RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/863/2022 **ATAS/1096/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 décembre 2022

2ème Chambre

En la cause

A_____, enfant mineur, représenté par ses parents, Monsieur B_____ et Madame C_____, à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET, avocat	recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** L'enfant A_____ (ci-après : l'assuré), né à terme le _____ 2020, a reçu à la naissance deux doses prophylaxiques de vitamine K (au 1er et au 4ème jour de vie). Les 27 et 30 mars 2020, ses parents (ci-après : les recourants) ont consulté les urgences pédiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), puis celles de la Clinique des Grangettes, après avoir constaté la présence de sang dans les régurgitations de leur fils.

b. Quelques jours plus tard, le 3 avril 2020, les parents de l'assuré ont consulté les urgences de l'Hôpital du Léman, à Thonon, où les médecins ont mis en évidence une augmentation de 4 centimètres du périmètre crânien, ainsi qu'une hémorragie intraventriculaire et sous-arachnoïdienne. Après avoir été intubé, puis transféré en réanimation pédiatrique aux Hôpitaux civils de Lyon, l'assuré a été opéré le même jour (soit le 3 avril 2020) en vue de la pose d'une dérivation ventriculaire externe. En parallèle, l'enfant a subi des crises d'épilepsie. Une reprise chirurgicale a été effectuée le 5 avril 2020 (en raison d'un bouchage de la dérivation ventriculaire), puis les médecins ont procédé, le 22 avril 2020, à une « internalisation » du drain. L'enfant est resté hospitalisé jusqu'au 4 mai 2020.

c. À l'occasion d'un contrôle, le 6 mai 2020, les médecins de l'unité de neuropédiatrie des HUG, les docteurs D_____ et E_____, après avoir constaté un examen neurologique « pathologique », ont suggéré aux parents de l'assuré de déposer auprès de l'assurance-invalidité une demande « pour les codes OIC 395 et 386 » (cf. rapport de l'unité de neuropédiatrie des HUG du 4 juin 2020).

B. **a.** Le 2 juin 2020, la mère de l'assuré a déposé, en faveur de son fils, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi de mesures médicales en raison d'une infirmité congénitale, à savoir une « hydrocéphalie congénitale », correspondant au chiffre 386 de l'ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985 (OIC - RS 831.232.21).

b. Invité par l'OAI à compléter un rapport, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie auprès de l'Hôpital des enfants, dépendant des HUG, a retenu, dans un rapport non daté mais retourné à l'OAI le 18 septembre 2020, le diagnostic d'hémorragie tétraventriculaire avec hydrocéphalie post hémorragie du nouveau-né. Il n'a pas fait mention d'infirmités congénitales au sens de l'OIC. S'agissant du constat médical, le médecin a indiqué que l'évolution était bonne, mais qu'une cécité corticale était possible.

c. Le 22 octobre 2020, la Dresse D_____ a rempli un « questionnaire en cas d'OIC 395 ». À la question de savoir s'il y avait présence de réflexes anormaux, elle a répondu « présence d'une hyperréflexie aux 4 membres, avec augmentation de la zone réflexogène et […] réflexe cutané plantaire en extension des deux côtés ». Elle a par ailleurs répondu par l'affirmative aux questions de savoir s'il

existait une hypotonie musculaire axiale ainsi qu'une hypertonie des membres inférieurs. Enfin, à la question de savoir si la symptomatologie était restée stable ou si elle avait évolué durant les derniers mois, la Dresse D_____ a répondu que la symptomatologie était demeurée relativement stable, avec toutefois une petite amélioration du port de la tête.

d. Le 27 octobre 2020, la Dresse D_____ a complété un rapport destiné à l'OAI, dans lequel elle a indiqué que l'enfant présentait deux infirmités congénitales, correspondant aux chiffres 386 et 395 de l'annexe à l'OIC. Elle a retenu les diagnostics suivants : hémorragie tétra-ventriculaire d'origine indéterminée, diagnostiquée le 3 avril 2020 (à 26 jours de vie) avec status post choc hémorragique ; dilatation du système ventriculaire ; status post hypertension intracrânienne sévère ; atteinte cérébrale diffuse, prédominant dans les régions pariéto-occipitales ; dérivation ventriculaire externe le 3 avril 2020 ; status épileptique le 4 avril 2020 ; diabète insipide ; facteurs de croissance et testostérone abaissés ; trouble de la crase avec nécessité de supplément en vitamine K ; microcéphalie primaire et secondaire ; trouble du développement psychomoteur ; trouble de l'oralité avec apport nutritionnel insuffisant et petit poids ; atteinte du sens de la vision. La Dresse D_____ a exposé que, même s'il avait été constaté des petits progrès de façon constante, il fallait s'attendre à une évolution vers une situation de polyhandicap, avec une atteinte de la vision. Elle a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'état de santé avait une influence sur la fréquentation de l'école, précisant à cet égard qu'au vu des lésions cérébrales visualisées sur l'IRM et des petits progrès réalisés par l'assuré sur les derniers mois, une scolarité en milieu ordinaire ne paraissait pas possible. On pouvait escompter des séquelles majeures, sous la forme de paralysie cérébrale touchant les quatre membres, mais également une atteinte cognitive, une atteinte du langage et des troubles visuels. Actuellement, l'enfant était traité au moyen de vitamine D, de Konakion (médication contre les hémorragies consécutives à un manque de vitamine K), d'un antiépileptique et d'un antidiurétique. L'enfant, qui bénéficiait de physiothérapie et de logopédie, avait été mis sur une liste d'attente pour l'ergothérapie. Les médecins souhaitaient, en outre, qu'il puisse bénéficier d'une « low vision therapy ».

e. Invitée par l'OAI à préciser, notamment, si l'atteinte à la santé de l'enfant assuré était en relation avec une infirmité congénitale, la Dresse D_____ a répondu, dans un courrier daté du 28 octobre 2020 : « […] nous vous répondons par l'affirmative. Nous voulons annoncer l'enfant pour les codes OIC 386 et 395. L'enfant a développé, secondairement à l'hémorragie tétra-ventriculaire, des lésions cérébrales diffuses, une hydrocéphalie ayant nécessité la pose d'un drain et un schéma moteur pathologique. L'examen neurologique met clairement en évidence des troubles du tonus et des signes pyramidaux sous forme d'hyperréflexies aux quatre membres avec augmentation de la zone réflexogène et polyciténisme. Les réflexes cutanés plantaires sont en extension des deux côtés. À

noter que le tonus distal des membres inférieurs est légèrement augmenté. Le Dr F_____, neurochirurgien, vous a déjà informé au sujet du code OIC 386, nous vous informons maintenant, à notre tour, sur le code OIC 395 ».

f. Dans un avis médical daté du 10 mars 2021, la doctoresse G_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), est parvenue à la conclusion qu'il n'y avait actuellement aucun élément dans le dossier qui permettrait de prendre en charge les diagnostics au titre de l'art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), les mesures médicales ne pouvant, en particulier, pas être prises en charge au titre des ch. 386 et 387 OIC. Une physiothérapie paraissait nécessaire sur la durée, pour un enfant qui évoluait vers une infirmité congénitale (sic), mais elle ne pouvait être prise en charge sous le ch. 395 OIC, car elle n'était pas en lien avec un trouble transitoire du développement moteur, mais avec des « séquelles neurodéveloppementales d'un diagnostic lésionnel, lié à l'hémorragie tétraventriculaire cérébrale, dont l'étiologie était inconnue à ce jour ». Pour admettre ou exclure une prise en charge au titre de l'art. 13 LAI, la Dresse G_____ préconisait d'adresser un questionnaire aux Drs E_____ et D_____. Pour le reste, vu le jeune âge de l'enfant et les séquelles évolutives nécessitant des thérapies de longue durée, il n'était actuellement pas possible non plus de prendre en charge les éventuelles mesures de physiothérapie et ergothérapie au titre de l'art. 12 LAI.

