4 et 387.5 CMRM).

Entrent en ligne de compte comme symptômes psychopathologiques (équivalents) : les troubles de la parole et du langage, la difficulté d'écrire et d'apprendre et les troubles du comportement. Comme de telles particularités psychiques peuvent avoir des significations très variées et d'autres origines, la confirmation par des altérations épileptiques manifestes sur l'EEG pendant la phase d'accès et dans l'intervalle est indispensable (plusieurs complexes manifestes de pointes-ondes se détachant clairement de l'activité de base). L'épilepsie ne peut être admise que si, sur la base des données probantes émanant de la pédopsychiatrie, d'autres origines peuvent être exclues (ch. 387.6 CMRM).

Lorsque, sans médication antiépileptique depuis deux ans, on constate une absence de crise comitiale ou la disparition des troubles psychopathologiques au sens des ch. 387.3 et 387.4, et que le tracé EEG ne présente plus de signes

potentiels d'une épilepsie, l'AI ne prend plus en charge d'autres mesures médicales ni les contrôles EEG, sauf si l'on suppose qu'il y aura récurrence (ch. 387.11 CMRM).

L'examen neuropsychologique ne fait pas partie des examens standard prévus pour les cas d'épilepsie. Il doit être prescrit par un neuropédiatre, un pédiatre ou un épileptologue et la question qu'il doit éclaircir doit être clairement délimitée. L'AI ne peut en règle générale pas prendre en charge les examens neuropsychologiques destinés à permettre l'établissement de la thérapie médicamenteuse (ch. 387.17 CMRM).

4.8 En lien avec les indications figurant dans la CMRM, on rappellera que les instructions de l'administration, en particulier celles de l'autorité de surveillance, sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Les tribunaux en contrôlent librement la légalité et doivent s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (*cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_818/2009 du 20 novembre 2009 consid. 3.2.2 et les références citées).

5.

5.1 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral I 309/05 du 1^{er} décembre 2005 consid. 2.3.1).

5.2 Conformément à l'art. 12 LAI, l'assuré a droit, jusqu'à l'âge de 20 ans, aux mesures médicales qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation professionnelle ou à sa réadaptation en vue de l'accomplissement de ses travaux habituels, et sont de nature à améliorer de façon durable et importante sa capacité de gain ou l'accomplissement de ses travaux habituels, ou à les préserver d'une diminution notable (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).

Aux termes de l'art. 2 al. 1 RAI, sont considérés comme mesures médicales au sens de l'art. 12 LAI notamment les actes chirurgicaux, physiothérapeutiques et psychothérapeutiques qui visent à supprimer ou à atténuer les séquelles d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident - caractérisées par une diminution de la mobilité du corps, des facultés sensorielles ou des possibilités de contact - pour améliorer de façon durable et importante la capacité de gain ou la capacité d'accomplir des travaux habituels ou préserver cette capacité d'une diminution notable. Les mesures doivent être considérées comme indiquées dans l'état actuel des connaissances médicales et permettre de réadapter l'assuré d'une manière simple et adéquate.

5.3 Les assurés mineurs qui n'exercent pas d'activité lucrative doivent être considérés comme invalides lorsque l'atteinte à leur santé aura pour conséquence probable, à l'avenir, une incapacité de gain (art. 5 al. 2 LAI). Dès lors, selon la jurisprudence, des mesures médicales appliquées à de jeunes gens peuvent tendre de manière prédominante à la réadaptation professionnelle - et être prises en charge par l'assurance-invalidité malgré le caractère encore momentanément faible de l'affection - lorsque, à défaut de ces mesures, il n'y aurait qu'une guérison imparfaite, ou qu'il subsisterait un état stabilisé défectueux qui entraverait la formation professionnelle ou la capacité de gain, voire toutes les deux (ATF 105 V 20).

6.

6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

6.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

6.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

6.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7.

7.1 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).

7.2 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).

7.3 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).

8.

