

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2015

Présidence de M. MERZ

Juges : Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.S._____, à [...], recourant, représenté par son père, **B.S.**_____, et celui-ci par INTEGRATION HANDICAP, Me Florence Bourqui, à Lausanne

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé

et

I._____**SA**, appelée en cause, à [...].

Art. 3 al. 2 LPGA ; art. 13 et 14 LAI ; OIC.

E n f a i t :

A. A.S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse, est né le [...] 2009 au sein de l'Hôpital A._____ au terme d'une grossesse sans particularités.

Il a d'emblée présenté un « syndrome de détresse respiratoire (SDR) » et a séjourné jusqu'au 30 septembre 2009 dans le Service de pédiatrie de l'hôpital précité, qui a retenu comme diagnostic principal des « troubles de la ventilation d'origine mécanique » (cf. rapport des Drs E._____, O._____ et G._____ du 1^{er} octobre 2009). L'assuré a ensuite été transféré auprès de la Division de néonatalogie de l'Hôpital X._____ du Centre hospitalier N._____ jusqu'au 23 décembre 2009, puis pris en charge au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie de ce même hôpital jusqu'au 1^{er} juillet 2010.

B. L'assuré, représenté par sa mère, C.S._____, a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), soit de mesures médicales, par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI-VD ou l'intimé) en date du 13 octobre 2009. Etait indiquée au titre d'atteinte à la santé « une affection néonatale ».

Le 4 janvier 2010, le Centre hospitalier N._____ a entrepris une gastrostomie de Stamm auprès de l'assuré en raison d'un « syndrome polymalformatif congénital avec trouble de la déglutition » (cf. courrier du 21 janvier 2010 du Prof. A.P._____ et des Drs BB._____ et CC._____).

En date du 27 janvier 2010, la Dresse F._____, spécialiste en pédiatrie et néonatalogie, médecin associée au sein de la Division de Néonatalogie du Centre hospitalier N._____, et les Drs R._____ et T._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, ont

rédigé un rapport à l'occasion du transfert de l'assuré à l'Unité de Soins Continus de Pédiatrie. On en extrait ce qui suit :

« [...] **Evolution** : [L'assuré] présente un SDR à la naissance avec gémissement, BAN [réd. : battement des ailes du nez] et tirage pendant 1h, puis tachypnée à 80/min à 1h de vie avec trémulations. Un HGT [réd. : hémogluco-test] est à ce moment à 2,1 mmol/l. L'enfant est hospitalisé en pédiatrie à [...] pour perfusion et surveillance. Il présente alors plusieurs épisodes de désaturations (minimum 70%), sans apnée ni bradycardie, mises sur le compte d'un micro-rétrognathisme ; il reçoit alors de l'O₂ à la volée et est ventilé à 1 reprise avec une canule de Guedel pendant plusieurs minutes, ce que motive la demande de transfert au Centre hospitalier N._____.

Amélioration des symptômes respiratoires après positionnement en décubitus ventral. La gazométrie montre une rétention de CO₂ à 65,8 mmHg, avec pH 7,22, BE-1, lactates, 3,8 mmol/l. Présence d'une scissure marquée sur la radiographie du thorax, sans autres anomalies. Un premier bilan infectieux est dans la norme. [...]

Au moment du transfert à H4, on note un enfant eupnéique en position ventrale mais avec désaturations à 85% et tirage en décubitus dorsal. On peut arrêter l'O₂ pour le transfert qui se fait en conditions stables. [...]

Malformation congénitale de la face et du cou : [L'assuré] présente plusieurs signes dysmorphiques (micro-rétrognathisme associé à une lèvre bifide, oreilles larges) et des troubles neurologiques. L'anamnèse familiale est négative. La Dresse Q._____, de la chirurgie pédiatrique, constate une probable petite fente muqueuse qui ne nécessite pas de traitement, l'ensemble des signes ne remplissant pas les critères pour une séquence de Pierre-Robin. Un suivi annuel est à prévoir à sa consultation.

Dans ce contexte, il bénéficie d'un bilan malformatif. Les US [réd. : ultrasons] cardiaques montrent un anévrysme de la fosse ovale en nette régression lors du contrôle à 2,5 mois. L'US abdominal est dans la norme.

Reflux gastro-œsophagien : Dès J4, [réd. : le quatrième jour], [l'assuré] présente des symptômes de reflux gastro-œsophagien ainsi que des désaturations fréquentes durant le gavage, qui motivent l'introduction d'un traitement de Motilium et d'un épaississement de son lait avec du Gumilk. En l'absence d'amélioration, le traitement de Gumilk est stoppé à J16 [réd. : le seizième jour] et dès J19 [réd. : le dix-neuvième jour], on préfère un traitement de Primperan au Motilium.

En raison de l'impossibilité d'alimentation per os, vu l'absence d'une succion - déglutition efficaces, [l'assuré] a toujours été alimenté par sonde naso ou oro-gastrique. Une alimentation en AEDC [réd. : alimentation entérale à débit continu] est introduite à partir du 02.11.09, en gastrique puis en duodénal du 06 au 14.12.09 pour péjoration de son état respiratoire. Un TOGD [réd. : transit œso-gastro-duodénal] et une pH-métrie se sont avérés normaux pour un reflux gastro-œsophagien. On arrête tout traitement médicamenteux fin novembre avec une bonne tolérance.

Au vu des difficultés alimentaires persistantes, et après discussion avec le Pr. AA. _____ de la chirurgie pédiatrique, la réalisation d'une gastrostomie par laparotomie (au vu de la persistance d'un anévrysme de la fosse ovale avec FOP [réf. : foramen ovale perméable] perméable) est prévue pour le 04.01.10. En l'absence de RGO [réf. : reflux gastro-œsophagien], il n'y aura pas de montage anti-reflux concomittant mais les parents ont été informés que la gastrostomie pouvait favoriser l'apparition d'un RGO secondaire. Pendant tout son séjour nous avons continué la stimulation orale sans franche amélioration de la déglutition : [l'assuré] prend au maximum 1 à 2 ml per os.

SDR obstructif : [L'assuré] est transféré avec des signes de SDR, améliorés les premiers jours d'hospitalisation et mis sur le compte de son micro-rétrognathisme. Il reste sous air ambiant, avec des saturations correctes malgré un encombrement important avec besoin d'être aspiré fréquemment ou la présence intermittente d'un tirage. A J49 [réf. : le quarante-neuvième jour] (17.11), on observe une péjoration de son état respiratoire avec des besoins en oxygène qui fluctuent de 21 à 35%, administrés aux lunettes. Au vu de l'aspect laiteux des sécrétions oro-pharyngées, nous avons évoqué un diagnostic différentiel de broncho-aspiration pour expliquer sa pathologie respiratoire et il est alimenté par sonde naso-duodénale dès J50 [réf. : le cinquantième jour] (le 18.11), ayant observé une diminution des besoins en O2 mais sans avoir pu sevrer complètement les lunettes par la suite.

Mi-décembre, suite à une infection virale, [l'assuré] présente de nouveau une péjoration de son état respiratoire avec des besoins d'O2 en lunettes jusqu'à 30% et avec amélioration progressive par la suite. Au moment de son transfert, il présente toujours des sécrétions claires abondantes avec des besoins d'O2 fluctuant entre 23 et 26%. [...] »

La Dresse F. _____ a complété un rapport médical initial à l'attention de l'OAI-VD le 1^{er} février 2010, où elle a évoqué les diagnostics suivants :

- **Encéphalopathie d'origine X avec :**
 - Troubles de la déglutition et succion faible ;
 - Hypotonie axiale et retard du développement ;
 - Encombrement respiratoire ;
 - Hypoacousie bilatérale.
- Reflux gastro-œsophagien (gastrostomie).
- SDR obstructif du nouveau-né sur micro-rétrognathisme.
- Fente palatine sous-muqueuse et luvette bifide.
- Anévrysme de la fosse ovale avec FOP [réf. : foramen ovale perméable].
- Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative).
- Infection virale à picornavirus.
- Hémorragie rétinienne de l'œil droit.
- Hypoglycémie néonatale.
- Thrombopénie néonatale transitoire.
- Situation psycho-sociale difficile.

- Nouveau-né à terme de 37 à 42 SG [réd : semaines de gestation].

Elle a mentionné les chiffres 495, 497, 498, 201, 208 et 280 OIC (réd. : chiffres de la liste des infirmités congénitales selon l'annexe à l'ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales [OIC ; RS 831.232.21]) à titre principal et 313 OIC à titre complémentaire, précisant notamment ce qui suit :

« [...] **Déficit de l'audition, Encéphalopathie, d'origine X** : Son status neurologique est pathologique dès la naissance avec une hyper-réflexie, des trémulations très fréquentes, une hypotonie axiale, une légère hypertonie du MSG [réd. : membre supérieur gauche], mauvaise poursuite visuelle et une absence de déglutition rendant l'alimentation par voie orale impossible. L'US [réd. : ultrason] cérébral à J2 [réd. : le deuxième jour] montre une suspicion d'agénésie partielle du corps calleux, ultérieurement exclue par IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique], qui montre une atteinte diffuse de la substance blanche (hypersignal) et du cortex (« flou »). La spectrométrie est modérément anormale et difficilement interprétable mais sans pic de lactate. Les diagnostics différentiels évoqués pour les lésions cérébrales sont un problème post-anoxie versus une maladie métabolique ou génétique, avec la présence de certains signes dysmorphiques.

[...] La répétition d'une IRM cérébrale à 1 mois de vie montre une substance blanche hétérogène et un corps calleux aminci avec une spectrométrie pathologique (diminution de la choline et une série de plusieurs pics non expliqués).

[...] Après tout le bilan effectué chez [l'assuré], nous n'avons pas de diagnostic précis expliquant l'ensemble des signes qu'il présente.

Un EEC [réd. : électro-encéphalogramme] fait à J14 [réd. : le quatorzième jour] est normal. Par contre, un FO [réd. : examen du fond d'œil] fait à J13 [réd. : le treizième jour] met en évidence une hémorragie rétinienne à droite, compatible avec un accouchement par voie basse, qui a disparu lors du contrôle à 2,5 mois de vie, sans besoin de suivi. Par contre, nous avons constaté un contact visuel rarement établi, chez un enfant réagissant surtout aux images très contrastées.

Le bilan neurologique est complété par des PEA [réd. : potentiels évoqués auditifs] en octobre 2009, qui résultent pathologiques ddc [réd. : des deux côtés] (absence de réponse complète à gauche et atteinte neurosensorielle à droite avec un seuil de 55 dB), à reconstrôler en janvier 2010.

L'évolution est partiellement favorable, avec un status légèrement amélioré au long de son séjour, mais restant toujours pathologique : motricité spontanée plus riche mais diminuée au niveau des membres inférieurs, poursuite oculaire déficiente, hypotonie axiale, absence de déglutition, etc. [...]

Malformation congénitale de la face et du cou : [L'assuré] présente plusieurs signes dysmorphiques (micro-rétrognathisme associé à une luvette bifide, oreilles larges) et des troubles neurologiques. L'anamnèse familiale est négative. La Dresse Q._____, de la chirurgie pédiatrique, constate une probable petite

fente muqueuse qui ne nécessite pas de traitement, l'ensemble des signes ne remplissant pas les critères pour une séquence de Pierre Robin. [...]

Reflux gastro-oesophagien : Dès J4 [réd. : le quatrième jour], [l'assuré] présente des symptômes de reflux gastro-oesophagien ainsi que des désaturations fréquentes durant le gavage, [...]. En raison de l'impossibilité d'alimentation per os, vu l'absence d'une succion - déglutition efficaces, [l'assuré] a toujours été alimenté par sonde naso ou oro-gastrique. [...]

SDR obstructif : [L'assuré] est transféré avec des signes de SDR, améliorés les premiers jours d'hospitalisation et mis sur le compte de son micro-rétrognathisme. Il reste sous air ambiant, avec des saturations correctes malgré un encombrement important avec besoin d'être aspiré fréquemment ou la présence intermittente d'un tirage. [...]

Au moment de son transfert, il présente toujours des sécrétions claires abondantes avec des besoins d'O₂ [réd : oxygène] fluctuant entre 23 et 26%.

Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative) : En raison de la persistance d'un SDR plusieurs heures après l'accouchement et au bilan infectieux, la présence d'une déviation gauche avec un CRP [réd. : protéine C réactive] à la hausse maximal à 44 mg/l, [l'assuré] est mis au bénéfice d'un traitement antibiotique par amoxicilline et gentamycine à doses non méningées débuté à J1 [réd. : le premier jour]. [...] L'antibiothérapie est arrêtée après respectivement 5 jours de gentamycine et 7 jours d'amoxicilline. Le diagnostic retenu est celui d'une suspicion d'infection néonatale sans origine claire.

À 2,5 mois de vie, [...] les examens de microbiologie mettent en évidence une infection respiratoire par Picornavirus. L'évolution étant favorable, le traitement par double antibiothérapie est arrêté après 5 jours. [...]

Hypoglycémie néonatale : [L'assuré] présente une première hypoglycémie à 1,6 mmol/l à 1 heure de vie qui persiste à 3 heures de vie malgré la mise en route d'une perfusion de glucose, raison pour laquelle il bénéficie d'un bolus de G10% et d'une perfusion de glucose 12.5%. Par la suite, pas de nouvel épisode d'hypoglycémie.

Thrombopénie néonatale transitoire : [L'assuré] présente une thrombopénie néonatale transitoire minimale à 82 G/l à J2 [réd. : le deuxième jour], qui se normalise spontanément à J5 [réd. : le cinquième jour], dont la cause reste indéterminée.

Hémorragie rétinienne : Au fond d'œil du 12.10 (J13 [réd. : le treizième jour]), on met en évidence une hémorragie rétinienne au niveau temporal de l'œil droit qu'il convient de surveiller lors d'un prochain examen prévu le 27.10. »

L'OAI-VD a sollicité le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) pour avis, lequel a été communiqué le 30 mars 2010 par le Dr W._____, spécialiste en néonatalogie et expert médical, en ces termes :

« [...] **Problèmes métaboliques (OIC 498)** : hypoglycémie 1.6 mmol/l avec besoin de glucose en perfusion.