g. Par courriers des 11 mars et 20 mai 2021, l'OAI a invité les médecins des HUG à répondre aux questions de savoir si l'étiologie de l'hémorragie cérébrale avait pu être identifiée et si une malformation vasculaire était exclue. Il a également invité ces médecins à communiquer les résultats de divers examens (« bilan génétique avec CGH-array » ; « panel des CDG-syndrome » [étiologie métabolique] ; « bilan de la crase à distance des premiers examens normaux »).

h. Les médecins des HUG se sont déterminés comme suit :

- Par courrier du 25 mars 2021, le Dr FLUSS a répondu que l'étiologie de l'hémorragie cérébrale n'avait pas été formellement élucidée. Il demeurait une forte suspicion d'un trouble du métabolisme de la vitamine K – puisque l'enfant dépendait d'une substitution –, mais dont la cause sous-jacente n'avait pas été identifiée. Le dernier « crase » effectué le 3 mars 2021 avait montré des résultats normaux et il n'avait pas été mis en évidence d'argument en faveur d'une anomalie vasculaire. Le bilan génétique, qui avait consisté en un séquençage à haut débit des gènes impliqués aussi bien dans les troubles du développement que des troubles de la coagulation, n'avait pas permis d'identifier de gène causal. S'agissant du « panel des CDG-syndrome », les analyses avaient été pratiquées par les Hôpitaux civils de Lyon et s'étaient révélés dans la norme. Quant aux questions portant sur les causes de l'hémorragie, le Dr E_____ invitait l'OAI à s'adresser au docteur H_____, pédiatre et hématologue ;

- Par courriel du 27 mai 2021, le docteur H_____, médecin associé auprès du service de pédiatrie des HUG, a répondu que l'hémorragie était liée à un défaut de coagulation impliquant le métabolisme de la vitamine K, sans que le défaut exact ait pu être identifié. S'agissant des premiers examens de la crase, ils ne s'étaient pas révélés complètement normaux, puisqu'ils avaient montré un « Quick abaissé, avec déficit en FII et FVII, évoquant un déficit en vitamine K […] ». Lors de l'arrêt de la substitution en vitamine K, la crase était à nouveau perturbée. On constatait donc que l'enfant avait besoin d'apports importants en vitamine K pour maintenir une crase normale, mais que les analyses des gènes impliqués dans le métabolisme de la vitamine K n'avaient pas permis de trouver d'anomalie et que les gastro-entérologues n'avaient pas d'argument pour une malabsorption. Pour le reste, une malformation vasculaire cérébrale avait été exclue et le bilan génétique avec « CGH-array » s'était révélé normal, tout comme le « panel des CDG-syndrome ».

i. Dans un courriel adressé à l'OAI le 10 juin 2021, le Dr H_____ a rappelé que le nourrisson avait présenté des saignements anormaux et répétés dans la 3ème semaine de vie, ainsi qu'une perturbation de la coagulation, témoignant d'un déficit en vitamine K, saignements qui avaient été corrigés par des doses répétées de vitamine K. Le diagnostic différentiel se posait entre une mauvaise absorption de la vitamine K et un trouble du métabolisme de la vitamine K. Selon les gastro-entérologues, il n'y avait d'argument en faveur d'une malabsorption (les taux de vitamines A et E étant normaux et l'échographie abdominale ne montrant pas d'atteinte des voies biliaires). Cependant, les analyses des gènes connus impliqués dans le métabolisme de la vitamine K s'étaient également avérées normales. L'origine précise du défaut de coagulation restait donc difficile à déterminer. Faute d'arguments en faveur d'une malabsorption, le diagnostic retenu était celui d'un défaut du métabolisme de la vitamine K, via des gènes encore inconnus.

j. Dans un courrier adressé au Dr H_____ 14 juin 2021, la Dresse G_____ a indiqué, en réponse au dernier courriel de ce médecin, que la reconnaissance d'une infirmité congénitale devait se baser sur un diagnostic clair et prouvé du défaut enzymatique invoqué. Conscient que la démonstration du déficit génétique était parfois difficile, l'office pouvait exceptionnellement admettre une infirmité congénitale, si les éléments cliniques étaient suffisants pour « exclure des causes acquises avec toute vraisemblance ». La Dresse G_____ disait comprendre le raisonnement du Dr H_____ selon lequel un déficit acquis de vitamine K semblait improbable. Elle invitait néanmoins ce médecin à lui transmettre divers documents (rapports d'IRM et Ct-scan du 4 avril, ayant permis d'exclure une malformation vasculaire cérébrale ; rapport des analyses génétiques effectuées ; rapports de consultations spécialisées d'hématologie pédiatrique et des examens de laboratoire de la crase).

k. Le 5 juillet 2021, l'OAI a obtenu copie de divers documents émanant des HUG, notamment :

- un rapport d'analyses moléculaires daté du 7 septembre 2020, émanant du service de médecine génétique des HUG, à teneur duquel « l'analyse n'[avait] pas permis d'identifier de variant pathogène ou probablement pathogène pouvant expliquer le tableau clinique du patient » ;
- un rapport établi le 9 octobre 2020 par les docteurs I_____ et J_____, du service de pédiatrie des HUG suite à une consultation d'onco-hématologie effectuée le 28 septembre 2020, faisant état d'un déficit en vitamine K d'origine indéterminée et d'une cholestase d'étiologie indéterminée. La nécessité de doses importantes de vitamine K afin de maintenir un taux plasmatique normal orientait vers une dysfonction d'une enzyme (gamma glutamyl carboxylase) impliquée dans le métabolisme de la vitamine K. Une recherche génétique avait permis d'exclure des anomalies à ce niveau. À ce stade, une malabsorption n'était toutefois pas formellement exclue et en l'absence d'étiologie claire, il était proposé de poursuivre la substitution par vitamine K ;
- un bilan de scanner cérébral daté du 28 juin 2021 et signé par la doctoresse K_____, radiologue, concluant à l'absence de fermeture précoce des sutures du crâne.

l. Dans un avis médical daté du 12 juillet 2021, la Dresse G_____, après avoir résumé les documents obtenus auprès des HUG, a retenu, en conclusion de son rapport, que le diagnostic actuellement retenu était celui de syndrome hémorragique sur déficit en vitamine K. Cette forme tardive d'hémorragie cérébrale, à 26 jours de vie, était responsable des diverses atteintes neurologiques. Au plan médical, un suivi multidisciplinaire était indispensable, tout comme les thérapies proposées, en particulier la physiothérapie et l'ergothérapie. Toutefois, au plan assurantiel, les rapports médicaux et les analyses à disposition du SMR ne permettaient pas de reconnaître une infirmité congénitale, au sens d'une pathologie de la coagulation, d'une maladie enzymatique d'origine génétique ou hépatique, d'une malformation cérébrale ou cérébro-vasculaire en lien avec un chiffre de l'OIC, qui pourrait couvrir l'ensemble des mesures médicales. Les thérapies actuellement en cours, telles que la physiothérapie et l'ergothérapie, étaient médicalement nécessaires et accompagnaient l'enfant dans ses acquisitions motrices, cognitives et sensorielles, mais le pronostic demeurait incertain et les critères de l'art. 12 LAI ne paraissaient pas remplis.