8.1 En l'occurrence, le requérant soutient que ses atteintes à la santé actuelles, à savoir notamment des troubles légers d'acquisition du langage écrit avec dysorthographe et une fragilité attentionnelle, sont en lien de causalité avec l'épilepsie dont il a souffert au début de sa vie. Il indique également que l'épilepsie survenue dans sa très petite enfance est à l'origine de ses difficultés scolaires, en précisant que son grand frère, qui a évolué dans le même cadre familial et fréquenté les mêmes écoles, n'a pas rencontré d'obstacles similaires durant son parcours.

En outre, le requérant estime que les avis médicaux du SMR ne revêtent aucune force probante et souligne que l'intimé n'a pas à refuser de couvrir des frais médicaux dont elle avait accepté la prise en charge par décision du 12 novembre 2013, ce jusqu'au 30 avril 2033.

Se fiant aux appréciations de la médecin du SMR, l'intimé est d'avis que les atteintes actuelles du requérant ne sont pas en corrélation étroite et adéquate avec le traitement de son infirmité congénitale, raison pour laquelle il était fondé à

supprimer la prise en charge de son infirmité congénitale et à rejeter la demande de prise en charge du bilan neuropsychologique.

8.2 En l'espèce, par communication du 12 novembre 2013, l'intimé a reconnu que le recourant présentait une infirmité congénitale (ch. 387 OIC) correspondant à des épilepsies (primaires) congénitales et a indiqué qu'il prenait en charge les mesures médicales y relatives jusqu'au 30 avril 2033, tout comme la physiothérapie et l'ergothérapie dans la mesure où elles étaient nécessaires.

Par ailleurs, il ressort du dossier que le Dr C_____, après avoir revu le recourant en consultation en date du 13 juillet 2023, a retenu dans ses rapports des 7 août 2023 et 11 février 2024 que celui-ci présentait de légers troubles d'acquisition du langage écrit avec dysorthographe, un status post-syndrome de West, ainsi qu'une fragilité attentionnelle. Le Dr F_____ a quant à lui indiqué que le recourant souffrait d'énurésies nocturnes (F98.0), de troubles du sommeil (F51.0), de troubles de l'acquisition du langage écrit (F81.1), de perturbations de l'activité et de l'attention (F90.0), ainsi que d'autres troubles mixtes des conduites et des émotions (F92.8). Il retenait également un *status* post-syndrome de West idiopathique.

Il appert que les atteintes précitées ne sont pas constitutives d'une infirmité congénitale figurant dans la liste de l'OIC, ce qui n'est du reste pas contesté par les parties.

À cet égard, le SMR a examiné, dans son avis médical du 20 novembre 2024, s'il se justifiait de retenir une infirmité congénitale correspondant à des troubles congénitaux du comportement chez les enfants non atteints d'un retard mental (ch. 404 OIC). Il a cependant considéré, à raison, que les critères pour la reconnaissance de cette pathologie n'étaient pas tous remplis, dès lors qu'il ne ressortait pas du dossier que le recourant présentait des troubles de la mémorisation ou de la perception (*cf.* ch. 404 ch. 3 et 5 OIC).

Il convient ainsi d'examiner, au regard des différents rapports médicaux figurant au dossier, si les atteintes actuelles du recourant peuvent être considérées comme des affections secondaires, en lien de causalité adéquate qualifié avec l'infirmité congénitale originelle du recourant.

8.3 L'intimé s'est fondé sur les avis médicaux des 1^{er} septembre 2023 et 20 novembre 2024 du SMR pour retenir que l'épilepsie dont le recourant a souffert durant ses premiers mois de vie n'était pas, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, à l'origine de ses atteintes actuelles, de sorte qu'il sied d'examiner la valeur probante de ces rapports du SMR.

Il convient tout d'abord de relever que dans ses deux appréciations médicales, la médecin SMR relate précisément l'évolution de l'épilepsie du recourant durant ses premiers mois de vie et fonde son analyse sur l'ensemble des rapports médicaux pertinents figurant au dossier.

En outre, son analyse est cohérente et motivée. La médecin du SMR explique, dans un premier temps, que le pronostic développemental d'un patient souffrant du syndrome de West dépend de l'étiologie de base, du délai de mise en œuvre d'un traitement et de la réponse du patient à celui-ci, avant d'indiquer, dans un second temps, que le caractère idiopathique de l'atteinte du recourant et sa réponse rapide à un traitement opportun sont des facteurs de bon pronostic développemental.