Il est donc possible de prendre le séjour précité à l'Hôpital de [...] sous 13 LAI OIC 498. Par la suite, l'enfant est hospitalisé au Centre hospitalier N. _____ du 03.09.2009 au 23.12.2009.

Aspirateur : en rapport avec un problème de la mâchoire, trouble de la ventilation qui s'amende en décubitus ventral. Pas de soins particuliers autres que les aspirations en raison d'un encombrement nasal.

Les conditions du chiffre OIC 497 ne sont pas remplies.

Problèmes digestifs : [le] reflux gastro-œsophagien (RGO) semble décrit dès le J4 [réd. : le quatrième jour], en rapport avec des désaturations fréquentes de gavage. Il n'y a pas de vomissement. Par la suite, le RGO est infirmé. En effet, la pHmétrie et le transit œsogastrique n'ont pas mis en évidence de reflux gastro-œsophagien. Les problèmes digestifs sont liés à des troubles de la déglutition et de la succion qui ont nécessité une sonde gastrique. Une gastrostomie de Stamm a été mise en place.

Il n'est donc pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 280, car celui-ci n'a jamais été démontré.

Malformation de la face et du cou (OIC 201) : il existe une très discrète fente palatine sous-muqueuse, sans aucune incidence. Néanmoins, la présence de cet élément permet d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 201.

Problèmes neurologiques : il s'agit là du problème le plus important, qui a justifié l'hospitalisation de cet enfant. Malformation cérébrale probable en rapport avec une atteinte de la substance blanche. Il s'agit probablement d'une encéphalopathie d'origine X. Le bilan large est négatif. Après recherches, cette atteinte (encéphalopathie d'origine X) n'a pas d'origine.

L'hypoglycémie transitoire a nécessité une perfusion de glucose 10%, mais qui a pu être rapidement neutralisée.

Appréciation :

Il existe un droit sous 13 LAI OIC 498, qui couvre la prise en charge à [...].

Séjour au Centre hospitalier N. _____ du 30.09.2009 au 23.12.2009 : ce séjour est essentiellement motivé par une encéphalopathie (atteinte neurologique d'origine X), qui se traduira par des problèmes alimentaires sous forme de troubles de la déglutition et de faible succion. Cette problématique alimentaire est à l'origine de la durée de l'hospitalisation. Il s'agit d'une situation suffisamment grave pour qu'une mesure chirurgicale ait été prise (gastrostomie). Le reste n'a quasi aucune influence sur le séjour, en particulier l'hypoglycémie tout à fait transitoire.

En conséquence, il convient de refuser le séjour au Centre hospitalier N. _____ au motif que la raison principale est une affection non AI (encéphalopathie d'origine X) et qu'il incombe à la caisse-maladie de prendre en charge l'ensemble des problèmes marginaux éventuellement à charge AI. De facto, il s'agit d'imposer l'article 64 LPGA. »

Suivant l'avis du SMR cité ci-dessus, l'OAI-VD a pris en charge les coûts des mesures médicales dispensées au sein de l'Hôpital A. _____

à [...] du 29 au 30 septembre 2009 sous l'angle du chiffre 498 OIC, par communication du 7 mai 2010. Concernant l'hospitalisation au Centre hospitalier N._____, l'OAI-VD a indiqué que l'instruction se poursuivait et qu'elle ferait l'objet d'une communication ultérieure.

C. En date du 8 juillet 2010, la mère de l'assuré, C.S._____, a formulé pour le compte de ce dernier une demande d'allocation pour impotent, soulignant que son enfant avait besoin d'aide pour l'ensemble des actes ordinaires de la vie, d'une surveillance personnelle permanente et de soins particulièrement astreignants.

Un rapport médical a été produit par les Drs B._____ et V._____, respectivement médecin associé et médecin-assistant au sein du Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier N._____ en date du 11 août 2010. Ces spécialistes ont communiqué un bilan de la situation suite au séjour hospitalier de l'assuré du 3 décembre 2009 au 1^{er} juillet 2010, à savoir :

« [...] Sur le plan respiratoire, l'oxygène a pu être sevré en mars 2010, sans complication. Il n'a également plus eu besoin d'aspiration naso-buccale à partir de la mi-mai et ce jusqu'à son retour à domicile.

Sur le plan digestif, [l'assuré] a bénéficié d'une gastrostomie percutanée en début janvier en raison d'une déglutition très précaire empêchant une alimentation par la bouche. L'alimentation par la gastrostomie se déroule bien, tout au long de son séjour avec une bonne croissance staturo-pondérale. A sa sortie, il n'a toujours pas de déglutition permettant une alimentation per os.

Sur le plan neurologique, [l'assuré] garde un retard global du développement sévère, à prédominance motrice avec hypotonie importante. Il a bénéficié de physiothérapie, ergothérapie et logopédie pendant tout son séjour.

Sur le plan général, [l'assuré] n'a pas présenté de complications médicales particulières, mis à part des épisodes infectieux durant son séjour. Les essais de congé à domicile ont pu être débutés en mai 10. Comme ils se sont bien déroulés, le retour à domicile a pu être organisé.[...] »

Ils ont toutefois concédé ne pas avoir été en mesure de poser un diagnostic définitif, soulignant que « l'encéphalopathie, accompagnée de troubles de la déglutition et d'un retard global du développement sévère restaient d'origine indéterminée » et qu'un « diagnostic éventuel de paralysie cérébrale ne [pourrait] être posé qu'en fonction de l'évolution

des signes moteurs au cours des prochains mois », la situation semblant à leur avis correspondre « pour l'heure » au chiffre 395 OIC.

Le Prof. M._____, médecin cadre au sein de l'Unité de Soins Continus de Pédiatrie du Centre hospitalier N._____, et les Drs D._____ et V._____, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistant, ont établi _____ le 26 août 2010 un rapport concernant le séjour de l'assuré dans leur service du _____ du 23 décembre 2009 au 1^{er} juillet 2010. Ils ont notamment communiqué ce qui suit :

« Motif d'admission

Suite prise en charge de troubles alimentaires et respiratoires d'origine neurologique

Diagnostic principal

Encéphalopathie d'origine indéterminée

Diagnostic(s) secondaire(s)

Malformation congénitale de la face et du cou

Absence de réflexe de succion et trouble de la déglutition

Surdité partielle bilatérale mixte

Otite moyenne mucoïde chronique gauche

Pneumonie avec foyer rétrocardiaque

Kyste valléculaire gauche excisé

Micrognathie mandibulaire

Anévrisme de la fosse ovale

Retard du développement moteur

[...]

Résumé anamnestique

AA : [L'assuré] est transféré de la division de néonatalogie à l'âge de 3 mois pour la suite de la prise en charge d'une encéphalopathie d'origine indéterminée avec des troubles de la déglutition et un encombrement respiratoire.

[...]

L'évolution en néonatalogie a été la suivante :

Sur le plan respiratoire, il nécessite des aspirations nasobuccales fréquentes en raison d'une composante d'obstruction haute dans le contexte d'un micro-rétrognathisme avec des troubles de la déglutition. Au moment du transfert, ses besoins en oxygène fluctuent entre 23 et 26%.

Sur le plan neurologique, il présente un status pathologique dès la naissance avec hypotonie axiale, mauvaise poursuite visuelle et absence de déglutition. [...]

Sur le plan digestif, [l'assuré] présente un réflexe de succion faible et une déglutition inefficace rendant nécessaire une alimentation par sonde.

[...]

Résumé d'évolution

Sur le plan respiratoire, l'évolution est stable avec des besoins en oxygène aux lunettes en continu jusqu'au 10.02, puis de façon intermittente jusqu'au 18.03 où l'oxygène est sevré. Au cours de son séjour, il présente 2 épisodes de pneumonie bactérienne (19.01 et 11.03) évoluant favorablement sous amoxicilline.

Les aspirations nasobuccales sont effectuées jusqu'à mi-mai, puis leur arrêt se passe sans encombre.

Sur le plan cardiologique, il est resté stable pendant tout son séjour. Un anévrisme de la fosse ovale avec minime shunt G>D a été observé lors du premier examen le 30.09.09. Il bénéficiera d'un contrôle échocardiographique en décembre 2010, tout en sachant que cette anomalie n'a pas de répercussion hémodynamique et qu'elle n'occasionne que rarement des troubles du rythme chez les enfants plus âgés.

Sur le plan digestif, il présente une mauvaise succion et sa déglutition reste très précaire, empêchant toute prise alimentaire per os. Il bénéficie d'une gastrostomie le 04.01 par laparotomie, sans confection de montage anti-reflux (TOGD et pHmétrie normales), puis mise en place d'un bouton de Mickey le 09.03, changé le 28.06. Il a également pendant son séjour de la logopédie à visée oro-motrice permettant une légère amélioration avec un meilleur contrôle salivaire, La croissance staturopondérale reste satisfaisante avec une alimentation par Beba 2 14% (4x250 ml/j) et son transit est régulier. Ses apports tant caloriques que vitaminiques ont été évalués avec les diététiciens et un suivi diététique est prévu mensuellement avec Mme [...], diététicienne.

Sur le plan neurologique/neuroréhabilitation, [l'assuré] a évolué favorablement pendant son séjour, mais garde un retard global du développement, prédominant sur le plan moteur. Sur le plan verbal, il fait quelques sons, mais babille relativement peu, ne répète pas de syllabes.

[...]

Il n'y a toujours pas d'orientation diagnostique pour son encéphalopathie.

Il a eu pendant son séjour de la physiothérapie et l'ergothérapie, adaptées de manière importante à la fatigabilité importante de [l'assuré].

Il a bénéficié de logopédie hebdomadaire avec Mme [...], avec une stimulation extrabuccale appréciée, des exercices endobuccaux qui ont amené quelques mouvements de succion, mais pas de déglutition. Il parvient cependant à mieux gérer sa salive, permettant un arrêt des aspirations.

Sur le plan ORL/maxillofacial, l'endoscopie du 12.05 a mis en évidence un kyste valléculaire important, excisé au laser le 28.06 au vu du risque d'obstruction respiratoire en cas d'infection ; il ne contribue pas d'après les ORL aux troubles de la déglutition. L'évolution est sans particularité et ne nécessite pas de contrôle ultérieur.

[L'assuré] a également bénéficié le 12.05 d'une paracentèse bilatérale et d'un drain transtympanique à gauche pour une otite séro-muqueuse. Un contrôle de perméabilité en audiologie est prévu

en ambulatoire le 05.07 au Centre hospitalier N. _____ avec le Dr [...].
Le rétrognathisme est quant à lui peu symptomatique, et aucune mesure thérapeutique n'est envisagée. Il sera vu en contrôle chez la Dresse Q. _____ à 1 an d'âge. [...] »

Dans un courrier du 8 septembre 2010 à l'attention de l'OAI-VD, les Drs B. _____ et V. _____ ont exposé que l'assuré présentait, dans le cadre de son encéphalopathie, un retard global du développement prédominant sur le plan moteur (notamment port de tête, limitation de la motricité des membres supérieurs, hypotonie axiale). En l'état, il n'était toujours pas possible de poser un diagnostic précis expliquant le handicap.

Par avis du 30 septembre 2010, le Dr W. _____ du SMR a constaté que le diagnostic retenu consistait en une « encéphalopathie d'origine X », notant « des graves troubles de la déglutition et des problèmes respiratoires », soit un « syndrome extrêmement grave empêchant le retour de l'enfant à la maison ». Il a proposé le refus de prise en charge sous l'angle de l'art. 13 LAI, en l'absence d'élément permettant la reconnaissance des critères posés par les chiffres de l'OIC évoqués en l'occurrence.

La mère de l'assuré a informé l'OAI-VD du déménagement de sa famille à [...] dans le canton du Valais à compter du 22 décembre 2010, par courrier du 17 décembre 2010. L'OAI-VD a répondu qu'il restait compétent pour l'examen des mesures dont l'instruction était encore en cours.

En date du 23 décembre 2010, le Dr W. _____ du SMR a complété son appréciation comme suit :

« [...] Les troubles alimentaires sont dus, pour l'essentiel, à des troubles de la déglutition d'origine neurologique. Il s'agit d'une difficulté de coordination des mouvements. Le rôle de la micromandibulie est marginal. N'oublions pas que cet enfant présente une encéphalopathie, à savoir une maladie neurologique d'origine x. D'autre part, les problèmes respiratoires ont également une autre origine. [L'assuré] a présenté plusieurs pneumopathies infectieuses avec une augmentation des sécrétions. Dès lors, dans ce contexte, il est évident qu'il faut aspirer un peu plus souvent les voies aériennes supérieures de cet enfant.

Du point de vue du chiffre OIC 208, la micromandibulie ne joue qu'un rôle annexe et marginal dans la problématique alimentaire et respiratoire de cet enfant. L'hospitalisation en cours est liée à l'atteinte neurologique sous forme d'encéphalopathie, qui se traduit par l'absence de succion et une mauvaise coordination de la déglutition.

Chiffre OIC 395 : du point de vue neurologique, cet enfant présente pour l'essentiel une hypotonie isolée et un retard du développement psychomoteur. Ainsi les autres éléments constitutifs du chiffre OIC 395 exigés par la CMRM [réd. : Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI] 395 sont absents. A ce jour, il n'y a aucun élément qui permet d'affirmer l'existence d'une paralysie cérébrale.

Nous nous trouvons donc dans les conditions du CMRM 390.2 qui signale qu'une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du chiffre OIC 390.

D'autre part, l'étiologie vraisemblable de l'hypotonie est une encéphalopathie d'origine x. Dès lors, il ne s'agit pas, a priori, d'un trouble moteur cérébral au sens des chiffres 390.1.1 à 390.1.3.

En conclusion : l'ensemble de la situation fait référence à une encéphalopathie qui induit un problème neurologique diffus, avec des troubles de la déglutition et de la respiration qui ne font pas référence à des affections listées dans le 13 LAI.