La Dresse G_____ était d'avis que les mesures médicales ne pouvaient pas être admises au titre du ch. 386 OIC, relevant que le rapport rédigé par le Dr F_____ le 18 septembre 2020 ne signalait pas de chiffre OIC, tandis que le rapport de neurologie du 4 juin 2020 évoquait un diagnostic d'hydrocéphalie ayant nécessité une dérivation (le 3 avril 2020) ; cette hydrocéphalie n'était pas primaire, mais

avait été causée par une hémorragie intracrânienne à 26 jours de vie « sur déficit en vitamine K d'origine acquise ».

L'épilepsie survenue au décours de l'hémorragie ne répondait pas non plus aux critères du ch. 387 OIC, car il s'agissait d'une épilepsie lésionnelle secondaire à l'hémorragie.

La demande de mesures médicales avait été faite sous le ch. 395 OIC, mais dans la mesure où l'on était en présence de troubles neurologiques acquis dans le cadre du déficit en vitamine K dès le 26ème jour de vie, soit hors de la période périnatale de 7 jours, les mesures médicales ne pouvaient être accordées au titre de l'art. 13 LAI, respectivement des ch. 395/390 OIC. En l'absence de pronostic clair, les critères ne lui paraissaient pas réunis non plus pour admettre actuellement les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie au titre de l'art. 12 LAI.

m. Le 27 juillet 2021, l'OAI a adressé à la mère de l'assuré un préavis (projet) de décision, au terme duquel il envisageait de dénier le droit de l'enfant à des mesures médicales.

n. Par pli du 9 août 2021, L_____ SA a formé opposition « provisoire » contre ce préavis, en sollicitant la transmission du dossier de l'OAI.

o. Par courrier du 30 août 2021, la mère de l'assuré a également formé opposition contre le préavis de décision, relevant que la cause sous-jacente des problèmes neurologiques était un problème hématologique. Son fils n'assimilait pas correctement la vitamine K, ce qui n'avait été découvert que trop tard, après qu'il eût été victime de son hémorragie cérébrale. Les analyses visant à déterminer la cause de cette malabsorption étaient toujours en cours auprès de spécialistes.

p. Dans un courrier adressé à l'OAI le 15 septembre 2021, le Dr H_____ a exposé qu'un arrêt de la substitution en vitamine K, avec suivi régulier de la crase, était prévu. Si malgré l'arrêt de celle-ci, l'enfant restait dépendant d'une substitution importante, il faudrait retenir un trouble du métabolisme de la vitamine K, c'est-à-dire une affection congénitale. Il paraissait donc logique que l'OAI attende cet élément avant de statuer.

q. Le 28 octobre 2021, par l'intermédiaire d'un conseil, la mère de l'assuré a complété son opposition, en exposant que l'étiologie du manque de vitamine K demeurait indéterminée, que les recherches actuellement en cours étaient susceptibles de le corréler à une infirmité congénitale (en particulier, selon le Dr H_____ à un trouble du métabolisme de la vitamine K lié à un déficit génétique) et que dans ces conditions, l'instruction du dossier devait être poursuivie. Elle a conclu à ce que l'OAI poursuive ses investigations auprès des médecins traitants.

r. Invité par l'OAI à transmettre les documents relatifs aux derniers bilans effectués, le Dr H_____, par courrier du 9 février 2022, a répondu que dans la

mesure où les apports alimentaires en vitamine K étaient suffisants, le traitement de Konakion avait été stoppé à la mi-novembre 2021 et la crase était restée normale depuis, y compris les facteurs dépendants de la vitamine K. Cette évolution orientait plutôt vers une mauvaise absorption des doses de vitamine K reçues à la naissance et à 4 jours de vie, défaut d'absorption qui n'était actuellement plus présent. Le Dr H_____ a joint copie d'un rapport des HUG concernant les analyses sanguines effectuées entre le 8 novembre 2021 et le 7 février 2022.

s. Dans un avis médical daté du 14 février 2022, la Dresse G_____, après avoir résumé les documents obtenus auprès des HUG, a rappelé que l'assuré, âgé de 23 mois et né à terme après 39 semaines, à l'issue d'une grossesse harmonieuse, avait présenté une forme tardive d'hémorragie cérébrale à 26 jours de vie, entraînant des séquelles neurologiques et développementales importantes. Il avait été suspecté un trouble hépatique, avec une mauvaise absorption de la vitamine K. L'IRM cérébrale et le scanner cérébral (réalisés en avril, respectivement en juin 2021) n'avaient pas permis de retenir une malformation vasculaire ou cérébrale, tandis que le séquençage génétique de l'exome n'avait pas permis d'identifier de variant pathogène ou probablement pathogène, qui serait susceptible d'expliquer le tableau clinique. Quant au bilan métabolique et à l'exploration du diagnostic différentiel, ils n'avaient pas permis de préciser l'étiologie de l'hémorragie tétra-ventriculaire. La Dresse G_____ en déduisait que, sur le plan assurantiel, les rapports médicaux et analyses à disposition n'avaient pas permis de reconnaître une infirmité congénitale, au sens d'une pathologie congénitale de la coagulation, d'une maladie enzymatique d'origine génétique ou hépatique, ou d'une malformation cérébrale / cérébrovasculaire en lien avec un chiffre de l'OIC, qui pourrait couvrir l'ensemble des mesures médicales. Le courrier qu'avait adressé le Dr H_____ le 9 février 2022 confirmait qu'une pathologie congénitale de la coagulation, liée au déficit en vitamine K, ne pouvait être retenue, étant donné qu'une mauvaise absorption transitoire de la vitamine K à la naissance ne constituait pas, en soi, une maladie congénitale. Un trouble congénital de la crase, au sens du ch. 324 OIC, ne pouvait pas être retenu et il n'y avait pas d'autre diagnostic à retenir en lien avec un chiffre de l'OIC, respectivement avec l'art. 13 LAI.

Enfin, pour que le SMR puisse se prononcer sur la prise en charge des thérapies au titre de l'art. 12 LAI, la Dresse G_____ préconisait d'obtenir un rapport neurologique récent, ainsi que les bilans et rapports d'évolution concernant ces suivis (physiothérapie et ergothérapie), ensuite de quoi le SMR se prononcerait une fois ces documents obtenus.

t. Par courrier du 16 février 2022, l'OAI a invité la mère de l'assuré à lui transmettre différents documents, dont « le nom et l'adresse exacte des thérapeutes en ergothérapie et physiothérapie ».

u. Par décision du 16 février 2022, l'OAI a confirmé son refus d'accorder des mesures médicales à l'enfant assuré, au motif qu'aucune infirmité congénitale ne pouvait être retenue, selon le SMR.