Par ailleurs, la médecin du SMR reconnaît qu'il est possible que l'épilepsie présentée par le recourant dans sa petite enfance ait contribué à ses difficultés neuropsychologiques, en indiquant toutefois qu'une telle relation ne pouvait pas être considérée comme étant probable, ni vraisemblable. Elle a précisé à cet égard que les troubles présentés par le recourant étaient fréquents dans la population générale, avec des prévalences estimées jusqu'à 10% même en l'absence d'antécédents épileptiques. Selon elle, bien que les troubles du développement soient plus fréquents chez les enfants ayant souffert d'un syndrome de West, une relation de cause à effet est souvent difficile à établir entre l'épilepsie et des troubles tels que le recourant en présente, ce d'autant plus que l'étiologie de base est potentiellement la même s'agissant de ces deux problématiques, à savoir un dysfonctionnement cérébral se manifestant par une épilepsie, puis, plus tard, par des troubles neuropsychologiques, sans qu'il existe un lien de causalité entre les deux types d'affections.

La médecin du SMR rappelle également, dans son analyse, que le recourant n'a plus souffert de crises d'épilepsie depuis le mois d'octobre 2013, que l'EEG est normal depuis lors et que le traitement médicamenteux a pris fin depuis plusieurs années.

Compte tenu de ce qui précède, il appert que les avis médicaux du SMR sont cohérents et motivés, de sorte qu'ils doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

8.4 Il convient désormais de déterminer si les critiques du recourant et les rapports médicaux de ses médecins sont de nature à susciter des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations de la médecin du SMR.

8.4.1 S'agissant tout d'abord des différents rapports médicaux établis par le Dr C_____, neuropédiatre du recourant, force est de constater que ceux-ci concordent avec l'avis de la médecin du SMR.

Dans son rapport du 16 octobre 2013, le Dr C_____ observait ainsi que le diagnostic de West présenté par le recourant lors de ses premiers mois de vie avait rapidement évolué favorablement, avec une disparition des crises et une normalisation du tracé EEG. Bien qu'une surveillance du développement fût nécessaire, il estimait que le pronostic était bon.

En outre, dans son courrier du 23 octobre 2023 à l'intimé, le Dr C_____ explique, tout comme la médecin du SMR, que le syndrome de West peut

s'accompagner de séquelles cognitives à long terme, en ajoutant, sans autre précision, que le bilan neuropsychologie dont il propose la mise en œuvre lui semble tout à fait relevant et en lien avec la pathologie initiale. Il n'indique toutefois pas que les atteintes actuelles du recourant se trouvent, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec son infirmité congénitale.

Dans son courrier du 15 avril 2025, le Dr C_____, se fondant sur l'étude publiée dans *Epilepsy Research en 2015*, a indiqué que la majorité des patients ayant souffert d'un syndrome de West présentent des séquelles neurodéveloppementales variées, y compris parmi les personnes présentant de bons « facteurs pronostics ». Selon lui, il existait une vulnérabilité chez le recourant s'agissant de l'apparition de troubles neurodéveloppementaux. Il lui était toutefois impossible d'estimer, avec plus de 50% de probabilité, que les difficultés du recourant étaient consécutives au syndrome de West.

8.4.2 Le Dr F_____, pédopsychiatre du recourant, indique quant à lui, dans son certificat médical du 14 mai 2024, que le recourant bénéficie d'un suivi pédopsychiatrique depuis deux ans et demi et qu'il persiste à éprouver des difficultés dans les apprentissages. Dans son rapport médical du 24 août 2024, le Dr F_____ retient notamment les diagnostics de *status* post-syndrome de West idiopathique et de trouble du langage écrit, en précisant que le syndrome de West présenté par le recourant avait été entièrement résolu. Ce médecin ne s'exprime pas non plus sur un éventuel lien de causalité entre le syndrome de West du recourant et ses atteintes actuelles et préconise d'ailleurs, dans son rapport du 24 août 2024, la prise en charge de la psychothérapie du recourant sur la base de l'art. 12 LAI, et non sur celle de l'art. 13 LAI.