Il n'est pas possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 390. D'autre part, la micromandibulie n'a pas nécessité de traitement particulier au motif des affections respiratoires ou alimentaires si bien que les conditions du chiffre OIC 208 ne s'appliquent pas. »

D. Fondé sur les conclusions du SMR, l'OAI-VD a émis un projet de décision le 12 janvier 2011, niant le droit de l'assuré à des mesures médicales, soit à la prise en charge des frais occasionnés par son hospitalisation au Centre hospitalier N. _____ du 30 septembre 2009 au 1^{er} juillet 2010, par la physiothérapie, l'ergothérapie et l'alimentation au moyen d'une pompe nutritionnelle. Il a retenu que les mesures en question avaient été motivées essentiellement par le traitement de l'encéphalopathie d'origine indéterminée, laquelle ne ressortait pas à la liste contenue à l'OIC, singulièrement au chiffre 395 OIC (légers troubles moteurs cérébraux), excluant toute prise en charge sous l'angle de l'art. 13 LAI. Il a au surplus expressément observé, sur le plan respiratoire, que le chiffre 497 OIC (sévères troubles respiratoires d'adaptation) n'était pas réalisé, faute de traitement intensif correspondant. Quant aux chiffres 495 (infections néonatales sévères) et 280 OIC (reflux gastro-œsophagien lorsqu'une opération est nécessaire), l'OAI-VD a considéré que ces affections s'étaient amendées, alternativement n'avaient pas été démontrées. S'agissant du chiffre 208 OIC (micromandibulie congénitale), il a remarqué que les troubles de la déglutition et de la respiration

n'étaient pas principalement liés à la micromandibulie, mais plutôt à une origine neurologique, respectivement à des pneumopathies infectieuses. Il a en revanche reconnu la réalisation des conditions posées aux chiffres 201 (fente palatine), 313 (malformation du cœur au vu du foramen ovale perméable) et 498 OIC (troubles métaboliques néonataux sévères en raison de l'hypoglycémie), remarquant toutefois que ces affections n'avaient pas directement dicté l'hospitalisation au Centre hospitalier N._____, puisqu'elles ne requéraient pas en elles-mêmes de traitement médical spécifique.

L'assuré, par l'intermédiaire de sa mère et de la Fondation Emera, a contesté ce projet de décision par écriture du 17 février 2011, complétée le 25 mars 2011, se prévalant d'un rapport subséquent de la Dresse F._____ du 11 mars 2011. Cette dernière s'est exprimée eu égard aux chiffres 208 et 497 OIC, ainsi que 498 OIC, notamment comme suit :

« [...] Il est vrai que l'atteinte neurologique joue certainement un rôle dans les troubles de déglutition présentés par [l'assuré], mais nous ne pouvons pas exclure médicalement que la micromandibulie marquée à la naissance ait joué un rôle important dans les premiers mois de vie. Vous mentionnez que les troubles respiratoires sont dus à une autre origine (pneumopathie infectieuse et sécrétions abondantes). Ceci est faux car les troubles respiratoires présentés directement à la naissance et qui ont motivé le transfert à 6 heures du matin avec hypercapnie [...], bradycardie, apnées et désaturations fréquentes sont typiques des enfants avec rétrognathisme et ou micromandibulie et une position en décubitus ventral avec avancement de la langue ont permis d'améliorer cette problématique. [...] Par la suite, [l'assuré] a présenté de multiples désaturations et bradycardies pendant son hospitalisation en Néonatalogie nécessitant des stimulations voire reprise au ballon et ceci bien avant le premier évènement infectieux (à 349). J'en ai personnellement compté plus de 150 (désaturations entre 70-83%, dont au moins une 15aine avec intervention et stimulation) avant la survenue de l'infection [...]. Même si « officiellement », il ne remplit pas les critères stricts de Pierre Robin, on peut parler d'une séquence de Pierre Robin fruste (luette bifide, micrognathisme, fente sous-muqueuse, communication personnelle du Dr Q._____) et de ce fait, une certaine contribution aux troubles de la respiration ne peuvent être exclus et son rôle même si peut-être secondaire est réel et difficilement évaluable. [...]

Projet de décision OIC 498 : votre SMR argumente que même si [l'assuré] a présenté des hypoglycémies nécessitant une perfusion de J1-J7 [réd. : du premier au septième jour], ceci n'a pas été la

raison du transfert. A noter que les hypoglycémies minimales étaient en dessous de 2 mmol/l. Même si la raison du transfert a été les désaturations profondes, je ne comprends pas pourquoi l'enfant remplissant les critères de OIC 498, il n'en aurait pas le droit (J1-J7 [réd : du premier au septième jour] sous perfusion intraveineuse, soins intensifs de néonatalogie). [...] »

Le 5 mai 2011, l'assuré a fait l'objet d'une IRM cérébrale au sein du Centre hospitalier N._____, dont les conclusions indiquent de « discrets hypersignaux T2 (réd. : séquence d'exploration cérébrale) ponto-bulbaires gauches non spécifiques pouvant entrer dans le cadre d'une maladie mitochondriale », une « hypoplasie du tronc cérébral », des « vermis et cervelet sp [réd. : sans particularités] » et un « retard de la myélinisation des lobes temporaux ».

Une enquête a été réalisée au domicile de l'assuré le 11 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais (ci-après : l'OAI-VS), des suites de la demande en vue d'une allocation pour impotent. Ont été retenus à l'issue du rapport corrélatif qu'il nécessitait un surcroît de soins et d'assistance à hauteur de 3 heures 50 pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie et 17 minutes pour les traitements, soit au total 4 heures 07 par semaine, en comparaison d'un autre enfant du même âge en bonne santé.

Par projet de décision du 30 mai 2011, l'OAI-VD a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent, considérant que le délai d'attente d'une année imposé pour le versement de cette prestation ne pouvait être atteint avant le mois de novembre 2011. Il a proposé aux parents de l'assuré de solliciter le réexamen des droits de leur fils à l'échéance de ce délai.

Le Dr W._____ du SMR a communiqué un nouvel avis médical _____ le 6 juin 2011, faisant suite aux observations de la Dresse F._____ du 11 mars 2011 et maintenant ses précédentes conclusions comme suit :

« [...] le facteur causal responsable de l'hospitalisation est bien une encéphalopathie d'origine X, qui n'ouvre pas de droit sous 13 LAI.

Dès lors, il convient d'appliquer l'article 64 LPGA et les éventuelles conséquences du chiffre OIC 208, qui devrait encore être démontré dans cette situation, sont à prendre en charge par la caisse-maladie au même titre que l'AI le fait dans d'autres situations.
[...] les hypoglycémies sont présentes qui justifient le chiffre OIC 498. A nouveau, il s'agit d'un élément marginal qui ne doit pas occulter le motif majeur de cette hospitalisation. »

L'OAI-VD a en conséquence confirmé les termes de son projet de décision du 12 janvier 2011 par décision du 21 juin 2011, maintenant son refus de mesures médicales, soit de la prise en charge des frais afférents à l'hospitalisation de l'assuré au Centre hospitalier N. _____ du 30 septembre 2009 au 1^{er} juillet 2010.

Le 11 juillet 2011, l'OAI-VD a par ailleurs émis une décision, identique au projet de décision du 30 mai 2011, s'agissant de l'allocation pour impotent.

Le dossier de l'assuré a été transféré à l'OAI-VS comme objet de sa compétence le 22 août 2011.

E. Par acte de recours daté du 22 août 2011, l'assuré, représenté par Intégration Handicap, a déféré la décision du 21 juin 2011 portant refus des mesures médicales dispensées lors de son séjour au Centre hospitalier N. _____, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à l'annulation de ladite décision et à la prise en charge des mesures médicales nécessaires au traitement de ses infirmités congénitales sous l'angle de l'art. 13 LAI, « dès que dites infirmités auront été intégrées à la liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC ». Il a au surplus sollicité la suspension de la procédure de recours jusqu'à réception de la détermination du Département fédéral de l'intérieur, dans le contexte d'une requête d'adaptation de la liste précitée, en cours de rédaction. Il s'est également réservé le droit d'appeler en cause son assureur-maladie, I. _____ SA.

En date du 12 septembre 2011, l'assuré a été examiné par le Dr H. _____, neuropédiatre au sein du Département médico-chirurgical

de pédiatrie du Centre hospitalier N._____. Le rapport corrélatif du 14 septembre 2011 relate les conclusions suivantes :

« [...] [L'assuré] garde un retard de développement global très important que l'on évalue aux alentours de 11-12 mois sur le plan moteur et 7 mois sur le plan de l'éveil. On est assez frappé ce jour par quelques traits de la lignée autistique, comme des stéréotypies et un contact très pauvre, cependant le tout s'intègre dans un retard de développement qui peut faire présager d'une atteinte cognitive future. La prise en charge me semble adaptée, nous avons bien insisté sur l'importance de la socialisation de cet enfant pour développer tous les aspects relationnels.

Nous avons bien reparlé de nos différentes conclusions à la mère qui commence à réaliser que le problème ne se situe pas uniquement au niveau alimentaire mais qu'il est beaucoup plus global et que [l'assuré] gardera très certainement une différence qui pourrait même amener un parcours « différent », notamment au niveau scolaire. Je rappelle de plus que des démarches ont été faites auprès de l'AI mais qui n'ont pas encore abouti car [l'assuré] ne rentre dans aucune cotation OIC. L'assurance maladie doit donc rentrer en matière pour cela. Enfin, sur le plan étiologique, nous n'avons pour l'instant pas plus d'étiologie, sachant que les différentes maladies graves et traitables ont été éliminées. [...] »

L'assuré a produit, dans un complément du 30 novembre 2011, un tirage de la détermination de son assureur-maladie, formulée le 29 novembre 2011 suite à son recours, lequel a estimé que les frais consécutifs à l'hospitalisation litigieuse relevaient de l'AI. Il a également présenté les rapports médicaux précités des 27 janvier 2010, 26 août 2010 et 11 mars 2011. I.____SA a par ailleurs communiqué l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr C.____, datée du 24 novembre 2011, qui a évoqué dans l'ordre suivant les chiffres 497, 381 ou 383, 445, 201, 208 et 313 OIC. Rappelant que l'assuré souffrait de « lésions cérébrales sans diagnostic précis », ce praticien a conclu à la présence d'une « infirmité congénitale malformative orpheline du cerveau », pour laquelle devaient être appliqués par analogie les chiffres 381 (malformation du système nerveux et de ses enveloppes) ou 383 (affections hérédo-dégénératives du système nerveux) OIC, dont la liste contenue à son annexe datait de décennies.

L'OAI-VD a proposé le rejet du recours, le 5 décembre 2011, dans l'intervalle précédant la prise de position du Département fédéral de

l'intérieur (ci-après : le DFI) quant à la suggestion d'adaptation de l'OIC déposée par le recourant.

F. Une nouvelle enquête en vue de déterminer l'impotence a été effectuée au domicile de l'assuré par l'OAI-VS le 6 février 2012. A l'issue du rapport correspondant, a été pris en compte un supplément de temps devant être consacré à l'assuré hebdomadairement, chiffré entre 3h51 et 5h26 pour les actes ordinaires de la vie et de 17 minutes pour les traitements.

Un rapport médical établi le 24 avril 2012 par le Dr H. _____ a été également versé au dossier. Ce document relate les constats et conclusions de ce spécialiste en ces termes :

« [...] L'examen neurologique met en évidence des réflexes vifs mais avec un réflexe cutané plantaire en flexion ddc, pas de spasticité, plutôt tendance à l'hypotonie ou l'hyperlaxité. A la marche, discret polygone de sustentation mais sans réelle ataxie, pas d'ataxie tronculaire. Oculomotricité normale. [...]

A l'âge de 31 mois, [l'assuré] présente donc un retard de développement global sévère mais aussi dissocié, avec des compétences motrices qui sont meilleures que les compétences cognitives et verbales. Sur le plan moteur, cet enfant pourrait se situer aux alentours de 12 mois, aux alentours de 6 mois pour les compétences d'éveil et de la cognition. On trouve toujours des traits autistiques sous la forme de stéréotypies, d'absence de communication verbale et non verbale (pas de pointage, pas d'attention conjointe). Cliniquement, il existe cette dysmorphie en rapport avec la rétrognathie responsable d'une incontinence salivaire majeure.

[...] Enfin, restait le problème asséculo-logique, [l'assuré] ne pouvant pas rentrer sous la cotation d'infirmité motrice cérébrale. Il est à noter, comme dit plus haut, que [l'assuré] a maintenant clairement un trouble envahissant du développement, des troubles de la communication avec troubles autistiques, ce qui devrait permettre de le faire entrer sous le chiffre OIC 404 [recte : OIC 405, troubles du spectre autistique]. [...] »

Le recourant a transmis le 18 mai 2012, à la requête du juge instructeur du 18 avril 2012, copie de sa correspondance du 8 mars 2012 au DFI, par laquelle il a sollicité l'adaptation du chiffre 381 ou 383 OIC en vue de l'adjonction du diagnostic d'« encéphalopathie d'origine X » ou l'insertion d'un nouveau chiffre ad hoc afin d'ouvrir le droit à des mesures médicales des suites d'une telle atteinte à la santé. Il a également annexé

la réponse de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) à cet égard, datée du 5 avril 2012, où cet office a refusé la modification de l'OIC, motif pris que l'encéphalopathie de cause inconnue ne connaissait pas de traitement en l'état des critères scientifiques reconnus.

Par projet de décision du 14 juin 2012, l'OAI-VS a envisagé l'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible dès le 1^{er} novembre 2011, majorée à un degré moyen dès le 1^{er} juin 2012, en faveur de l'assuré.

Le 18 juin 2012, l'intimé a persisté à conclure au rejet du recours, s'appuyant sur la position de l'OFAS du 5 avril 2012.

L'OAI-VS, par communication du 20 juin 2012, a accepté la prise en charge de mesures médicales, induites par l'infirmité congénitale contenue au chiffre 405 OIC (troubles du spectre autistique), pour la période du 24 avril 2012 au 30 avril 2015.