C. **a.** Au nom de leur enfant, les parents de l'assuré, par acte du 17 mars 2022, ont interjeté recours, concluant, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision du 16 février 2022, à ce qu'il soit dit que leur fils avait droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation et pour le traitement des infirmités congénitales, et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour qu'il procède « conformément à ce qui précède ». À titre subsidiaire, ils ont conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b. Dans sa réponse du 12 avril 2022, l'intimé a conclu au « rejet du recours » (sic), tout en précisant qu'il entendait « modifier sa décision », en ce sens que le refus de la prise en charge de mesures médicales se rapportait uniquement à l'art. 13 LAI. S'agissant de l'octroi de mesures médicales sous l'angle de cette dernière disposition, l'intimé a fait valoir que les conditions y relatives n'étaient pas.

c. Les recourants ont répliqué le 16 mai 2022, persistant dans les conclusions de leur recours.

d. Cette écriture a été transmise à l'intimé, pour information, le 19 mai 2022. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. L'assuré étant mineur à la date du recours, il appartient à ses représentants légaux – ses parents en l'occurrence – d'interjeter recours (art. 8 al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA – E 5 10).

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 et 89B al. 1 et 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit de l'enfant assuré à des mesures médicales, tant sous l'angle de l'art. 13 LAI (mesures médicales nécessaires au traitement des

infirmités congénitales) que de l'art. 12 LAI (mesures médicales nécessaires à la réadaptation professionnelle ou à la réadaptation en vue de l'accomplissement des travaux habituels).

4.

4.1 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 des assurances I 309/05 du 1er décembre 2005 consid. 2.3.1).

4.2 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.

4.3 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).

5.

5.1 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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.

5.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

5.3 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 ; ATF 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).

6.

6.1 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 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).

6.2 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 des assurances 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.

7.1 Dans sa décision du 16 février 2022, l'intimé a confirmé son refus d'accorder des mesures médicales à l'enfant assuré, arguant qu'aucune infirmité congénitale ne pouvait être retenue, selon le SMR.

7.2 Dans leur recours, les parents de l'assuré concluent, sous suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision du 16 février 2022, à ce qu'il soit dit

que leur fils a droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation (cf. art. 12 LAI), à ce qu'il soit dit que leur fils a droit à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales (cf. art. 13 LAI), et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour qu'il procède « conformément à ce qui précède ». À titre subsidiaire, ils concluent au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

En premier lieu, les recourants font valoir que la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé « pour nouvelle décision, une fois le dossier dûment complété et soumis au SMR quant aux conditions de l'art. 12 LAI ». Sur ce point, les recourants soulignent que l'intimé a rendu sa décision alors qu'il manquait pourtant au SMR des documents nécessaires pour se prononcer sur le droit aux mesures de réadaptation selon l'art. 12 LAI. Dans ce contexte, ils rappellent que le SMR a requis, le 14 février 2022, divers documents utiles à l'examen du droit auxdites mesures selon l'art. 12 LAI, puis que l'intimé leur a adressé une demande de renseignements le 16 février 2022, mais qu'il a finalement statué avant même d'obtenir les documents nécessaires.

S'agissant ensuite du droit aux mesures selon l'art. 13 LAI, le SMR a retenu qu'un déficit en vitamine K à la naissance a engendré un syndrome hémorragique, lequel est responsable des atteintes neurologiques constatées. Selon les recourants, la question est de savoir si le déficit en vitamine K est d'origine congénitale ou acquise et à ce propos, le SMR a retenu que « […] la mauvaise absorption de la vitamine K transitoire à la naissance ne constitu[e] pas, en soit, une maladie congénitale ». Or, la cause de la mauvaise absorption de la vitamine K à la naissance n'est, pour l'heure, pas connue. Les recourants estiment que l'avis injustifié et non étayé par le moindre élément objectif qu'a émis le SMR ne peut être suivi, en l'absence d'une appréciation médicale circonstanciée, détaillant les causes possibles de la mauvaise absorption de la vitamine K. Au vu de la chronologie des faits, il faut considérer que le défaut d'absorption s'est déjà manifesté au moment de la naissance et donc présumer que son étiologie était congénitale, de sorte que l'enfant assuré pourrait, à leur sens, prétendre aux mesures de réadaptation selon l'art. 13 LAI.

7.3 Dans sa réponse, l'intimé indique en premier lieu qu'il entend « modifier sa décision », en ce sens que le refus de la prise en charge de mesures médicales porte uniquement sous l'angle de l'art. 13 LAI. L'instruction des mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI est en effet actuellement en cours.

S'agissant de l'octroi de mesures médicales sous l'angle de l'art. 13 LAI, l'intimé estime que les conditions n'en sont pas remplies. En effet, dans son avis du 14 février 2022, le SMR a retenu qu'une « pathologie congénitale de la coagulation liée au déficit en vitamine K ne peut pas être retenue, la mauvaise absorption de la vitamine K transitoire à la naissance ne constituant pas, en soi, une maladie congénitale. Un trouble congénital de la crase au sens de l'IC 324 ne peut pas être

retenu. Il n'y a pas d'autres diagnostics en lien avec un ch. OIC / 13 LAI à retenir actuellement ».

8.

8.1 Tout d'abord, en ce qui concerne le droit aux mesures de réadaptation sous l'angle de l'art. 12 LAI, la chambre de céans constate que l'intimé a effectivement statué de manière prématurée.

8.2 À titre liminaire, il convient de relever qu'à teneur de l'art. 53 al. 3 LPGA, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Cette disposition reprend ainsi le contenu de l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), à teneur duquel l'autorité inférieure peut, jusqu'à l'envoi de sa réponse, procéder à un nouvel examen de la décision attaquée. Doivent en outre être pris en compte, par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les al. 2 et 3 dudit art. 58 PA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1036/2012 du 21 mai 2013 consid. 3.3 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2020, n. 93 ad art. 53 LPGA ; August MÄCHLER, in Christoph AUER/Markus MÜLLER/Benjamin SCHINDLER [éd.], VwVG Kommentar, 2019, n. 2 et 27 ad art. 58 PA). Aux termes de l'al. 2 de l'art. 58 PA, l'autorité inférieure notifie sans délai une nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours. Selon l'al. 3, l'autorité de recours continue à traiter le recours, dans la mesure où la nouvelle décision de l'autorité inférieure ne l'a pas rendu sans objet ; l'art. 57 PA est applicable lorsque la nouvelle décision repose sur un état de fait notablement modifié ou crée une situation juridique sensiblement différente. L'art. 67 al. 2 LPA, qui serait applicable par renvoi de l'art. 89A LPA et qui traite de la même problématique, ne saurait quant à lui être appliqué de manière contraire à l'art. 53 al. 3 LPGA (ATAS/393/2021 du 29 avril 2021 consid. 3b et les références citées).

Si la nouvelle décision rendue pendente lite par l'assureur fait entièrement droit aux conclusions du recourant, en d'autres termes donne entière satisfaction à celui-ci, le recours devient sans objet et la cause doit être radiée du rôle, la décision y afférente de l'autorité de recours devant au surplus statuer sur les frais et dépens en tenant compte de l'intervention des deux parties. Dans le cas contraire, la procédure se poursuit à propos de ce qui reste litigieux, sans qu'il soit nécessaire de recourir contre la nouvelle décision (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb ; ATF 113 V 237 ; ATF 107 V 250 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_22/2019 du 7 mai 2019 consid. 3.1, 8C_1036/2012 précité consid. 3.3, 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et I 278/02 du 24 juin 2002 consid. 2 ; ATAS/393/2021 précité consid. 3c; ATAS/173/2021 précité consid. 7b).

Au sens des art. 53 al. 3 LPGA et 58 al. 1 PA, l'autorité intimée peut rendre une nouvelle décision après sa première réponse – ou premier préavis –, mais dans le cadre d'un échange d'écritures prévu par le droit de procédure ou ordonné par la

chambre des assurances sociales (ATAS/393/2021 précité consid. 3d et f et les références citées).

