

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 821 vom 18. Februar 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-02-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2014\\_\\_821](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__821)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 821 du 18 février 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 821 del 18 febbraio 2015

### **Regeste**

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, MALADIE DU SYSTÈME NERVEUX, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, TROUBLE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA CROISSANCE | 13 LAI, 14 LAI, 3 al. 2 LPGA, 1 OIC, 2 OIC

### **Erwägungen**

#### **E. 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<sup>er</sup> 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 hérédito-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 assécurologique, [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<sup>er</sup> novembre 2011, majorée à un degré moyen dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 Al. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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'AI de l'intégralité des frais occasionnés par son hospitalisation au Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ jusqu'au 1<sup>er</sup> 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 : CMRM]. 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

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<sup>er</sup> 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 événements 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 génétiques 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 régie 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.

#### **E. 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 ».

#### **E. 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'AI de fournir des prestations qui en découlent 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).

### **E. 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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'AI. 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.

### **E. 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<sup>ème</sup> 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 dégagant 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<sup>er</sup> 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. Elle 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> mars 2010, 9 avril 2010 et 1<sup>er</sup> 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, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, diastématomyélie et tethered cord ) ». Quant au chiffre 383 de l'annexe à l'OIC, il concerne les « affections hérédito-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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 avalidée 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, opisthotonos, 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

#### **E. 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.

## **E. 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.