G. Par écriture du 9 août 2012, le recourant a formellement requis l'appel en cause de I. _____ SA, celle-ci se trouvant directement touchée par l'arrêt futur de la Cour de céans en vertu de l'art. 64 al. 2 let. c et d LPGA.

En date du 15 août 2012, le juge instructeur a appelé en cause I. _____ SA (ci-après également : l'appelée en cause), laquelle a fait part de sa détermination sur le recours par écriture du 20 septembre 2012. Elle a conclu à la prise en charge de l'hospitalisation au sein du Centre hospitalier N. _____ du 30 septembre 2009 au 1^{er} juillet 2010 par l'AI, se basant notamment sur les avis de son médecin-conseil communiqués les 24 novembre 2011 et 5 mars 2012. Elle a retenu que le recourant présentait les affections ressortant aux chiffres 404, 383, 497 et 208 OIC, concédant certes que le diagnostic d'« encéphalopathie d'origine X » ne répondait pas aux critères d'un chiffre spécifique de l'OIC, tandis que ses diverses manifestations

pathologiques relevaient à son sens de différentes affections contenues dans l'OIC, ce qui imposait la prise en charge des frais litigieux par l'AI.

Le 23 août 2012, l'OAI-VS a rendu une décision d'octroi d'allocation pour impotence, conforme à son projet du 12 juin 2012.

Par écriture du 30 novembre 2012, l'intimé a adressé à la Cour de céans un nouvel avis SMR, daté du 28 novembre 2012. Le Dr W._____ s'y est exprimé comme suit eu égard aux dernières pièces médicales versées au dossier :

« [...] **Du point de vue de l'AI :**

Le système des infirmités congénitales est basé sur la présence de symptômes ou d'éléments permettant de caractériser différentes affections colligées dans la liste de l'OIC prise en application de l'art. 13 LAI. Dans son document, le Dr C._____ passe en revue les chiffres OIC 381 et 383.

Le chiffre OIC 381 fait référence au groupe de malformations caractéristiques et bien définies, qui s'articulent autour de la spina bifida (mauvaise fermeture du système nerveux). Dans ce cas de figure, il faut impérativement qu'il existe une anomalie des enveloppes du système nerveux central, les méninges. Si les méninges ne sont pas affectées, il n'est alors pas possible d'ouvrir un droit sous ce chiffre.

L'IRM du 14.09.2012 [recte : 05.05.2011] ne décrit aucune atteinte des enveloppes, mais décrit des éléments de mauvais développement du tronc cérébral et un retard de myélinisation. A aucun moment, il n'y a de description d'une malformation des enveloppes (les méninges). Dès lors, le chiffre OIC 381 ne peut s'appliquer.

Le chiffre OIC 383 est également caractéristique et fait référence à des maladies hérédodégénératives du système nerveux. Cela signifie que les enfants vont perdre progressivement des capacités acquises antérieurement. C'est le cas pour la maladie de Friedreich et les leucodystrophies. Le tableau clinique de ces enfants se fait par une perte progressive d'un certain nombre de compétences motrices, cognitives, etc...

Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas de dégénérescence, il y a tout simplement un retard mental et d'acquisition extrêmement sévère. A aucun moment, il n'est fait référence à une perte d'un acquis, mais bien à la non acquisition de compétences.

En conclusion, sans aucune ambiguïté, les chiffres OIC 381 et 383 ne peuvent s'appliquer à la situation de [l'assuré].

Il est fait référence à l'obsolescence de la liste OIC.

Pour mémoire, il convient de rappeler que les sociétés de spécialistes peuvent faire des demandes de modification de la liste OIC à une commission ad hoc, et que régulièrement des modifications sont apportées en lien avec l'amélioration des connaissances médicales. Il est donc faux de considérer cette liste

comme une situation figée, mais lorsque la liste est édictée, le SMR n'a pas d'autre alternative que de l'appliquer.

Chi. 208 OIC : les troubles de la déglutition et de la respiration sont principalement dus à l'encéphalopathie d'origine X et seulement secondairement à la micromandibulie (chi. 208 OIC). Or, lorsqu'une atteinte est due à plusieurs causes, c'est à l'assureur à qui la prise en charge de l'affection principale incombe, soit à la caisse-maladie, de prendre en charge l'intégralité des frais du traitement hospitalier (Art. 64 al. 3 LPGA).

Chi. 497 OIC : les troubles de la respiration, causés par un encombrement dû à des troubles de la déglutition engendrés principalement par l'encéphalopathie d'origine X et secondairement par la micromandibulie, n'ont pas nécessité un traitement intensif, c'est-à-dire une surveillance permanente par appareils. Le chi. 497 n'entre pas en considération.

L'hospitalisation en néonatalogie a déjà été vue dans l'avis médical du 30.03.2010, du 23.12.2010 et du 06.06.2011.

En résumé, le motif annoncé de cette hospitalisation est une encéphalopathie d'origine X. Tout le monde est d'accord avec cela vu que le Dr C. _____ dit bien qu'il s'agit d'une atteinte congénitale du cerveau. Tous les symptômes décrits sont principalement la conséquence de l'affection neurologique, comme attesté par le rapport du Dr B. _____, neurologue pédiatre, du 11.08.2010. Comme cette affection neurologique n'a pas de chiffre OIC selon l'art. 13 LAI, le traitement de ses conséquences n'est pas à charge AI.

Troubles autistiques.

Le rapport médical du 24.04.2012, signé par le Dr H. _____ (indexé au 08.05.2012), nous apprend que l'enfant, âgé actuellement de 2 ans et demi, présente nombre de symptômes évoquant des troubles autistiques (chi. 405 OIC) (le chi. 404 OIC a été mentionné par erreur). Ces manifestations psychiatriques sont sans aucun lien avec les symptômes physiques constatés à la naissance et n'ont évidemment pas motivé les hospitalisations néonatales au Centre hospitalier N. _____.

Le chi. 405 OIC, classé sous le chapitre XVI de l'OIC « maladies mentales et retards graves du développement », vise la prise en charge de troubles du comportement et en aucun cas une hospitalisation pour des symptômes physiques, telles que les hospitalisations en cause ! »

En date du 18 avril 2013, l'appelée en cause a communiqué les pièces principales de son dossier, tout en maintenant ses précédentes conclusions. Elle a rappelé qu'à son avis le recourant souffrait d'affections listées sous chiffres 404, 497, 208 et 381 ou 383 OIC, se fondant pour l'essentiel sur l'appréciation communiquée par le Dr C. _____ le 24 novembre 2011. Etaient annexés les comptes-rendus du Service de génétique médicale du Centre hospitalier N. _____, relatant en l'état l'absence de diagnostic précis dans le cas du recourant.

Par pli du 14 juin 2013, l'OAI-VD a transmis à la Cour de céans un tirage d'une communication du même jour, adressée au père de l'assuré, B.S._____, et acceptant la prise en charge de l'hospitalisation au Centre hospitalier N._____ pour la période limitée du 30 septembre 2009 au 6 octobre 2009 sur la base du chiffre 497 OIC (sévères troubles respiratoires d'adaptation).

Le 17 juin 2013, l'intimé s'est déterminé sur la prise de position de l'appelée en cause. S'agissant du chiffre 404 OIC, il a relevé que l'assuré présenterait vraisemblablement un QI [réd. : quotient intellectuel] anormal, alors que ledit chiffre ne s'appliquait qu'en cas de troubles du comportement accompagné d'une intelligence normale, ce qui excluait sa prise en compte in casu. Eu égard au chiffre 497 OIC, l'OAI-VD s'est référé à sa communication du 14 juin 2013 et a admis que l'affection respiratoire en cause pouvait être retenue « seulement pour la période d'adaptation à la vie aérienne », soit entre quelques jours et une semaine, correspondant à la période d'adaptation maximale au-delà de laquelle tout enfant s'est normalement adapté à la vie aérienne. L'OAI-VD a au surplus renvoyé à l'avis du Dr W._____ en lien avec le chiffre 208 OIC, tandis que le chiffre 381 OIC impliquait une « atteinte de la moelle épinière ou du cerveau et de ses enveloppes », manifestement non diagnostiquée auprès de l'assuré. Partant, il a conclu au rejet du recours pour la période postérieure à la première semaine d'hospitalisation de l'assuré, soit dès le 7 octobre 2009.

I._____SA a pris position par correspondance du 1^{er} juillet 2013, réitérant que l'assuré présentait une « atteinte diffuse de la substance blanche, un corps calleux postérieur aminci et [une] hypoplasie du tronc cérébral » entrant à son sens dans les affections listées au chiffre 381 OIC. Eu égard au chiffre 497 OIC, elle a observé que les limites posées par l'intimé à la durée de la période d'adaptation à la vie aérienne ne ressortait pas des dispositions applicables et que ce chiffre concernait tous les troubles respiratoires sans limite temporelle. Elle s'est référée derechef à l'avis de son médecin-conseil et maintenu que les frais afférents à

l'hospitalisation de l'assuré du 7 octobre 2009 au 1^{er} juillet 2010 devaient être assumés par l'intimé.

Aux termes d'une écriture du 20 septembre 2013, le recourant a également confirmé ses conclusions en vue de la prise en charge par l'Al de l'intégralité des frais occasionnés par son hospitalisation au Centre hospitalier N._____ jusqu'au 1^{er} juillet 2010. Il a renvoyé aux déterminations de l'appelée en cause en lien avec les chiffres 404, 497, 208 et 381 OIC, tout en rappelant avoir également présenté une « hypotonie musculaire » susceptible d'être prise en considération sous l'angle des affections du système nerveux répertoriées aux chiffres 390 et 395 OIC. A l'égard de ce diagnostic, il a fait valoir ce qui suit :

« [...] le chiffre 395 OIC regroupe les « légers troubles moteurs cérébraux », c'est-à-dire les « symptômes neurologiques et les symptômes moteurs cérébraux transitoires chez l'enfant de moins de deux ans » selon la CMM [recte : CMM].

L'hypotonie musculaire est l'un des symptômes conduisant à l'application du chiffre 390 OIC, lorsqu'elle n'est pas « isolée », c'est-à-dire lorsqu'elle constitue un « symptôme précoce de trouble moteur cérébral » (chiffre 390.2 de la CMM).

La CMM précise qu'un trouble moteur cérébral pouvant être reconnu comme une infirmité congénitale au sens du chiffre 395 OIC n'équivaut pas à un diagnostic de paralysie cérébrale au sens du chiffre 390 OIC. En d'autres termes, celui-ci doit être traité de manière distincte.

Le chiffre 390 OIC quant à lui couvre les « paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques (dystoniques et choréo-athétosiques), ataxiques) ». Le chiffre 390.1 de la CMM explique qu'il s'agit de « paralysies cérébrales [qui] ne représentent pas une pathologie unitaire, mais un complexe symptomatologique réunissant un groupe d'encéphalopathies statiques » dont la CMM détaille ensuite les caractéristiques.

L'hypotonie musculaire est là aussi l'un des symptômes les plus fréquents de telles paralysies, comme l'indique le chiffre 390.1.2 de la CMM.

Ni le chiffre 390 OIC, ni la CMM ne prennent en considération l'origine des encéphalopathies. Seule compte la question de savoir s'il existe, ou non, une paralysie cérébrale présentant les caractéristiques mentionnées par l'OIC et précisée par la CMM.

En l'espèce, le Dr B._____ a mentionné dans son rapport du 11 août 2010 un « éventuel diagnostic de paralysie cérébrale », qui ne pourrait être posé « qu'en fonction de l'évolution des signes moteurs au cours des prochains mois ».

De ce fait, en présence d'une forte suspicion de paralysie cérébrale, le

Dr B._____ a cité le chiffre 395 OIC, en attendant l'évolution de l'enfant.

Dans son rapport du 8 septembre 2010, ce même médecin a confirmé le retard global du développement « prédominant sur le plan moteur » ainsi que « l'hypotonie axiale ». Il a constaté également les progrès effectués par [l'assuré] grâce aux thérapies entreprises.

Le SMR a néanmoins toujours refusé de prendre en considération les chiffres 390 et 395 OIC. Dans un premier temps, il a indiqué que l'hypotonie serait « isolée » et qu'il n'y aurait aucun signe de paralysie cérébrale.

Or, le fait que l'hypotonie soit « isolée » paraît peu soutenable au vu des nombreux rapports médicaux qui, tous, relèvent les troubles moteurs dont est atteint [l'assuré], troubles moteurs reconnus également par l'Office AI, notamment dans sa décision du 21 juin 2006 [recte : 2011]. Le SMR n'explique pas d'ailleurs les raisons qui lui permettent de qualifier d'« isolée » cette hypotonie.

Par la suite, le SMR a considéré que le chiffre 395 OIC ne serait pas pertinent car « une étiologie plus vraisemblable » existait, à savoir l'« encéphalopathie d'origine X ».

Dans le même temps, le SMR a nié l'application du chiffre 390 OIC justement du fait de l'origine inconnue de cette encéphalopathie.

Cette « origine inconnue » paraît ainsi avoir quelque peu faussé l'analyse juridique du dossier de [l'assuré].

En premier lieu, il importe en effet de savoir si l'encéphalopathie dont est atteint l'enfant correspond aux critères du chiffre 390 OIC, quelle que soient les causes de cette encéphalopathie. Or ce point semble avoir été quelque peu négligé dès que l'« origine inconnue » a été mentionnée. Des précisions médicales sur cette question paraissent ainsi nécessaires.

En second lieu, et subsidiairement, c'est au moins le chiffre 395 OIC qui aurait dû entrer en considération en présence d'une hypotonie non « isolée » et de troubles moteurs et de lésions cérébrales reconnus, et faute d'une étiologie déterminée (« origine inconnue »), les conditions du chiffre 395 OIC paraissent en effet remplies pour les deux premières années de son existence.

D'un point de vue strictement juridique, il semble difficile de refuser l'application du chiffre 395 OIC au motif qu'il « existerait une étiologie plus vraisemblable », dès lors que cette étiologie est, justement, inconnue.