8.3 En l'espèce, la décision du 16 février 2022 faisant l'objet du recours, intitulée « refus de mesures médicales », revêt un caractère particulièrement succinct. Bien qu'elle contienne un (très) bref renvoi à l'art. 13 LAI, elle retient en définitive que « la demande est rejetée pour les mesures médicales ». La décision attaquée ne précise pas qu'une seconde décision devrait, par exemple, être rendue en ce qui concerne le droit aux mesures médicales aux conditions prévues par l'art. 12 LAI. En pareilles circonstances, les recourants pouvaient légitimement déduire de la formulation très générale de la décision litigieuse (« refus de mesures médicales ») que leur fils se voyait refuser l'octroi de mesures médicales, indépendamment du fondement légal de celles-ci, c'est-à-dire aussi bien sous l'angle de l'art. 12 LAI que de l'art. 13 LAI.

Or, comme l'intimé semble le reconnaître dans sa réponse (où il indique qu'il entend « modifie[r] sa décision, dans le sens où le refus de prise en charge des mesures médicales porte uniquement sous l'angle de l'art. 13 LAI »), le refus, exprimé en termes généraux dans la décision attaquée, de l'octroi de toute mesure médicale, se révèle prématuré, puisqu'il est intervenu avant le terme de l'instruction – préconisée par le SMR – sur la question du droit aux mesures médicales aux conditions prévues par l'art. 12 LAI.

À cet égard, il y a lieu de rappeler que, dans son avis médical du 14 février 2022, le médecin du SMR, la Dresse G_____, avait notamment indiqué que, pour que le SMR puisse se prononcer sur la prise en charge des thérapies au titre de l'art. 12 LAI, il convenait que l'office intimé obtienne un rapport neurologique récent, ainsi que les bilans et rapports d'évolution concernant ces suivis (physiothérapie et ergothérapie), ensuite de quoi le SMR se prononcerait une fois ces documents obtenus. Deux jours plus tard, par courrier du 16 février 2022, l'intimé a invité la mère de l'assuré à lui transmettre différents documents, dont « le nom et l'adresse exacte des thérapeutes en ergothérapie et physiothérapie ». L'intimé a toutefois simultanément rendu, le même jour (soit le 16 février 2022), sa décision de « refus de mesures médicales », avant même d'avoir pu recueillir les documents (rapport neurologique récent et bilans d'évolution établis par le physiothérapeute, ainsi que l'ergothérapeute) que le SMR avait jugés nécessaires à l'examen du droit aux mesures médicales, sous l'angle de l'art. 12 LAI.

8.4 La détermination de l'intimé – qui a indiqué dans sa réponse qu'il entendait modifier sa décision (dans le sens où le refus de prise en charge des mesures médicales portait uniquement sous l'angle de l'art. 13 LAI) – ne donne pas entière satisfaction aux recourants, puisque l'office n'a pas souscrit à leur conclusion principale tendant à la reconnaissance du droit de leur fils à des « mesures médicales dans un but de réadaptation ». La chambre de céans n'a donc pas à constater que le recours serait devenu sans objet sous l'angle de l'art. 12 LAI. En revanche, dans la mesure où l'intimé a indiqué dans sa réponse qu'il entendait

« modifier sa décision […] », tout en relevant que « l'instruction des mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI [était] actuellement en cours », on peut en déduire qu'il a acquiescé à la conclusion subsidiaire des recourants tendant au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision sous l'angle de l'art. 12 LAI (cf. p. 13 du mémoire de recours).

8.5 Ce premier motif justifie déjà le renvoi de la cause à l'intimé, à charge pour celui-ci de compléter l'instruction, puis de statuer à nouveau sur le droit aux mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI.

Il reste néanmoins à examiner le droit aux mesures médicales sous l'angle de l'art. 13 LAI.

9.

9.1 Aux termes de l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales (art. 3 al. 2 LPGA) jusqu'à l'âge de 20 ans révolus (al. 1er). Le Conseil fédéral établira une liste des infirmités pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes (al. 2).

La notion d'infirmité congénitale est définie de manière générale à l'art. 3 al. 2 LPGA comme toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC, qui contient une liste, en annexe, énumérant les infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI (art. 1 al. 2 OIC). Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2 OIC ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n° 1538).

Sur le plan temporel, l'art. 1 al. 1 OIC prévoit que sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant.

Selon la jurisprudence, la condition de la présence de l'infirmité à la naissance est également considérée comme remplie si l'infirmité congénitale n'est pas encore reconnaissable comme telle à ce moment-là, mais que, plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments nécessaires à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (ATF 122 V 113 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_639/2013 du 21 mars 2014 consid. 1.1). Pour déterminer s'il y a infirmité congénitale, c'est la symptomatologie et non la pathogenèse de l'affection qui est déterminante (ATF 97 V 54 consid. 1 ; Michel

VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 6 ad art. 13 LAI).

La jurisprudence admet également que les mesures médicales au sens de l'art. 13 LAI puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en est une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien très étroit de causalité adéquate. Il n'est pas nécessaire, cependant, que l'affection secondaire soit directement liée à l'infirmité ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de la causalité adéquate (ATF 129 V 207 consid. 3.3 ; TF 9C_635/2017 du 5 avril 2018 consid. 2.3 et références citées).

La jurisprudence a reconnu que le Conseil fédéral et – dans l'hypothèse de l'art. 1 al. 2 OIC – le Département fédéral de l'intérieur disposaient d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 544/1997 du 14 janvier 1999, consid. 2b et les références in VSI 5/1999 p. 170). La liste dressée à cette fin, parfois en tenant compte d'impératifs légitimes de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Dans ces conditions, la jurisprudence a prononcé que, si la norme édictée restait dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'avait pas à décider si la solution adoptée représentait la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne pouvait substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département (ATF 125 V 21 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_817/2009 du 14 avril 2010, consid. 3.2 et les références citées).

9.2 La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022, inclut notamment les infirmités congénitales suivantes :

- ch. 324 : coagulopathies et thrombocytopathies congénitales (hémophilie et autres défauts des facteurs de coagulation) ;
- ch. 386 : hydrocéphalie congénitale et hydrocéphalie post-hémorragique après saignement périnatal ou accident vasculaire cérébral périnatal ;
- ch. 387 : épilepsies (primaires) congénitales (à l'exclusion des formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise) ;
- ch. 390 : épilepsies (primaires) congénitales (à l'exclusion des formes ne nécessitant pas une thérapie anticonvulsive ou seulement lors d'une crise) ;
- ch. 395 : symptômes neuromoteurs au sens de schémas clairement pathologiques (mouvements asymétriques, variabilité limitée de la motricité spontanée [stéréotypes]) ou autres symptômes documentés progressifs au cours de la maladie (posture asymétrique, opisthotonos, persistance des

réflexes primitifs et anomalies qualitatives marquées du tonus musculaire [hypotonie du tronc avec tonus des membres augmenté]), apparaissant durant les deux premières années de vie comme symptômes précoces possibles d'une paralysie cérébrale et nécessitant un traitement. Le retard de développement moteur et la plagiocéphalie ne sont pas considérés comme des infirmités congénitales au sens du ch. 395.