Au vu de ce qui précède, il sied de relever que les constatations des thérapeutes du recourant ne remettent pas en cause les conclusions du SMR, singulièrement s'agissant de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le syndrome de West survenu durant la petite enfance et les affections actuelles du recourant.

8.4.3 Concernant enfin les critiques du recourant, la chambre de céans expose ce qui suit.

Comme il l'a été expliqué ci-avant (*cf. supra* 8.3), les avis médicaux du SMR peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Contrairement à ce que soutient le recourant, il n'est nullement contradictoire, de la part de la médecin du SMR, de reconnaître qu'un lien de causalité peut théoriquement exister entre le syndrome de West du recourant et les atteintes qu'il présente, tout en précisant que dans le cas d'espèce, ce lien n'est pas probable, ni vraisemblable. Le Dr C_____ a également indiqué, à ce propos, qu'il lui était impossible d'estimer avec plus de 50% de probabilité que les difficultés actuelles du recourant étaient consécutives au syndrome de West, bien que des troubles neurodéveloppementaux soient fréquemment observés chez les personnes ayant souffert d'un syndrome de West pendant l'enfance.

À cet égard, il convient encore de préciser que le SMR et le Dr C_____ s'accordent sur le fait que l'absence de cause étiologique à l'épilepsie infantile et la bonne réaction du recourant à son traitement de l'époque étaient des signes plaidant en faveur d'un pronostic favorable. En outre, selon l'étude annexée par le Dr C_____ à son courrier du 15 avril 2025, les patients ayant souffert d'épilepsie infantile sans cause étiologique présentent de meilleurs résultats neurodéveloppementaux que les autres, bien que 45% d'entre eux souffrent de séquelles de cette nature. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate qualifié ne dépend pas uniquement de la fréquence de l'affection secondaire, mais également d'un élément qualitatif consistant à déterminer si l'affection secondaire est, dans le cas d'espèce, la conséquence inévitable de l'infirmité congénitale (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral I 801/04 précité consid. 2.3), ce qu'aucun rapport médical ne démontre s'agissant du recourant.

Par ailleurs, le fait que le grand frère du recourant n'ait pas rencontré les mêmes difficultés dans le cadre scolaire alors que son parcours et son cadre familial sont identiques ne signifie pas que les troubles du recourant sont nécessairement dus au syndrome de West dont il a souffert par le passé.

Enfin, il ne peut être reproché à l'intimé de supprimer la garantie de paiement pour les mesures médicales liées à l'infirmité congénitale du recourant (ch. 387 OIC) dans la mesure où ce dernier n'a plus connu de crises d'épilepsie depuis le mois d'octobre 2013, étant rappelé que l'EEG est décrit comme étant normal depuis lors (ch. 387.11 CMRM) et que les thérapeutes du recourant n'indiquent pas que ses atteintes actuelles sont, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité naturelle avec le syndrome de West dont il a souffert durant les premiers mois de sa vie.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prise en charge d'un bilan neuropsychologique du recourant et a supprimé la prise en charge de l'infirmité congénitale (ch. 387 OIC). La chambre de céans refusera ainsi, par appréciation anticipée des preuves, de donner une suite favorable à la demande du recourant visant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dans la mesure où la fiabilité des constats et des conclusions figurant dans les avis du SMR n'est pas remise en cause par les thérapeutes du recourant.

8.5 Il sied encore de relever que l'intimé a, par communication du 21 novembre 2024, pris en charge les coûts de la thérapie ambulatoire du recourant en se fondant sur l'art. 12 LAI.

Les coûts relatifs à la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique ne peuvent toutefois pas être pris en charge par l'intimé au sens de l'art. 12 LAI dans la mesure où il ne s'agit pas d'un traitement médical nécessaire à la réadaptation du recourant (art. 12 al. 1 LAI *cum* art. 2 al. 1 RAI).

- 9.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision litigieuse confirmée.
Compte tenu de l'issue de la procédure, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (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