Je relève en outre que ce critère sur lequel s'est largement appuyé le SMR et, à sa suite, l'Office AI, ne découle pas de l'OIC elle-même mais uniquement de la CMM qui, malgré son importance pratique, n'a pas force de loi. [...] »

L'intimé s'est prononcé sur cette écriture en date du 2 décembre 2013 en motivant le maintien de ses conclusions par le renvoi à deux nouveaux avis, établis par le Dr W. _____ respectivement les 24 octobre 2013 et 1^{er} novembre 2013, notamment en ces termes :

« [...] Le diagnostic retenu est celui d'encéphalopathie. L'origine inconnue signifie que la cause de cette souffrance cérébrale n'est pas établie. Du point de vue du 13 LAI cela a une certaine importance, car cette qualification exclut formellement le chiffre OIC

383. Ainsi selon le 13 LAI, seuls les chiffres OIC 390 et 395 sont concernés. Ces deux chiffres ne correspondent pas à des diagnostics étiologiques (basés sur des causes), mais descriptifs (association de symptômes devant être présents selon une liste).

Sur la base de divers rapports médicaux, le SMR a refusé de reconnaître les chiffres OIC 390 et 395 au motif que les descriptions ne correspondaient pas aux exigences du 13 LAI. En aucun cas, le SMR ne remet en cause le diagnostic posé.

[...]

OIC 395

Le chiffre OIC 395 correspond à de **légers** troubles moteurs cérébraux **transitoires**. Le chiffre OIC 395 exige des mouvements pathologiques avec une asymétrie du mouvement (différence entre le côté D [réd. : droit] et le côté G [réd. : gauche] ou entre le haut et le bas du corps). Il nécessite également une aggravation sous forme d'augmentation de l'asymétrie des symptômes précités, de posture en extension extrême du corps (opisthotonos), anomalie du tonus pouvant évoquer des symptômes précoces d'une paralysie cérébrale au sens du chiffre OIC 390.

Chez cet enfant

Les symptômes décrits sont des troubles neurologiques sévères qui affectent la respiration, l'alimentation et un retard de développement. A aucun moment, le Dr B. _____ ne signale les éléments exigés par le CMRM 395, à l'exception de l'hypotonie. Le rapport de sortie de l'hospitalisation du 03.12.2009 au 01.07.2010 (06 07.2010) décrit une légère hypotonie axiale, sans autres anomalies de l'examen neurologique.

D'autre part, le tableau clinique présenté par cet enfant n'est ni léger ni transitoire, si bien que par nature, il ne peut pas s'agir d'un chiffre OIC 395.

Il convient de se rappeler que le chiffre OIC 395 avait un but bien précis, prendre en charge précocement la maladie de Little, lésions neurologiques caractéristiques de la prématurité, sans attendre l'apparition des symptômes tels qu'exigés par le chiffre OIC 390.

OIC 390

L'étiologie (la cause de l'atteinte) n'entre pas en ligne de compte dans la définition du chiffre OIC 390. Il s'agit de la somme de symptômes exigés sous :

CMRM 390 1.1 : spasticité, hyperréflexie (augmentation des réflexes), hypertonie musculaire, réflexes pathologiques (cutanés plantaires en extension), mouvements anormaux.

CMRM 390.1.2 : symptômes ataxiques du tronc et des membres.

CMRM 390.1.3 : dyskinésies (mouvements anormaux).

Les troubles associés, tels que décrits dans le CMRM 390.1, ne peuvent pas à eux seuls déterminer l'existence d'une paralysie cérébrale congénitale. Il est impératif que les conditions des CMRM 390.1, 390.2, 390.3 soient présentes.

Chez cet enfant

Le rapport médical du 24.04.2012 décrit un enfant âgé de 31 mois. Ce rapport est extrêmement clair, il décrit : « pas de spasticité, réflexe cutané plantaire en flexion (normal), pas d'ataxie, pas de mouvements anormaux ». Ainsi, à aucun moment les exigences des CMRM 390.1.1, 390.1.2, 390.1.3 ne sont remplies.

Hypotonie isolée

Cet élément fait référence au CMRM 390.2. Celui-ci signale que l'hypotonie, comme seule anomalie de l'examen neurologique, d'où l'emploi du terme « isolé ». Le signe clinique isolé pourrait être

considéré comme un élément précurseur d'une ataxie sévère au sens du 390.1.3. Ainsi, lorsque l'hypotonie est le seul élément relevant de l'examen neurologique, la CMRM exige que l'on considère la possibilité d'un symptôme précoce d'une ataxie.

Le terme « isolé » fait référence à cette dimension de seul élément clinique évident de l'examen neurologique. Pour le SMR, une hypotonie isolée correspond à la présence d'une hypotonie sans autres éléments clairement mis en évidence par l'examen neurologique en tant que tel. Cette hypotonie peut coexister avec un trouble du développement qui ne fait pas partie du status neurologique.

Chez cet enfant

L'examen à 31 mois (après l'âge de 2 ans) ne démontre aucun élément parlant en faveur d'une atteinte ataxique, si bien que le CMRM 390 ne s'applique pas. Le droit au chiffre OIC 395 ne peut pas être ouvert au simple motif d'une hypotonie isolée.

[...]

Problème du chiffre OIC 381

Le CMRM 381 est extrêmement clair : Il exige par définition une atteinte malformative du système nerveux et de ses enveloppes Il fait référence à diverses anomalies des méninges et diverses variantes de spina bifida.

Dans le cas d'espèce, à aucun moment une atteinte des enveloppes n'a été décrite. Or, celle-ci est absolument nécessaire dans la définition du chiffre OIC 381.

Problème du chiffre OIC 497

[...]

Du point de vue médical

Il convient de rappeler les définitions de l'adaptation à la vie aérienne : il s'agit de la période transitoire dans laquelle l'enfant vivant dans un milieu hydrique (liquide amniotique) s'adapte à la vie aérienne. Il s'agit pour l'essentiel d'une adaptation pulmonaire et cardiaque. Cette adaptation se fait extrêmement rapidement dans les tout premiers jours de vie, pour les prématurés, on peut considérer que cette adaptation est un peu plus lente. D'ailleurs l'Al ne s'y est pas trompée, car elle signale dans le chiffre OIC 497 l'exigence de l'apparition des symptômes dans les 72 premières heures.

Il convient de revenir à la chronologie des évènements de la période néonatale. Ils sont résumés et bien décrits dans le rapport médical de la Dresse F. _____ du 01.02.2010. Dans le paragraphe : SDR obstructif : il est décrit un problème respiratoire. A l'entrée au Centre hospitalier N. _____, le 30.09.2009, l'examen clinique démontre une très discrète modification de la fréquence respiratoire entre 60 et 65/min (il est difficile de le considérer comme une tachypnée). Pas de signes de SDR, ampliation thoracique symétrique, saturation 96% sous air ambiant). Les signes de SDR s'améliorent durant les premiers jours. Puis à J49 (17.11.2009), altération de l'état respiratoire avec augmentation des besoins en oxygène. Il s'agit probablement d'une broncho-aspiration (passage du contenu de l'estomac dans les poumons, en l'occurrence vraisemblablement du lait). Progressivement, amélioration malgré des besoins en oxygène discrets qui persistent. A mi-décembre, réapparition de besoins d'oxygène sur une affection virale.

Le problème respiratoire peut donc se décliner en plusieurs temps.
Naissance 29.09.2009 au 30.09.2009 : besoins occasionnels d'oxygène en raison d'une obstruction liée à la micromandibulie. A partir du 30.09.2009, plus besoins d'oxygène systématiques.
30.09.2009 au 17.11.2009 : période libre, sans support d'oxygène ou d'aide respiratoire.
17.11.2009 à mi-décembre : broncho-aspiration d'alimentation (lait), lente amélioration et besoins d'oxygène persistants.
mi-décembre : besoins d'oxygène avec affection virale.
Cette description démontre bien que les besoins d'oxygène n'ont pas été constants et linéaires au cours du temps, ils sont la réponse à divers problèmes.
Dans la description du 11.03.2010, la Dresse F. _____ fait référence à de multiples désaturations (chute du taux d'oxygène dans le sang) et la nécessité très fréquente de ventiler l'enfant. Cela serait allé jusqu'à plus de 150 ! Or, la Dresse F. _____ ne donne pas de repères chronologiques précis.
Donc clairement, à partir du moment où le diagnostic, avec une vraisemblance prépondérante suffisante de broncho-aspiration, est annoncé, le chiffre OIC 497 ne peut pas s'appliquer. Cela est très clairement indiqué dans le CMRM 497.3. D'autre part, le CMRM 497 exige des mesures intensives, mais traitant spécifiquement les symptômes respiratoires. Des mesures « intensives », selon le CMRM 497-499 pour d'autres motifs que respiratoires ne peuvent pas justifier de la nature intensive du chiffre OIC 497. Or, après quelques jours sans précision exacte, les besoins d'oxygène ont disparu, l'enfant est eupnéique sur le ventre. Il n'y a donc plus de mesures respiratoires intensives dans ce cas. La problématique de l'adaptation s'interrompt donc, comme le décrit la chronologie précitée. D'autres phénomènes viennent se surajouter ultérieurement pour justifier les besoins en oxygène.
D'un point de vue médical, l'argumentaire déployé par la caisse maladie I. _____ SA est sans fondement. »

L'appelée en cause a renvoyé pour sa part à ses précédentes écritures le 28 janvier 2014, tandis qu'elle a avisé la Cour de céans, par télécopie _____ du 30 janvier 2014, être dans l'attente d'un rapport du Centre hospitalier N. _____ quant à un « syndrome de Pitt-Hopkins » éventuellement diagnostiqué auprès de l'assuré et ressortant au chiffre 383 OIC. Par complément du 2 mai 2014, elle a produit ledit rapport, établi le 1^{er} mai 2014 par le Service de génétique médicale du Centre hospitalier N. _____, lequel a expressément indiqué ne jamais avoir évoqué un tel diagnostic en l'occurrence.

L'intimé a transmis le 30 juillet 2014 une nouvelle appréciation du Dr W. _____ du SMR, datée du 30 juin 2014, eu égard aux examens

généétiques effectués sur la personne de l'assuré. Il a conclu au refus de leur prise en charge sous l'angle du chiffre 1020 CMRM, en l'absence de détermination d'une OIC dans le cas de l'assuré.

Le recourant et l'appelée en cause ont au surplus persisté dans leurs conclusions, respectivement par écritures des 2 septembre 2014 et 10 octobre 2014.

E n d r o i t :

1.

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la

procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

1.3 Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let, b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieuse in casu la prise en charge des frais afférents à l'hospitalisation du recourant pour la période du 7 octobre 2009 au 1^{er} juillet 2010 sous l'égide de l'art. 13 LAI.

Dans ce contexte, il s'agit de déterminer si l'atteinte à la santé principalement diagnostiquée auprès de l'assuré, soit une « encéphalopathie d'origine inconnue » remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une infirmité congénitale. Singulièrement il convient de se prononcer sur la nature des autres troubles présentés par l'assuré, survenus pendant l'hospitalisation en cause, notamment s'ils sont corrélés à l'atteinte principale et s'ils correspondent séparément à un ou plusieurs chiffres contenus dans l'annexe à l'OIC (ordonnance fédérale du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21).

L'intimé est par ailleurs demeuré compétent à raison du lieu concernant les prestations fournies par le Centre hospitalier N. _____ avant le déménagement de l'assuré à fin 2010 dans le canton du Valais (cf. art. 40 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

L'on rappellera que l'intimé a reconnu le droit aux mesures médicales dispensées à [...] par l'Hôpital A. _____ en faveur de l'assuré pour la période s'étendant jusqu'au 30 septembre 2009. Il a pris en

considération à cet égard le chiffre 498 de l'annexe à l'OIC (troubles métaboliques néonataux sévères), soit l'hypoglycémie ayant affecté l'assuré immédiatement après sa naissance, selon communication du 7 mai 2010.

En outre, l'OAI-VS a accordé la prise en charge par l'AI des mesures médicales nécessitées par l'infirmité congénitale circonscrite au chiffre 405 de l'annexe à l'OIC, soit les troubles du spectre autistique, à compter du 24 avril 2012 à l'issue d'une communication du 20 juin 2012.

Une décision d'octroi d'une allocation pour impotence, dès le 1^{er} novembre 2011, a été établie par l'OAI-VS le 23 août 2012.

Au cours de la présente procédure, l'OAI-VD a par ailleurs concédé que les frais engendrés par l'hospitalisation du recourant au Centre hospitalier N._____ devaient être pris en charge par l'AI du 30 septembre 2009 au 6 octobre 2009 (première semaine de vie) sous l'angle du chiffre 497 de l'annexe à l'OIC correspondant aux sévères troubles respiratoires d'adaptation. Une communication confirmant l'octroi des mesures médicales pour cette période a été établie le 14 juin 2013.

Cela étant, il convient de souligner que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été prise, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 1).

L'état de fait déterminant doit en l'occurrence être arrêté au 21 juin 2011, correspondant à la date de la décision litigieuse, quand bien même cette dernière a été très partiellement reconsidérée par le biais de la communication du 14 juin 2013, intervenue en cours de procédure. Les documents médicaux postérieurs au 21 juin 2011 pourront cependant être pris en compte dans une mesure limitée, soit en ce qu'ils se rapportent à la situation de l'assuré jusqu'à l'émission de la décision entreprise.

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

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

L'existence de l'art. 13 LAI s'explique historiquement par le fait que, lors de l'entrée en vigueur de la LAI (en 1960), il n'y avait pas encore d'assurance-maladie obligatoire. Depuis 1996, l'assurance-maladie obligatoire prend également en charge les conséquences financières des infirmités congénitales, toutefois de manière subsidiaire par rapport à l'AI (cf. art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] et art. 64 LPGA ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 395/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2, in : SVR 2003 IV n° 12 p. 35).

3.2 Faisant usage de la délégation prévue à l'art. 13 al. 2, première phrase, LAI, le Conseil fédéral a édicté l'OIC.

Aux termes de cette ordonnance, sont réputées infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités présentes à la naissance accomplie de l'enfant (art. 1 al. 1, première phrase, OIC [reprise de l'art. 3 al. 2 LPGA]) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, première phrase, OIC).