9.3 Dans un arrêt daté du 28 octobre 2014 (cause AI 432/10 – 268/2014), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a largement étudié le chiffre 395 de la circulaire sur les mesures médicales, publiée par l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : CMRM), en relation avec le ch. 395 de l'OIC (dans sa teneur en vigueur à l'époque). Dans cet arrêt, il a été mis en exergue que trois critères – considérés en définitive comme exemplatifs et non pas exhaustifs – étaient a priori requis pour l'application dudit chiffre, à savoir : des mouvements pathologiques (avec asymétrie, limitation de la variabilité), une symptomatologie s'aggravant avec l'évolution (attitude asymétrique, ophisthotonos, persistance de réflexes primitifs) ou enfin des anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale.

Dans l'arrêt précité, la juridiction cantonale vaudoise a rappelé le but historique de l'introduction du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC en 1986, lequel visait antérieurement des cas couverts par le chiffre 390 de l'annexe à l'OIC (cf. Contrôle fédéral des finances, Medizinische Massnahmen des Invalidenversicherung – Teilbericht Fallstudien, novembre 2012, chiffre 8, p.33). Le but de l'introduction du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC n'était pas d'étendre la prise en charge à des cas qui ne remplissaient pas encore clairement les critères contenus au chiffre 390 de l'annexe à l'OIC, mais plutôt de décharger l'assurance-invalidité, en évitant la poursuite de l'octroi de mesures médicales après l'âge de deux ans dans l'hypothèse où le léger trouble moteur cérébral n'aurait pas évolué dans le sens d'une paralysie cérébrale visée par le chiffre 390 de l'annexe à OIC.

Le Tribunal cantonal vaudois a également souligné que le recours à l'étiologie pour délimiter le champ d'application du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC s'avérait problématique, puisque selon la jurisprudence, l'annexe à l'OIC se fondait sur un critère fonctionnel et devait permettre de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie (cf. également sur cet aspect : arrêt du Tribunal fédéral 9C_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5.a).

Enfin, les juges cantonaux ont relevé que selon la jurisprudence fédérale, le caractère transitoire de l'infirmité congénitale visée par le chiffre 395 de l'annexe à l'OIC tenait plutôt au fait que les symptômes liés à un léger trouble moteur cérébral étaient ordinairement résorbés dans le délai de deux ans après la naissance, s'ils ne pouvaient être rattachés dans cet intervalle à une autre infirmité

congénitale telle que la « paralysie cérébrale » prévue au chiffre 390 de l'annexe à l'OIC (ATF 129 V 207 consid. 3.3).

9.4 Selon la CMRM, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022, les infirmités congénitales au sens de l'AI sont des infirmités qui existent à la naissance accomplie de l'enfant. La condition est également considérée comme remplie si l'infirmité congénitale n'est pas encore reconnaissable comme telle à ce moment-là, mais que, plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments nécessaires à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (ATF 122 V 113 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_639/2013 du 21 mars 2014 consid. 1.1 ; ch. 4 CMRM).

Si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur l'authenticité d'une infirmité congénitale dans la situation examinée, l'avis dûment motivé d'un médecin spécialisé, qui tient celle-ci pour hautement probable en se fondant sur l'enseignement médical actuel, est alors déterminant. S'il n'y a pas d'indications suffisantes à ce sujet dans le rapport médical, il faut examiner, en se basant sur l'anamnèse, sur l'état de l'assuré et sur d'éventuelles instructions complémentaires, s'il s'agit bien de la forme congénitale de la maladie (ch. 7-8 CMRM). En cas d'infirmités dues à plusieurs causes dont certaines existaient déjà à la naissance accomplie et dont les autres ne sont apparues que plus tard, l'AI prend en charge le traitement pour autant que les causes existant à la naissance l'emportent sur les influences externes ultérieures (ch. 9 CMRM).

S'agissant du ch. 386 de l'annexe à l'OIC (hydrocéphalie congénitale et hydrocéphalie post-hémorragique après saignement périnatal ou accident vasculaire cérébral périnatal), la CMRM précise que le terme « périnatal » se réfère à la période débutant après 22 semaines d'aménorrhée (154 jours) et s'achevant sept jours révolus après la naissance.

Toujours au sujet du ch. 386 de l'annexe à l'OIC, la CMRM indique qu'outre l'hydrocéphalie congénitale, l'hydrocéphalie post-hémorragique est aussi considérée comme une infirmité congénitale au sens de l'AI, dès lors qu'il a été démontré qu'une hémorragie cérébrale ou un accident vasculaire cérébral périnatal (donc, selon l'OMS, jusqu'au septième jour de vie ; naissance = premier jour de vie) en est la cause (ch. 386.1 et 386.2 CMRM).

En ce qui concerne le ch. 395 de l'annexe à l'OIC, la CMRM expose que les mesures médicales peuvent, dans ce cadre, être prises en charge au maximum jusqu'à l'âge de 2 ans révolus. L'hypotonie musculaire apparaissant avant l'âge de deux ans peut constituer un symptôme précoce d'un trouble moteur infantile et doit en conséquence être classée sous le ch. 395 OIC, pour autant qu'elle n'ait pas d'autre étiologie plus vraisemblable, comme un trouble du métabolisme ou une anomalie chromosomique.

En relation toujours avec le ch. 395 de l'annexe à l'OIC, la CMRM précise que le retard de développement (en particulier purement moteur) n'est pas reconnu comme une infirmité congénitale au sens de l'AI. Une physiothérapie visant à encourager le développement ou à traiter le retard de développement ne peut donc pas être prise en charge par l'AI.

9.5 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 (voir entre autres Tribunal fédéral, arrêt 9C_818/2009 du 20 novembre 2009 consid. 3.2.2, et les références citées).

10.

10.1 Sous l'angle de l'art. 13 LAI, les médecins spécialistes des HUG assumant le suivi régulier de l'assuré ont évoqué l'applicabilité des chiffres 386 et 395 de l'annexe à l'OIC, ce que l'intimé a réfuté en se fondant sur les avis du SMR. À cet égard, les différents médecins appelés à se prononcer dans cette cause ont donné, entre autres, les renseignements suivants.

10.2 La Dresse D_____, de l'unité de neurologie pédiatrique des HUG, a signalé dans un « questionnaire en cas d'OIC 395 », qu'elle a rempli le 22 octobre 2020, la présence de réflexes anormaux, sous la forme « […] d'une hyperréflexie aux 4 membres, avec augmentation de la zone réflexogène et […] [d'un] réflexe cutané plantaire en extension des deux côtés ». Elle a par ailleurs répondu par l'affirmative aux questions de savoir s'il existait une hypotonie musculaire axiale ainsi qu'une hypertonie des membres inférieurs.

Ensuite, dans son courrier du 28 octobre 2020, qui faisait suite à une demande de renseignement de l'OAI (lequel l'avait invitée à préciser, notamment, si l'atteinte à la santé de l'enfant assuré était en relation avec une infirmité congénitale), la Dresse D_____ a confirmé que les HUG souhaitaient annoncer l'enfant assuré pour les codes OIC 386 et 396. Elle a tout d'abord rappelé que l'enfant avait développé, secondairement à une hémorragie tétra-ventriculaire, des lésions cérébrales diffuses, une hydrocéphalie (ayant nécessité la pose d'un drain) et un schéma moteur pathologique. Elle a, en outre, relevé que l'examen neurologique avait clairement mis en évidence des troubles du tonus et des signes pyramidaux,

sous forme d'hyperréflexies aux quatre membres, avec augmentation de la zone réflexogène et polyciténisme. Les réflexes cutanés plantaires étaient en extension des deux côtés, et le tonus distal des membres inférieurs était légèrement augmenté.