En prenant en charge le traitement des infirmités congénitales des assurés âgés de moins de 20 ans révolus, l'AI encourage et finance dès le plus jeune âge la correction – plus facile, plus efficace et moins coûteuse qu'ultérieurement – de handicaps qui seront susceptibles d'entraver les assurés à l'âge adulte. On notera en particulier que le traitement de l'affection en tant que telle est compris dans le cadre l'art. 13 LAI ; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités

congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc).

Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexée, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le 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, deuxième phrase, OIC ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1537 et 1538 p. 416).

Le fait que le législateur a décidé de procéder par une liste a pour conséquence que le cercle des infirmités congénitales au sens de la loi est plus restreint que celui des infirmités congénitales au sens matériel (cf. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3^{ème} édition, 2014, n. 4 ad art. 13 LAI). Le catalogue dressé par le Conseil fédéral, parfois en tenant légitimement compte d'impératifs de praticabilité, présente un caractère technique marqué ; il a été établi en collaboration avec la Commission fédérale des questions de réadaptation médicale dans l'AI, sur la base des propositions de groupes de travail ad hoc composés de médecins spécialisés. Cette procédure, à l'instar de celle mise en œuvre pour établir l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie (OPAS), est de nature à assurer au contenu de la liste en cause une certaine homogénéité, qu'il est difficile de conserver si le juge complète cette liste sur la base de documents médicaux réalisés de cas en cas (ATF 125 V 30 consid. 6a ; TFA I 64/01 du 20 février 2002 consid. 4a/bb et I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 4a in fine). La compétence déléguée au DFI selon l'art. 1 al. 2 OIC a pour objet d'assurer une adaptation rapide aux progrès de la médecine et ainsi de permettre que de nouvelles affections congénitales puissent être reconnues comme telles. Cela ne signifie pas toutefois que le DFI doive reconnaître toutes les affections clairement

congénitales. Comme le Conseil fédéral, il dispose d'un pouvoir d'appréciation (TFA I 22/02 précité consid. 4b).

3.3 Dès lors que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents, leur traitement est donc en principe pris en charge par l'AI aux conditions fixées par l'art. 13 LAI.

3.4 Selon l'art. 1 al. 1, première phrase, OIC, sont réputées infirmités congénitales les infirmités qui existent à la naissance accomplie. Celle-ci est réputée accomplie lorsque le corps vivant de l'enfant est complètement sorti de celui de la mère. Des facteurs pathogènes qui existaient éventuellement avant la naissance ou au moment de celle-ci ne tombent pas sous le coup de l'art. 13 LAI. Pour déterminer s'il y a infirmité congénitale, c'est, comme à l'art. 12 LAI, la symptomatologie et non la pathogenèse de l'affection qui est déterminante. Si une affection peut être aussi bien acquise que congénitale et que, dans le cas d'espèce, il existe des doutes sur la présence effective d'une infirmité congénitale, 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 (cf. Valterio, op. cit., n° 1546 p. 419 et les références citées).

Si l'infirmité doit exister à la naissance, le moment où elle est reconnue comme telle n'est pas déterminant (art. 1 al. 1, troisième phrase, OIC). Celle-ci tombe donc également sous le coup de l'art. 13 LAI lorsqu'elle n'était pas reconnaissable à la naissance accomplie, 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 présidant à son émergence existaient déjà à la naissance accomplie (ATF 120 V 89 consid. 3a et 3c ; Valterio, op. cit., n° 1566 p. 424).

Selon l'annexe de l'OIC, certaines affections ne sont considérées comme des infirmités congénitales que si les symptômes essentiels qui les caractérisent sont apparus dans un laps de temps déterminé (ch. 282, 404, 451, 467, 497, 498 de l'annexe à l'OIC). Peu

importe que le diagnostic décisif fondé sur ces symptômes n'ait été posé que plus tard (cf. Valterio, op. cit., n° 1549 et suivants, p. 419).

Pour certaines infirmités qui se présentent aussi bien sous une forme légère que grave, l'AI n'assume les frais en vertu de l'art. 2 al. 2 OIC que si un traitement particulier mentionné dans la liste des infirmités congénitales (opération, appareillage, traitement par appareil plâtré, traitement hospitalier ou exsanguino-transfusion) est nécessaire. En effet, certaines affections congénitales ne sont reconnues comme invalidantes que lorsqu'elles atteignent un degré de gravité bien précis. Pour ces affections, le Conseil fédéral s'est écarté de la définition de l'art. 1 al. 1 OIC, pour qualifier d'infirmité congénitale celle qui ne peut être reconnue comme telle à la naissance accomplie de l'enfant, faute de gravité suffisante, mais qui, s'étant développée par la suite sur la base de l'état existant à la naissance, atteint finalement le degré de gravité requis justifiant sa prise en charge par l'AI (ATF 120 V 89 consid. 2a ; TF 9C_866/2008 du 8 juillet 2009 consid. 2.2 et 2.3 ; cf. Valterio, op. cit., n° 1551 p. 419 s.).

3.5 Selon la jurisprudence, la liste de l'annexe de l'OIC se fonde sur un critère fonctionnel ; sa systématique permet de tenir compte, dans l'intérêt évident de l'assuré, des symptômes isolés en tant que tels, indépendamment de leur étiologie, plutôt que des pathologies dans leur ensemble. Pour des affections polysymptomatiques, le traitement d'une pluralité de troubles est à la charge de l'assurance-invalidité uniquement si ces troubles, considérés isolément, correspondent à l'une ou l'autre des infirmités congénitales énumérées dans l'annexe à l'OIC (TF 9C_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ; TFA I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5a).

3.6 Chez un assuré atteint d'une infirmité congénitale, l'invalidité est réputée survenue au moment où l'infirmité rend nécessaire, pour la première fois, un traitement ou un contrôle médical permanent ; c'est le

cas lorsque la nécessité du traitement ou du contrôle commence à se faire sentir et qu'il n'y a pas de contre-indication (ATF 133 V 303 consid. 7.2). On ne peut parler de nécessité du traitement ou du contrôle que si pour la première fois des signes du tableau clinique sont présents ou si des examens standard indiquent l'existence d'une infirmité congénitale (TF 9C_754/2009 du 12 mai 2010 consid. 2.2 ; cf. également Valterio, op. cit., n° 1540 p. 417).

3.7 S'agissant de l'étendue des mesures, l'art. 14 LAI prévoit que les mesures médicales comprennent le traitement entrepris dans un établissement hospitalier ou à domicile par le médecin ou, sur ses prescriptions, par le personnel paramédical, à l'exception de la logopédie et de la thérapie psychomotrice (al. 1 let. a), ainsi que les médicaments ordonnés par le médecin (al. 1 let. b).

4.

4.1 Par ailleurs, la loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation littérale). Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégageant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires (interprétation historique), du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose, singulièrement de l'intérêt protégé (interprétation téléologique) ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales (interprétation systématique). Selon la jurisprudence, il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. De tels motifs peuvent découler des travaux préparatoires, du but et du sens de la disposition, ainsi que de la systématique de la loi. Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation, mais s'inspire d'un pluralisme pragmatique pour rechercher le sens véritable de la norme. Il ne se fonde sur la compréhension littérale du texte que s'il en découle sans ambiguïté

une solution matériellement juste (ATF 137 IV 249 consid. 3.2 et 137 IV 180 consid. 3.4, ainsi que la jurisprudence citée).

4.2 L'obligation de l'AI de verser des prestations pour les infirmités congénitales et la nature des mesures pouvant entrer en considération sont précisées dans la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2012), édictée par l'OFAS.

Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que l'administration ne rende des décisions viciées qu'il faudra ensuite annuler ou révoquer, et 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. Les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative. Selon la jurisprudence, 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 celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce, voire qu'elles présentent la jurisprudence de la Haute Cour en vigueur. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (cf. ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 132 V 200 consid. 5.1.2 ; 131 V 42 consid. 2.3 ; 129 V 200 consid. 3.2 ; 127 V 57 consid. 3a ; 126 V 64 consid. 4b et références citées).

En tant qu'aides interprétatives, les instructions ne constituent pas un fondement pour poser des exigences matérielles limitatives

supplémentaires

(ATF 126 V 421 consid. 5a ; 109 V 166 consid. 3b).

4.3 Les chiffres 1 et suivants CMRM rappellent les notions de base et les principes régissant le droit aux mesures médicales de l'AI, les considérations générales ci-après méritant d'être soulignées in casu.

A teneur du chiffre 6 CMRM, les affections qui ne sont pas susceptibles d'être soignées par l'application d'un traitement scientifiquement reconnu ne figurent pas sur la liste. Cependant, elles peuvent parfois, comme c'est le cas pour la trisomie 21 par exemple, ouvrir le droit à d'autres prestations (mesures de réadaptation d'ordre professionnel, moyens auxiliaires ou rente). Néanmoins, si certains symptômes remplissent les critères d'une infirmité congénitale, ils peuvent être pris en charge sous le couvert du chiffre de ladite infirmité congénitale (cf. TFA I 22/02 cité consid. 5a ; VSI 1999 p. 174 consid. 4a ; supra consid. 3.5).

Pour admettre l'existence d'une infirmité congénitale, il ne suffit pas que le diagnostic posé corresponde à l'une des infirmités figurant dans l'annexe de l'OIC puisque certaines de ces affections peuvent être acquises. 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 (chiffre 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 (chiffre 9 CMRM).

Certaines infirmités congénitales présentent des symptômes multiples (infirmités polysymptomatiques ; p.ex. trisomie 21) qui sont tous causés par la même affection, laquelle cependant n'est pas susceptible

d'être traitée comme telle. En pareil cas, l'AI ne peut accorder les mesures médicales propres au traitement de symptômes isolés de cette infirmité congénitale que si les conditions particulières requises pour le traitement de chacun d'eux sont remplies (chiffre 10 CMRM ; cf. aussi supra consid. 3.5).

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 qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire (chiffre 11 CMRM ; cf. VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 76 consid. 3).

Si des affections intercurrentes, qui ne constituent pas une conséquence directe de l'infirmité congénitale, surviennent au cours d'une hospitalisation motivée par cette dernière, leur traitement n'est à la charge de l'AI que si elles sont d'une importance manifestement secondaire et le demeurent aussi longtemps qu'elles existent (chiffre 12 CMRM).

5. In casu, il sied d'examiner séparément chacun des chiffres de l'annexe à l'OIC invoqués en lien avec les différentes pathologies présentées par l'assuré depuis sa naissance.

Il n'est pas contesté que l'affection principale dont souffre le recourant est une « encéphalopathie d'origine X », diagnostiquée et largement investiguée à l'occasion de son séjour au Centre hospitalier N. _____ du 30 septembre 2009 au 1^{er} juillet 2010, sans que la cause précise de cette problématique - notamment sur le plan génétique - n'ait pu à ce stade être mise en évidence (cf. notamment rapports du Service

de génétique médicale du Centre hospitalier N._____ des 8 octobre 2009, 1^{er} mars 2010, 9 avril 2010 et 1^{er} mai 2014, produits par l'appelée en cause).

A cet égard, les médecins spécialistes assumant le suivi régulier de l'assuré ont évoqué l'applicabilité des chiffres 390 et 395 de l'annexe à l'OIC, dont le recourant s'est fait l'écho aux termes de ses différentes écritures et que l'intimé a réfutée en se fondant sur les avis du SMR.

En outre, le Dr C._____, pour le compte de l'appelée en cause, a fait référence aux chiffres 381 et 383 de l'annexe à l'OIC dans son avis du 24 novembre 2011, estimant que le recourant souffrait d'une « infirmité congénitale malformative orpheline du cerveau », ce qui a d'ailleurs motivé une demande d'adaptation de l'OIC de ce dernier auprès du Département fédéral de l'intérieur.

L'OFAS a communiqué sa réponse le 5 avril 2012, refusant toute adaptation de l'annexe à l'OIC en vue de l'insertion de « l'encéphalopathie d'origine inconnue », motif pris de l'absence de traitement scientifiquement reconnu en l'état.

En sus de s'appuyer sur la prise de position de l'OFAS précitée, l'intimé a souligné que les chiffres 381 et 383 de l'annexe à l'OIC ne pouvaient trouver application in casu, selon l'avis du Dr W._____ du 28 novembre 2012. S'agissant du chiffre 381 de l'annexe à l'OIC, il a rappelé qu'était requise une anomalie des méninges, non diagnostiquée auprès du recourant. Quant au chiffre 283 OIC, il impliquait une dégénérescence du système nerveux, que le recourant ne présentait pas davantage puisqu'il se trouvait atteint d'un « retard mental et d'acquisition extrêmement sévère » depuis la naissance. Il a considéré que les chiffres 390 et 395 de l'annexe à l'OIC ne pouvaient davantage s'appliquer, sur la base de l'appréciation du Dr W._____ du 24 octobre 2013, étant donné que les

conditions posées par les chiffres corrélatifs de la CMRM n'étaient à son sens pas remplies.

6. Le chiffre 381 de l'annexe à l'OIC a trait à des « malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéloméningocèle, hydromyélie, méningocèle, diastématomyélie et tethered cord) ».

Quant au chiffre 383 de l'annexe à l'OIC, il concerne les « affections hérédo-dégénératives du système nerveux (par exemple ataxie de Friedrich, leucodystrophies et affections progressives de la matière grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale, syndrome de Rett) ».

Le texte clair de ces dispositions implique incontestablement une malformation ou une dégénérescence du système nerveux ou des méninges pour permettre leur application.

Force est en conséquence de se rallier aux explications communiquées par le Dr W. _____ dans l'avis du 28 novembre 2012 et partant, à la position de l'intimé à cet égard.

En effet, il ressort des pièces médicales versées au dossier qu'aucun des spécialistes traitants en charge de l'assuré n'a envisagé de malformations du système nerveux et des méninges, tandis qu'aucune dégénérescence n'a été observée, la problématique du recourant - consécutive à une malformation du corps calleux et de la substance blanche - se trouvant établie dès sa naissance (cf. à cet égard : rapports de la Dresse F. _____ des 27 janvier 2010 et 1^{er} février 2010, du Dr B. _____ du 11 août 2010, du Prof. M. _____ et al. du 26 août 2010 et du Dr H. _____ du 24 avril 2012).

L'appréciation de l'intimé eu égard aux chiffres 381 et 383 de l'annexe à l'OIC ne prête ainsi pas flanc à la critique.

7.

7.1 Le chiffre 390 de l'annexe à l'OIC traite des « paralysies cérébrales congénitales (spastiques, dyskinétiques [dystoniques et choréo-athétosiques], ataxiques) ».

7.1.1 La CMRM précise sous chiffre 390.1 que les paralysies cérébrales ne représentent pas une pathologie unitaire, mais un complexe symptomatologique réunissant un groupe d'encéphalopathies statiques caractérisées par :

- des troubles neurologiques clairement définissables,
- une spasticité,
- une dyskinésie et une ataxie,
- une apparition précédant la fin de la période néonatale,
- l'absence d'une évolution,
- souvent, des troubles associés tels que difficultés d'apprentissage, handicap mental, troubles de la vue ou épilepsie.

Les troubles moteurs congénitaux de type spastique, ataxique et/ou dyskinétique doivent être reconnus comme infirmités congénitales. Les troubles associés tels que ceux mentionnés ne sont pas considérés en eux-mêmes, c'est-à-dire sans les troubles moteurs décrits, comme des infirmités congénitales.

Le chiffre 390.1.1 CMRM indique que pour poser le diagnostic de trouble moteur spastique, il faut qu'il y ait une hyperréflexie et une augmentation de la résistance des muscles atteints contre les mouvements passifs (hypertonie musculaire), des réflexes pathologiques (Babinski en extension, clonus) ainsi que des postures et des mouvements anormaux.

Selon le chiffre 390.1.2 CMRM, les troubles moteurs ataxiques concernent des parties de la motricité fine ou de la motricité corporelle. Pour la motricité fine, les symptômes nécessaires pour poser le diagnostic

sont le tremblement d'intention ou tremblement d'action (tremblement accompagnant le mouvement de la main) et la dysmétrie (erreur dans l'amplitude du mouvement, empêchant de saisir correctement un objet). Les symptômes associés les plus fréquents sont les syncinésies (ouverture exagérée de la main au moment de lâcher l'objet manipulé) ainsi que, à l'examen neurologique, une hypotonie, une dysdiadochocinésie et/ou un phénomène de rebond positif. Pour la motricité corporelle, le trouble ataxique est défini par l'ataxie tronculaire.

Les dyskinésies sont des troubles moteurs caractérisés par des mouvements involontaires, accompagnés d'attitudes et de mouvements anormaux. En font partie notamment la chorée et l'athétose (chiffre 390.1.3 CMRM).

En vertu du chiffre 390.2 CMRM, du point de vue de l'assurance-invalidité, une hypotonie musculaire isolée ne fait pas partie des infirmités congénitales au sens du chiffre 390 OIC (confirmé par TFA I 64/01 cité consid. 3 ; I 210/03 du 26 août 2003 consid. 3.2 ; cf. aussi Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, op. cit., n. 49 ad art. 13 LAI). Toutefois, il n'est pas rare qu'une hypotonie constitue un symptôme précoce d'un trouble moteur cérébral et elle peut donc à ce titre fonder une infirmité congénitale au sens du chiffre 395 OIC si celle-ci n'a pas d'autre étiologie plus vraisemblable (trisomie 21 par exemple).

7.1.2 Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de souligner qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conditions relativement restrictives prévues par la directive administrative aux chiffres 390.1 et suivants CMRM, dès lors qu'ils sont compatibles avec les règles légales applicables (TFA I 210/03 du 26 août 2003 consid. 3 ; TF 9C_818/2009 du 20 novembre 2009 consid. 5.1).

7.1.3 En l'occurrence, le Dr W._____ a relevé en particulier le rapport communiqué par le Dr H._____ en date du 24 avril 2012, où les éléments décrits permettent de déduire l'absence des critères énoncés

aux chiffres 390.1 et suivants CMRM. Le Dr H._____ a en effet exclu, des suites d'examen neurologique, toute « spasticité » ou « ataxie » sans constater de « mouvements anormaux » auprès du recourant.

En outre, antérieurement à la décision litigieuse, les médecins traitants de l'assuré avaient uniquement évoqué une « hypotonie axiale » sans mettre en évidence les autres éléments requis par les chiffres 390.1 et suivants CMRM.

La Dresse F._____ a en particulier observé, sur le plan neurologique un « nouveau-né réactif, [un] tonus périphérique sp [réd. : sans particularités] mais axial diminué », ainsi que des « trémulations des quatre membres » (cf. rapport du 1^{er} février 2010). Quant au Dr B._____, il a relaté, en date du 11 août 2010, d'un point de vue neurologique, un « retard global du développement sévère à prédominance motrice avec hypotonie importante ». Ce même spécialiste a indiqué, par rapport du 8 septembre 2010, que l'assuré présentait « une importante hypotonie axiale » et qu'il se trouvait limité au niveau de la « mobilité des MS [réd. : membres supérieurs], aussi bien pour les mouvements grossiers que les mouvements plus fins ».

L'on ne voit dès lors pas que des troubles neurologiques aient été clairement définis, ni que le recourant ait présenté une spasticité ou une ataxie en sus de l'hypotonie importante relevée par les praticiens en charge de son cas, au demeurant non remise en cause par l'intimé. Ce constat justifie, à l'instar de l'avis du Dr W._____ du 24 octobre 2013, de conclure à l'absence de réalisation des conditions d'application du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC, telles que requises par les chiffres 390.1 et suivants CMRM, dont la teneur a été avalisée par la jurisprudence fédérale rappelée supra.

En ce sens, ainsi que l'a mis en exergue le Dr W._____, seule une hypotonie, qualifiée à juste titre d'hypotonie « isolée » conformément au chiffre 390.2 CMRM, a été retenue durant les premiers mois de vie de

l'assuré, ce qui exclut manifestement l'application du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC.

En outre, le diagnostic de « paralysie cérébrale » n'a pas été posé dans le cas du recourant, ce y compris dans les rapports médicaux postérieurs à la décision litigieuse, l'importante symptomatologie affectant l'assuré se trouvant expliquée par le diagnostic d'une « encéphalopathie d'origine X ».

Certes, selon la pratique actuelle, le chiffre 390 de l'annexe à l'OIC ne se résume plus uniquement à la définition de la CIM pour les paralysies cérébrales (cf. G80 ; tandis que l'encéphalopathie est répertoriée sous le chiffre G93.4 de la CIM), ce d'autant plus que ce chiffre se fonde en premier lieu sur un critère fonctionnel, indépendamment de l'étiologie (cf. Contrôle fédéral des finances, Medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung – Teilbericht Fallstudien, novembre 2012, chiffre 8.6, p. 37 ; cf. également supra consid. 3.5). En l'espèce, il manque toutefois des symptômes d'ordre spastique, dyskinétique ou ataxique. Pour le surplus, le traitement hospitalier en question n'était pas consécutif à des symptômes relevant du chiffre 390 de l'annexe à l'OIC, mais essentiellement motivé par des troubles de la déglutition (cf. par exemple rapport du Prof. M. _____ et al. du 26 août 2010).

7.2 S'agissant du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC, il se rapporte aux « légers troubles moteurs cérébraux (traitement jusqu'à l'accomplissement de la deuxième année de la vie) ».

7.2.1 Le chiffre 395 CMRM précise que sont considérés comme « légers troubles moteurs cérébraux » les symptômes neurologiques et les symptômes moteurs cérébraux transitoires chez l'enfant de moins de deux ans : mouvements pathologiques (asymétrie, limitation de la variabilité), symptomatologie s'aggravant avec l'évolution (attitude asymétrique, opisthotonos, persistance des réflexes primitifs) et anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale. Il est en outre souligné qu'un trouble moteur cérébral pouvant

être reconnu comme infirmité congénitale au sens du chiffre 395 n'équivaut pas à un diagnostic de paralysie cérébrale (chiffre 390 de l'annexe à l'OIC). La physiothérapie et la surveillance médicale ne peuvent être prises en charge que jusqu'à l'âge de deux ans.

7.2.2 Dans un arrêt récent de la Cour de céans, daté du 28 octobre 2014 en la cause AI 432/10 - 268/2014, le chiffre 395 CMRM a été largement étudié. 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, ophistotonos, persistance de réflexes primitifs) ou enfin des anomalies du tonus musculaire pouvant constituer un symptôme précoce d'une paralysie cérébrale.

Cela étant, le caractère restrictif de ces critères, singulièrement celui de l'accroissement progressif des symptômes, a été jugé non conforme à l'OIC. Rappelant que la CMRM était dénuée de portée normative, la Cour a considéré que le chiffre 395 CMRM contrevenait notamment au principe de la légalité. Il a dès lors été retenu qu'il était nécessaire et suffisant que les symptômes démontrent la présence d'un léger trouble moteur cérébral, sans que soit exclue au titre de tels symptômes une hypotonie musculaire.

Etait également souligné dans cet arrêt 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 fonde sur un critère fonctionnel et doit 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 : TF 9C_455/2010 du 10 février 2011 consid. 3.3 ;

TFA I 22/02 du 28 mai 2002 consid. 5.a). La Cour ne s'est toutefois pas penchée plus avant sur cette question.

Par ailleurs, l'arrêt susmentionné de la Cour de céans 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'AI 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.

En outre, selon la jurisprudence fédérale, le caractère transitoire de l'infirmité congénitale visée par le chiffre 395 de l'annexe à l'OIC tient plutôt au fait que les symptômes liés à un léger trouble moteur cérébral sont ordinairement résorbés dans le délai de deux ans après la naissance s'ils ne peuvent 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).

7.2.3 In casu, il est incontesté que le recourant souffre d'une polysymptomatologie extrêmement sévère, entrant sous le diagnostic d'une « encéphalopathie d'origine inconnue », dont les séquelles et le retard du développement sont manifestement appelés à perdurer. Les rapports de ses médecins traitants sont sans équivoque à cet égard, soit notamment celui du Dr H._____ du 14 septembre 2011, ce dernier ayant d'ores et déjà envisagé des difficultés cognitives et un parcours scolaire « différent » non sans constater un « retard de développement global très important. »

Partant, ainsi que l'a mis en évidence le Dr W._____ dans son avis du 24 octobre 2013, il faut en déduire que l'affection du recourant

n'est pas une problématique « légère » au sens du chiffre 395 de l'annexe à l'OIC, ni davantage « transitoire ».

Il ne fait en conséquence pas de doute que le chiffre 395 de l'annexe à l'OIC ne peut trouver application dans le cas d'espèce en l'absence d'évolution favorable des symptômes présentés par l'assuré et au vu de leur sévérité.

De plus, comme déjà évoqué, le recourant n'a pas été hospitalisé en raison de troubles moteurs cérébraux, mais essentiellement à cause du problème de nutrition, voire de déglutition.

8. Ont par ailleurs été relevés chez l'assuré plusieurs signes dysmorphiques, soit un « micro-rétrognathisme associé à une luette bifide et des oreilles larges, ainsi qu'une fente muqueuse ne nécessitant pas de traitement »

(cf. rapport de la Dresse F. _____ du 1^{er} février 2010).

Le chiffre 201 de l'annexe à l'OIC a trait au « cheito-gnathopalatoschisis (fissure labiale, maxillaire, division palatine) ».

L'assuré a été examiné de ce fait par la Dresse Q. _____, médecin chef du Département médico-chirurgical de pédiatrie, dont les propos ont été rapportés par la Dresse F. _____, aux termes de son rapport du 1^{er} février 2010 et qui ne préconisait aucun traitement à ce stade (cf. aussi rapport du Prof. M. _____ et al. du 26 août 2010).

Il n'est pas contesté par l'intimé que l'assuré pourrait prétendre à des mesures médicales sous l'angle du chiffre précité, ainsi que _____ l'a _____ observé _____ le Dr W. _____ dans son avis médical initial du 30 mars 2010.

C'est toutefois à juste titre que l'OAI ne s'est pas prononcé plus avant à cet égard aux termes de la décision litigieuse, en l'absence de toutes mesures médicales mises en œuvre du fait de l'affection

reconnue sous chiffre 201 de l'annexe à l'OIC, laquelle n'a à l'évidence pas motivé l'hospitalisation de longue durée au Centre hospitalier N._____.

9. Dans le cas du recourant, les spécialistes traitants ont également avancé l'application du chiffre 208 de l'annexe à l'OIC, lequel a trait à la « micromandibulie congénitale » (micrognathia inferior congenita), notamment lorsqu'elle entraîne « au cours de la première année de la vie des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement [...] ».

Le chiffre 208-210.1 CMRM signale que ces infirmités peuvent se présenter comme des anomalies congénitales ou des affections acquises. Elles ne peuvent être reconnues comme infirmités congénitales que s'il existe des déviations verticales ou sagittales extrêmes dans le développement du squelette de la mâchoire. Le devoir de prestations de l'AI débute au moment où les critères de déviation sont remplis.

A cet égard, force est de se rallier aux avis médicaux communiqués par le Dr W._____ les 30 mars 2010 et 23 décembre 2010, dans la mesure où les spécialistes traitants de l'assuré, singulièrement la Dresse F._____ et ensuite les médecins de l'Unité de Soins Continus de Pédiatrie du Centre hospitalier N._____, n'ont pas démontré la prépondérance de la micromandibulie dans les troubles de la déglutition et de la succion observés auprès de ce dernier.

La Dresse F._____ a expressément concédé, dans un rapport subséquent du 11 mars 2011, que « l'atteinte neurologique jouait certainement un rôle » dans ces troubles, estimant certes « ne [pouvoir] exclure médicalement que la micromandibulie ait joué un rôle important dans les premiers mois de vie ».