10.3 Dans son courriel du 27 mai 2021, répondant à une demande de renseignement de l'intimé (portant notamment sur le point de savoir si l'étiologie de l'hémorragie cérébrale avait pu être identifiée et si une malformation vasculaire était exclue), le Dr H_____ du service de pédiatrie des HUG, a répondu que l'hémorragie cérébrale était liée à un défaut de coagulation impliquant le métabolisme de la vitamine K, sans que le défaut exact ait pu être identifié. S'agissant des premiers examens de la crase, ils ne s'étaient pas révélés complètement normaux, puisqu'ils avaient montré un « Quick abaissé, avec déficit en FII et FVII, évoquant un déficit en vitamine K […] ». Lors de l'arrêt de la substitution en vitamine K, la crase était à nouveau perturbée. On constatait donc que l'enfant avait besoin d'apports importants en vitamine K pour maintenir une crase normale, mais que les analyses des gènes impliqués dans le métabolisme de la vitamine K n'avaient pas permis de trouver d'anomalie et que les gastro-entérologues n'avaient pas d'argument pour une malabsorption.

Dans un courrier adressé à l'OAI le 15 septembre 2021, le Dr H_____ a exposé qu'un arrêt de la substitution en vitamine K était prévu. Si malgré l'arrêt de celle-ci, l'enfant restait dépendant d'une substitution importante, il faudrait retenir un trouble du métabolisme de la vitamine K, c'est-à-dire une affection congénitale. Il paraissait logique que l'OAI attende cet élément avant de statuer.

Invité par l'OAI à transmettre les documents relatifs aux derniers bilans effectués, le Dr H_____, par courrier du 9 février 2022, a répondu que dans la mesure où les apports alimentaires en vitamine K étaient suffisants, le traitement de Konakion avait été stoppé à la mi-novembre 2021 et la crase était restée normale depuis, y compris les facteurs dépendants de la vitamine K. Cette évolution orientait plutôt vers une mauvaise absorption des doses de vitamine K reçues à la naissance et à 4 jours de vie, défaut d'absorption qui n'était actuellement plus présent.

10.4 De son côté, la Dresse G_____, a estimé que les conditions relatives au ch. 386 de l'annexe à l'OIC n'étaient pas remplies, essentiellement pour le motif que l'hydrocéphalie ayant nécessité une dérivation (le 3 avril 2020), telle qu'évoquée dans le rapport des HUG du 4 juin 2020, n'était pas primaire (mais secondaire), puisqu'elle avait été provoquée par une hémorragie intracrânienne à 26 jours de vie « sur déficit en vitamine K d'origine acquise ». Quant à l'épilepsie survenue au décours de l'hémorragie, elle ne répondait pas aux critères du ch. 387 OIC, car elle était secondaire à l'hémorragie (cf. avis médical du 12 juillet 2021).

S'agissant du ch. 395 de l'annexe à l'OIC, la Dresse G_____ a relevé en substance que dans la mesure où l'on était en présence de troubles neurologiques

acquis dans le cadre du déficit en vitamine K dès le 26ème jour de vie, soit hors de la période périnatale de 7 jours, les mesures médicales ne pouvaient être accordées au titre des ch. 395 ou 390 OIC (cf. avis médical du 12 juillet 2021). Dans un avis médical antérieur, la Dresse G_____ avait relevé qu'une physiothérapie était nécessaire sur la durée, pour un enfant qui évoluait vers une infirmité congénitale (sic), mais qu'elle ne pouvait être prise en charge sous le ch. 395 OIC, car elle n'était pas en lien avec un trouble transitoire du développement moteur, mais avec des séquelles neurodéveloppementales d'un diagnostic lésionnel, lié à l'hémorragie tétraventriculaire cérébrale, dont l'étiologie était inconnue à ce stade (cf. avis médical du 10 mars 2021).

Enfin, la Dresse G_____, se référant au courrier du Dr H_____ du 9 février 2022, a considéré qu'un trouble congénital de la crase, au sens du ch. 324 de l'annexe à l'OIC, ne pouvait pas être retenu non plus, étant donné qu'une mauvaise absorption transitoire de la vitamine K à la naissance ne constituait pas, en soi, une maladie congénitale (cf. avis médical du 14 février 2022).

11.

11.1 En l'espèce, il est établi que l'assuré a présenté, dès la naissance, un défaut d'absorption de la vitamine K, lequel n'entre pas en tant que tel dans la liste des infirmités congénitales figurant dans l'annexe à l'OIC et dont l'étiologie exacte n'a pas pu être identifiée (une origine génétique étant suspectée par les HUG, mais sans qu'un gène causal ait pu être identifié à ce jour). Il est également constant que ce défaut d'absorption a engendré, selon les médecins des HUG (cf. courriel du Dr H_____ du 27 mai 2021), une hémorragie cérébrale au 26ème jour de vie et qui s'est traduite chez l'assuré par de (très) nombreux troubles et symptômes aux niveaux cérébral et moteur (notamment des lésions cérébrales diffuses, une hydrocéphalie ayant nécessité la pose d'un drain et un schéma moteur pathologique (cf. courrier de la Dresse D_____ du 28 octobre 2020).

Cela étant, il convient d'examiner si les troubles qui ont été provoqués par le défaut d'absorption de la vitamine K présent dès la naissance peuvent s'inscrire dans l'une ou l'autre des infirmitées congénitales énumérées dans la liste annexée à l'OIC, singulièrement celles visées par ses ch. 386 et 395 (les spécialistes des HUG ayant précisé qu'ils souhaitaient annoncer l'enfant pour les ch. 386 et 395 de l'annexe à l'OIC).

11.2 En ce qui concerne tout d'abord le ch. 386 de l'annexe à l'OIC, il vise, comme exposé plus haut, les cas « [d'] hydrocéphalie congénitale », ainsi que « [d'] hydrocéphalie post-hémorragique après saignement périnatal ou accident vasculaire cérébral périnatal ».

En l'espèce, au regard des rapports versés au dossier, la chambre de céans retient que l'hydrocéphalie n'existait pas à la naissance de l'assuré, mais qu'elle est survenue à la suite d'une hémorragie intracrânienne, laquelle s'est déclarée à 26 jours de vie. Par conséquent, seule la seconde hypothèse visée par le ch. 386 de

l'annexe à l'OIC peut a priori être envisagée, soit celle d'une « hydrocéphalie post-hémorragique après saignement périnatal […] ». Toutefois, comme le relève à juste titre la Dresse G_____ – sans être contredite par les recourants sur ce point – il ressort de la CMRM que le terme « périnatal » se réfère à la période débutant après 22 semaines d'aménorrhée (154 jours) et s'achevant sept jours révolus après la naissance.

Dans la mesure où en l'occurrence, l'hémorragie intracrânienne est intervenue 26 jours après la naissance, soit en-dehors du laps de temps dans lequel l'annexe à l'OIC et de la directive administrative topique assimilent l'hydrocéphalie post-hémorragique à une infirmité congénitale, la chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter du point de vue de la Dresse G_____, dans la mesure où cette dernière considère que l'hydrocéphalie n'entre, dans le cas particulier, pas dans le champ d'application du ch. 386 de l'annexe à l'OIC.

11.3 S'agissant ensuite du ch. 395 de l'annexe à l'OIC, il ressort des avis successifs du SMR que la Dresse G_____ ne conteste pas l'existence de troubles neurologiques, tels que relevés notamment par la Dresse D_____ (schéma moteur pathologique ; troubles du tonus ; hyperréflexies aux quatres membres, avec augmentation de la zone réflexogène, polyciténisme ; hypotonie musculaire axiale et hypertonie des membres inférieurs). La Dresse G_____ reconnaît par ailleurs la nécessité des traitements préconisés par la Dresse D_____, notamment la physiothérapie et l'ergothérapie. Cependant, elle nie l'existence d'une infirmité congénitale au sens du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC, pour le motif que les troubles neurologiques auraient été « acquis » dans le cadre d'un déficit en vitamine K qui s'est manifesté dès le 26ème jour de vie, soit en-dehors de la période périnatale de 7 jours.

La chambre de céans observe que, par ce raisonnement, la Dresse G_____ (à l'avis de laquelle l'office intimé s'est rallié) n'a pas examiné si, considérés isolément, les troubles neurologiques mis en évidence par la Dresse D_____, éventuellement associés à d'autres troubles neurologiques ressortant des rapports médicaux versés au dossier, correspondaient aux caractéristiques de « symptômes neuromoteurs au sens de schémas clairement pathologiques » ou d' « autres symptômes documentés progressifs au cours de la maladie », respectivement d'« anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale », au sens du ch. 395 de l'annexe à l'OIC et de la directive administrative y relative. En particulier, la Dresse G_____ n'a procédé à aucune constatation de fait relative aux éléments énumérés au chiffre 395 de l'annexe à l'OIC, dont elle a apparemment considéré d'emblée qu'ils étaient dénués de pertinence, parce que la symptomatologie neurologique était apparue consécutivement à un déficit en vitamine K, qui s'était manifesté dès le 26ème jour de vie (en engendrant une hémorragie cérébrale).

C'est le lieu de rappeler que si sont réputées infirmités congénitales, au sens de l'art. 13 LAI, les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant, le

moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1 OIC). La condition de la présence de l'infirmité à la naissance est également considérée comme remplie, selon la jurisprudence, si l'infirmité congénitale n'est pas encore reconnaissable comme telle à ce moment-là, mais que, plus tard, apparaissent des symptômes nécessitant un traitement, symptômes dont la présence permet de conclure qu'une infirmité congénitale ou que les éléments nécessaires à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (cf. consid. 9.1 supra et les références).

En l'occurrence, il est vrai que les troubles neurologiques affectant l'enfant assuré – et annoncés par les médecins des HUG au titre du ch. 395 de l'annexe à l'OIC – n'étaient pas déjà présents au moment de sa naissance, puisqu'ils sont apparus consécutivement à un déficit en vitamine K, lui-même à l'origine (selon les termes employés par la Dresse G_____) d'une forme « tardive » d'hémorragie cérébrale, survenue à 26 jours de vie. Cela étant, conformément à la jurisprudence, la reconnaissance comme infirmité congénitale desdits troubles neurologiques ne saurait être d'emblée exclue, si les éléments nécessaires à leur émergence existaient déjà au moment de la naissance. Or, avec les recourants, on relèvera qu'il ressort aussi bien des indications fournies par le Dr H_____ (cf. courrier du 9 février 2022) que de l'appréciation de la Dresse G_____ (cf. avis médical du 14 février 2022), que le défaut d'absorption de la vitamine K était déjà présent à la naissance. Ainsi, contrairement à ce que laisse entendre la Dresse G_____, une infirmité congénitale au sens du ch. 395 de l'annexe à l'OIC ne saurait être écartée d'emblée, pour le motif qu'elle serait liée à un déficit de vitamine K ayant provoqué une forme tardive d'hémorragie cérébrale. Il apparaît bien plutôt décisif que le défaut d'absorption de la vitamine K – en tant qu'« élément nécessaire à l'émergence » de troubles neurologiques potentiellement susceptibles d'être pris en charge au titre du ch. 395 de l'annexe à l'OIC – était déjà présent à la naissance, de sorte que la qualification desdits troubles comme infirmité congénitale n'est a priori pas exclue. Dans ce contexte, on rappellera encore que, selon la jurisprudence et la doctrine, c'est la symptomatologie et non la pathogenèse de l'affection qui est déterminante pour déterminer s'il y a infirmité congénitale (ATF 97 V 54 consid. 1 ; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 6 ad art. 13 LAI).

À cela s'ajoute que, d'un point de vue littéral, la référence faite par la Dresse G_____ à la période « périnatale » (en tant que laps de temps dans lequel les symptômes devraient être apparus pour être qualifiés d'infirmité congénitale) paraît dénuée de pertinence, dans le contexte du ch. 395 de l'annexe à l'OIC, puisque cette dernière disposition – à l'inverse du ch. 386 de l'annexe à l'OIC en relation – n'exige précisément pas que les symptômes soient survenus durant la période « périnatale » (c'est-à-dire jusqu'à sept jours révolus après la naissance, cf. consid. 9.4 et 11.2 supra).

Des considérations qui précèdent, il résulte que les appréciations successives de la Dresse G_____ ne revêtent pas une valeur probante suffisante en tant qu'elles écartent d'emblée toute infirmité congénitale au sens du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC, sans examiner précisément si les (nombreux) symptômes et troubles mis en évidence par les médecins des HUG pourraient correspondre aux caractéristiques des symptômes neurologiques visés par le ch. 395 de l'annexe à l'OIC.

11.4 Eu égard au caractère lacunaire de l'appréciation du médecin du SMR en ce qui concerne le ch. 395 de l'annexe à l'OIC, la chambre de céans n'est pas en mesure de confirmer ou de nier l'existence d'une infirmité congénitale au sens de ce chiffre. En l'absence d'un avis médical suffisamment étayé sur ce point, il n'est en effet pas possible de se prononcer sur la réunion de l'un ou l'autre des éléments caractérisant les troubles neurologiques décrits au ch. 395 de l'annexe à l'OIC. Par ailleurs, on relèvera que l'appréciation de la Dresse G_____ ne repose pas sur un examen personnel de l'assurée, ce qui paraîtrait toutefois souhaitable, au vu des présentes circonstances et de l'appréciation médicale délicate, respectivement difficile d'une atteinte prévue au ch. 395 de l'annexe à l'OIC (cf. par analogie l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 210/03 consid. 3.2 en ce qui concerne le ch. 390 de l'annexe à l'OIC). Au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément à l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; ATF 139 V 99 consid. 1.1).

11.5 En conclusion, le recours sera partiellement admis et la décision du 16 février 2022, annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de compléter l'instruction sur la présence des éléments caractérisant les troubles neurologiques visés par le ch. 395 de l'annexe à l'OIC, si besoin au moyen d'une expertise, puis de rendre une nouvelle décision portant sur le droit aux mesures médicales sous l'angle de l'art. 13 LAI. En cas de négation du droit aux mesures médicales au titre de l'art. 13 LAI, il lui incombera également de compléter l'instruction, puis de statuer sur le droit aux mesures médicales sous l'angle de l'art. 12 LAI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 309/05 du 1er décembre 2005 consid. 2.3.1).

12. Les recourants obtenant partiellement gain de cause et étant représentés, une indemnité de CHF 2'500.- leur sera accordée à titre de participation à leurs frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

13. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 16 février 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser aux recourants une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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