Cela étant, une telle hypothèse apparaît insuffisamment motivée pour justifier d'attribuer les troubles de la déglutition et de la succion du recourant à la problématique prise en charge sous l'angle du chiffre 208 de l'annexe à l'OIC. Elle ne trouve pas non plus de fondement

dans le rapport du 26 août 2010 du Prof. M. _____ et al. où il est retenu que le rétrognathisme est peu symptomatique et qu'aucune mesure thérapeutique à ce sujet n'est envisagée. Dès lors, tout particulièrement en présence d'un diagnostic principal tel que « l'encéphalopathie d'origine X » affectant massivement l'état de santé de l'assuré, il apparaît bien plutôt – au degré de la vraisemblance prépondérante – que ce dernier est à l'origine des troubles en question.

D'ailleurs, il convient de relever qu'à l'occasion de son rapport initial du 1^{er} février 2010, la Dresse F. _____ avait elle-même lié les troubles de la déglutition et de la succion directement à l'affection principale, les mentionnant comme symptômes liés à « l'encéphalopathie d'origine x » (cf. également son rapport du 27 janvier 2010).

Dès lors, il apparaît que les mesures médicales dispensées du fait des troubles en question ne sauraient être portées à la charge de l'Al, ainsi que le soutient à juste titre l'office intimé.

10. Le recourant a par ailleurs souffert de difficultés digestives, possiblement en lien avec les troubles de la succion et de la déglutition, dans le contexte desquels le diagnostic d'un possible « reflux gastro-œsophagien » a été évoqué. Les troubles digestifs ont requis une gastrotomie effectuée en janvier 2010, l'alimentation du recourant étant depuis lors assurée par sonde gastrique. Dans ce contexte, ses médecins traitants, en particulier la Dresse F. _____, ont avancé le chiffre 280 de l'annexe à l'OIC (cf. rapport de cette spécialiste du 1^{er} février 2010).

Le chiffre 280 de l'annexe à l'OIC prévoit la prise en charge par l'Al du « reflux gastro-œsophagien congénital, lorsqu'une opération est nécessaire ».

En vertu du chiffre 280 CMRM, il faut admettre l'existence d'un reflux gastro-œsophagien congénital lorsque, chez un nourrisson qui vomit régulièrement après chaque repas depuis sa naissance, on diagnostique

radiologiquement une hernie hiatale ou une insuffisance importante du cardia persistant au-delà du premier mois de la vie.

Le raisonnement contenu dans cette directive de l'OFAS a précédemment fait l'objet d'un arrêt de la Cour de céans du 24 avril 2012 en la cause AI 206/11 - 150/2012. Il avait été retenu que le chiffre 280 CMRM n'était pas conforme à la loi et à l'OIC, dans la mesure où l'OFAS avait ajouté des conditions supplémentaires à la reconnaissance de l'infirmité congénitale (soit vomissements, diagnostic de hernie hiatale ou insuffisance du cardia), alors que la seule condition légale s'avérait en définitive être l'indication d'une opération.

Cette jurisprudence pourrait a priori être transposée au cas particulier, dans la mesure où les troubles digestifs de l'assuré ont nécessité une gastrotomie en janvier 2010.

Toutefois, à l'instar du W. _____ dans son avis de 30 mars 2010, il convient de relever que le diagnostic de « reflux gastro-œsophagien (RGO) », avancé dans un premier temps, n'a nullement été corroboré par la suite. La Dresse F. _____ n'a elle-même pas discuté plus avant les conclusions du Dr W. _____ à ce sujet dans son rapport complémentaire du 11 mars 2011, à l'appui de la contestation du projet de décision du 12 janvier 2011. Elle a certes retenu dès le quatrième jour des symptômes de RGO. Lorsque l'opération du 4 janvier 2010 (gastrostomie) a été envisagée, il n'était cependant plus question de problèmes de RGO, puisqu'elle note à ce sujet qu'en l'absence de RGO, il n'y aura pas de montage anti-reflux concomittant (cf. rapport du 27 janvier 2010). Quant aux médecins qui ont procédé à la gastrostomie, ils n'ont à aucun moment évoqué des problèmes de RGO. Le motif d'admission avait été un syndrome polymalformatif avec trouble de la déglutition et de la succion. Selon ces praticiens, le TOGD et la pHmétrie n'avaient pas mis en évidence un RGO (cf. rapport du Prof. AA. _____ et al. du 21 janvier 2010).

Aussi, au degré de la vraisemblance prépondérante, en l'absence de diagnostic avéré, il y a lieu de retenir que les problèmes digestifs rencontrés par l'assuré, lesquels ont justifié une gastrotomie en janvier 2010, ne relevaient pas de celui de « reflux gastro-œsophagien », mais s'avéraient bien plutôt liés à l'encéphalopathie l'affectant à titre principal.

De ce fait, les mesures médicales dispensées au Centre hospitalier N._____ afin de pallier les troubles digestifs ne sauraient tomber sous le coup du chiffre 280 de l'annexe à l'OIC et être assumés par l'Al.

11. En outre, ont également été observés dans le cas du recourant un « syndrome de détresse respiratoire obstructif » et une « hypoglycémie », tandis qu'une « suspicion d'infection néonatale » a été investiguée, une hémoculture s'étant révélée négative.

Pour ces différentes problématiques, les spécialistes traitants ont envisagé les chiffres 495, 497 et 498 de l'annexe à l'OIC.

11.1 Le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC a trait aux « infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ».

Quant au chiffre 497 de l'annexe à l'OIC, il se rapporte aux « sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple : asphyxie, syndrome de détresse respiratoire, apnée) lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ».

Le chiffre 498 de l'annexe à l'OIC traite des « troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ».

11.2 La CMRM souligne que la mention « graves » au sens des chiffres précités implique la nécessité de mesures médicales spéciales (p.ex. un traitement hospitalier après une naissance à domicile, le traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital). Aux termes de ces chiffres, un traitement est considéré comme intensif lorsque les frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque, p.ex., des mesures particulièrement onéreuses telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc., sont nécessaires.

S'agissant du chiffre 497 de l'annexe à l'OIC, le chiffre 497.2 CMRM signale que tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie. Le chiffre 497.3 CMRM précise qu'une aspiration qui survient au cours des 72 premières heures de la vie entre dans le cadre du chiffre 497 OIC lorsqu'un traitement intensif s'avère nécessaire. Aux termes de cette définition, une aspiration de lait ne peut pas être classée sous ce chiffre.

Quant au chiffre 498 de l'annexe à l'OIC, tant qu'une hypoglycémie n'est pas soignée dans le cadre d'une autre infirmité congénitale (p.ex. ch. 451, 462, 465 et 494 de l'annexe à l'OIC), on peut supposer qu'elle remonte à la naissance pour autant qu'elle survienne au cours des 72 premières heures de la vie et qu'elle nécessite un traitement médical spécial, en général des perfusions. La nécessité du traitement et l'obligation de l'Al de fournir des prestations qui en découle prennent en général fin 24 heures après l'arrêt des perfusions. On peut diagnostiquer une hypoglycémie au sens du ch. 498 de l'annexe à l'OIC en mesurant l'une des valeurs du taux de glycémie (confirmation par laboratoire). Lorsque l'hypoglycémie atteint les taux suivants, un traitement s'avère nécessaire :

- pour les prématurés et les enfants nés avec un poids insuffisant : (< 2500 g) : moins de 2,5 mmol/l
- pour les enfants nés à terme : moins de 2,0 mmol/l (chiffre 498.2 CMRM).

11.3 En l'occurrence, le recourant ne remet pas en question - à juste titre - le refus d'application du chiffre 495 de l'annexe à l'OIC, faute d'infection néonatale avérée, tandis que les hémocultures effectuées au sein du Centre hospitalier N. _____ se sont avérées négatives (cf. rapport de la Dresse F. _____ du 1^{er} février 2010).

Il n'y a pas davantage lieu de critiquer l'appréciation de l'intimé dans l'examen du chiffre 498 de l'annexe à l'OIC, dans la mesure où l'hypoglycémie diagnostiquée auprès de l'assuré a été résorbée avant son transfert au Centre hospitalier N. _____. L'intervention médicale corrélative a été prise en charge par le biais de la communication du 7 mai 2010, soit durant le séjour au sein de l'Hôpital A. _____ à [...] jusqu'au septième jour suivant la naissance, des interventions subséquentes au motif d'hypoglycémie n'ayant pas été préconisées par les médecins (cf. rapports de la Dresse F. _____ des 1^{er} février 2010 et 11 mars 2011).

Quant au problème respiratoire durant une période limitée d'adaptation, dont les frais occasionnés au Centre hospitalier N. _____ ont été pris en charge par l'intimé par le biais de sa communication du 14 juin 2013, soit jusqu'au 6 octobre 2009, il convient de se rallier aux considérations énoncées par le Dr W. _____ dans son avis du 1^{er} novembre 2013.

Ainsi que ce dernier l'a relevé, les problèmes respiratoires de l'assuré ont connu plusieurs phases et vraisemblablement plusieurs origines, seules les conséquences des troubles survenus durant les 72 premières heures de vie devant être portés à la charge de l'Al. En effet, les SDR subséquents sont pour le moins probablement en lien avec les

problèmes de déglutition eux-mêmes causés par l'encéphalopathie ou d'origine virale ou bactérienne, tels que les deux épisodes de pneumonie (cf. rapports de la Dresse F._____ et al. du 27 janvier 2010 et du Prof. M._____ et al. du 26 août 2010). Il n'est nullement démontré qu'ils seraient de même nature que ceux survenus à la naissance de l'assuré.

Partant, la prise de position de l'intimé, contenue dans sa communication du 14 juin 2013, apparaît justifiée en ce qu'elle limite la prise en charge des frais engendrés par le SDR sous le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC à la première semaine de vie.

12. En l'occurrence, la Dresse F._____ a également relevé le diagnostic de « foramen ovale perméable » susceptible de correspondre au chiffre 313 de l'annexe à l'OIC (malformations congénitales du cœur et des vaisseaux), que le médecin-conseil de l'appelée en cause, le Dr C._____, a rappelé dans son appréciation du 24 novembre 2011.

Par la décision querellée, l'intimé a expressément reconnu la réalisation de cette affection prise en charge sous l'égide du chiffre 313 de l'annexe à l'OIC. Cela étant, il a considéré le défaut de traitement médical corrélatif qui serait à l'origine de l'hospitalisation au Centre hospitalier N._____, ce qui justifiait son refus de prêter des suites de ce séjour hospitalier.

La position de l'OAI-VD à cet égard ne prête pas flanc à la critique, dans la mesure où si le diagnostic de « foramen ovale perméable » a effectivement été évoqué initialement par la Dresse F._____, il n'en demeure pas moins qu'aucun rapport médical subséquent ne fait état de mesures médicales spécifiques qui auraient été dispensées pour ce motif (cf. notamment rapports de la Dresse F._____ et al. du 27 janvier 2010 et du Prof. M._____ et al. du 26 août 2010). Ce diagnostic n'est pas davantage mis en exergue pour justifier l'hospitalisation de longue durée subie par le recourant, ce qu'il ne soutient d'ailleurs pas.

13. Le diagnostic de « surdité partielle bilatérale », mis en exergue par le Département médico-chirurgical de pédiatrie du Centre hospitalier N._____ (cf. rapport du 6 juillet 2010 annexé par le Dr B._____ à son propre rapport du 11 août 2010) a été rattaché par l'appelé en cause au chiffre 445 de l'annexe à l'OIC (surdité congénitale des deux oreilles).

Cette affection, non contestée par l'intimé, n'est à l'évidence pas à l'origine des soins dispensés durant le séjour litigieux, ce qui reste ainsi sans incidence sur l'issue du recours.

14. L'on ajoutera qu'en vertu de l'art. 64 LPGA, le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (al. 1). Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de (al. 2) : l'assurance-militaire (let. a) ; l'assurance-accidents (let. b) ; l'AI (let.c) ; l'assurance-maladie (let. d). L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier, même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'événement qu'il est tenu de couvrir (al.3). Par ailleurs, l'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge le traitement des atteintes à la santé dont il n'a pas à répondre lorsque ces atteintes surviennent au cours d'un traitement hospitalier et ne peuvent être traitées séparément (al. 4).

Compte tenu des éléments exposés plus haut sous considérants 5 à 13 et vu la teneur de l'art. 64 LPGA précité, il ne fait pas de doute que les frais induits par l'hospitalisation de l'assuré au Centre hospitalier N._____ à compter du 7 octobre 2009 n'incombent pas à l'OAI-VD, mais à l'appelée en cause, faute pour l'assuré d'avoir présenté une affection entrant dans le champ d'application de l'OIC au-delà de cette date dans le cadre de son hospitalisation au Centre hospitalier N._____. Il est toutefois précisé qu'il n'est pas exclu que de futurs

traitements relèvent de la compétence de l'AI selon l'un ou l'autre des chiffres de l'annexe à l'OIC évoqués ci-dessus.

15. Il résulte que le recours ne peut être que très partiellement admis, dans une mesure limitée à la prise en charge des frais afférents au séjour de l'assuré au Centre hospitalier N. _____ du 30 septembre 2009 au 6 octobre 2009, que l'intimé a acceptée par communication du 14 juin 2013. Le recours est au surplus rejeté.

15.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge du recourant, qui voit son recours pour l'essentiel rejeté, sont arrêtés à 400 francs.

15.2 N'obtenant gain de cause que dans une mesure extrêmement restreinte, le recourant ne saurait prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). De plus, il convient de souligner que l'intimé a de son propre chef rendu la communication du 14 juin 2013 confirmant la prise en charge du séjour au Centre hospitalier N. _____ du 30 septembre 2009 au 6 octobre 2009.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est très partiellement admis.

- II. La décision, rendue le 21 juin 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est réformée en ce sens que les frais de l'hospitalisation au Centre hospitalier N. _____ pour la période du 30 septembre 2009 au 6 octobre 2009 sont pris en charge par cet Office (chiffre 497 de l'annexe à l'OIC). Elle est maintenue pour le surplus.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Intégration Handicap, Me Florence Bourqui (pour A.S. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- I. _____ SA, à [...],
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :