

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2013

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Rothenbacher et M. Métral
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

Y. _____, au Mont-sur-Lausanne, recourante,

et

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

Art. 3 al. 2 LPGA; art. 13 LAI

E n f a i t :

A. L'enfant H._____, originaire du Brésil, est né à terme le 25 novembre 2010. Après un premier cri immédiat, il a présenté à quinze minutes de vie un gémissement expiratoire associé à un teint grisâtre. Il a dû être hospitalisé dans le service de néonatalogie de l'hôpital du Chablais à Aigle du 25 novembre au 5 décembre 2010, en raison d'un syndrome de détresse respiratoire.

Dans un rapport du 20 décembre 2010 du service de néonatalogie, les Drs Z._____ et A._____, médecin chef et médecin assistante au service de pédiatrie, ont posé le diagnostic d'infection néonatale, probable pneumonie. Ils ont indiqué que l'enfant avait bénéficié d'un traitement par pose d'un cathéter veineux ombilical, d'antibiothérapie par médicaments (Clamoxyl pendant 10 jours et Garamycine pendant 3 jours) et d'une perfusion jusqu'au 28 novembre 2010. Une radiographie du thorax n'avait pas montré de signe de pneumothorax. Ils ont retenu que l'infection néonatale était confirmée par une première formule qui montrait un nombre important de neutrophiles non segmentés à 20% ainsi qu'une augmentation importante de la CRP (protéine C réactive) qui montait jusqu'à 60 mg à la deuxième heure de la vie. D'un point de vue clinique, l'enfant est resté tachypnéique jusqu'au 26 novembre 2010, puis l'évolution a été favorable avec une diminution de la CRP. En raison de la tachypnée, l'enfant a bénéficié d'une perfusion selon besoin d'entretien jusqu'au 27 novembre 2010. A la fin de l'hospitalisation, le 5 décembre 2010, les médecins précités ont noté un status cardio-respiratoire, abdominal et neurologique sans particularités et un ortolani dans les normes; un traitement par médicament a été prescrit. Comme prestation d'invalidité, ils se sont référés au ch. 495 OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21).

Le 31 décembre 2010, les parents de H._____ ont déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une mesure

médicale en cas d'infirmité congénitale, en indiquant une atteinte sous forme de maladie présente depuis la naissance selon le ch. 495 OIC.

Dans un rapport du 20 janvier 2011 à l'attention de l'OAI, les Drs Z._____ et A._____ ont confirmé le diagnostic d'infection néonatale (probable pneumonie). Ils se sont référés à l'infirmité congénitale prévue sous ch. 495 OIC et ont signalé une amélioration de l'état de santé, en retenant un bon pronostic. Ils ont constaté cliniquement que le nourrisson présentait une mauvaise coloration, associée à un gémissement et une hypotension CRP à 64 à 12h de vie, et indiqué l'avoir traité par antibiothérapie iv pendant 10 jours.

Le cas a été soumis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR), qui dans un avis médical du 5 août 2011 du Dr R._____ a retenu le diagnostic de syndrome de détresse respiratoire dans un contexte infectieux. L'adaptation était correcte, mais dans un contexte de suspicion d'infection maternelle. Au plan biologique, la formule sanguine ne démontrait pas la présence d'une infection. La CRP augmentait légèrement, il s'agissait d'un syndrome inflammatoire, dans un contexte de syndrome de détresse respiratoire. La radiographie du thorax ne démontrait pas l'existence d'un foyer net. Dès lors, les éléments biologiques peinaient à démontrer l'existence d'une infection néonatale au degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'agissait à ce jour d'une suspicion non confirmée, et il n'était pas possible d'ouvrir un droit selon l'art. 13 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) et le ch. 495 OIC.

Dans un projet de décision du 10 août 2011, l'OAI a informé les parents de H._____ de son intention de refuser le droit à des mesures médicales. Se référant à l'avis du SMR, il a retenu que les éléments biologiques peinaient à démontrer l'existence d'une infection néonatale au degré de vraisemblance prépondérante; il s'agissait d'une suspicion non confirmée. En l'absence d'une infirmité congénitale, les frais du séjour à l'hôpital du Chablais du 25 novembre au 5 décembre 2010 ne pouvaient être pris en charge par l'AI.

Par courrier du 18 août 2011, complété le 2 septembre 2011, Y._____, assureur-maladie de H._____, a présenté des observations, en faisant valoir que selon le rapport de l'hôpital du Chablais l'enfant H._____ remplissait les critères de prise en charge des infirmités congénitales au sens des ch. 495 et 497 OIC. L'infection néonatale sévère et le syndrome de détresse respiratoire étaient bien apparus au cours des 72 premières heures de la vie et avaient sollicité un traitement médical intensif.

Dans un avis médical du SMR du 25 octobre 2011, le Dr R._____ a confirmé son précédent avis et maintenu ses conclusions de refus de prestations.

Par décision du 16 novembre 2011, l'OAI a refusé à l'enfant H._____ le droit à des mesures médicales, arguant des mêmes motifs que ceux exposés dans son projet de décision.

B. Par acte du 9 janvier 2012, Y._____ a recouru contre cette décision et conclu à la prise en charge des mesures médicales entreprises du 25 novembre au 5 décembre 2010 sur la base des ch. 495 et 497 OIC. Se prévalant de l'avis du Dr Z._____, cet assureur a expliqué que l'enfant H._____ devait être considéré comme ayant été infecté à la naissance, même si les hémocultures étaient restées négatives. Dans le cas d'espèce, selon cet assureur, la CRP n'était pas un argument permettant de nier l'existence d'une infection.

A l'appui de son recours, Y._____ a déposé un courriel du 9 janvier 2012 du Dr Z._____ adressé au Dr I._____, médecin conseil de cet assureur, relevant ce qui suit:

"J'avais revu le dossier lors de votre appel précédent et avoue que j'ai de la peine à accepter le refus de l'AI. A mon avis et quelle que soit la formulation du rapport de sortie (pas sous mes yeux) cet enfant doit être considéré comme infecté à la naissance (facteurs de risque, clinique et labo), même si les hémocultures sont restées négatives. La CRP n'est utilisable comme argument contre une infection chez le NN que si elle reste constamment en dessous de 10

mg/l, et une valeur de 63 chez un NN, même si elle est non spécifique, est très élevée et à considérer comme un argument pour une infection. Si nous ne retenons pas le diagnostic initialement suspecté d'infection néonatale nous interrompons en général le traitement à J3-J5 après réception des cultures, ce qui n'a pas été le cas ici".

Dans sa réponse du 30 avril 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours, en raison de l'absence d'infirmités congénitales. Il a produit les documents médicaux suivants:

- un avis médical du 22 mars 2012 du Dr W. _____ du SMR, qui relève ce qui suit:

"Si on reprend tout le dossier en détail, on constate 3 points parlant en faveur d'une infection:

- Il y avait un risque infectieux, vu l'état subfébrile de la mère, le syndrome inflammatoire et la rupture des membranes, probablement de 24 heures.
- L'enfant a présenté des signes de syndrome de détresse respiratoire, ce qui, sans être spécifique d'une infection, peut être le début des symptômes.
- Une C-réactive protéine (CRP) élevée, avec un maximum à 63,5 mg/l à quelques heures de vie.

Mais les arguments suivants parlent contre une infection:

- Une CRP élevée est un signe non spécifique d'une inflammation, cela peut être un signe d'alerte d'une infection débutante, mais en aucun cas une preuve.
- Le 1^{er} dosage de leucocytes révèle une leucopénie relative dans les 1^{ères} 24 heures, mais, selon la littérature, seule une leucopénie inférieure à 5×10^9 g/l est un signe fiable d'infection.
- Il est faux de prétendre que les examens de sang ont révélé une déviation G de la formule sanguine, car dans les 72 premières heures de vie, il n'y a déviation G que quand le pourcentage de neutrophiles non segmentés dépasse le pourcentage de segmentés, ce qui n'est jamais le cas pour cet assuré.
- Il n'y a pas de thrombo cytopénie constatée.

- Les hémocultures sont restées négatives.
- Le frottis bactérien du placenta est revenu négatif.
- La radiographie du thorax révèle une «légère asymétrie de transparence des plages pulmonaires d'origine technique. Pas d'infiltrat, ni de foyer de condensation pleuroparenchymateuse, pas de signe de pneumothorax».

En résumé, dans le cas de cet assuré, vu les divers arguments évoqués, il y a eu suspicion d'infection, mais cette infection, peut-être réelle, n'a jamais pu être prouvée et il convient pour cela de

refuser la prise en charge des mesures médicales sous couvert du chiffre OIC 495.

Il est important de distinguer l'indication à traiter en urgence, avec des antibiotiques et l'infection prouvée. Dans la situation de cet enfant, le Dr Z. _____ a eu absolument raison de traiter tout de suite le nourrisson, car s'il avait attendu la certitude d'une infection et que celle-ci s'était confirmée, l'issue aurait pu être fatale pour l'assuré. En effet, l'évolution de ces infections chez les nouveaux-nés peut être particulièrement foudroyante et irrécupérable. On peut même dire que dans cette situation, le Dr Z. _____ aurait commis une erreur, s'il avait attendu une certitude pour traiter. Cette situation est fréquente en néonatalogie et très souvent les nouveaux-nés sont traités en urgence par antibiothérapie sans qu'une infection ne soit prouvée par la suite. La prise en charge ou pas des mesures médicales sous chiffre 495 ne se base pas cependant sur l'indication au traitement, point qui n'est pas discuté une seconde par les divers médecins du SMR, mais plutôt par le fait que les divers examens cliniques et paracliniques prouvent l'existence d'une infection ou pour le moins réunissent un faisceau de preuves la rendant très vraisemblable.

Dans le cas présent, il n'y a ni preuve ni vraisemblance prépondérante indiscutable qu'une infection a bien eu lieu".

- un avis médical du 18 avril 2012 du Dr W. _____ du SMR, qui retient:

"Le chiffre OIC 497 ne peut effectivement pas être retenu, car l'enfant a bien présenté un SDR, mais n'a pas bénéficié de soins intensifs. Un traitement intraveineux d'antibiotiques pour suspicion d'infection ne peut en aucun cas être considéré comme un soin intensif, de même que de recevoir un bolus de NaCl. Ces soins peuvent être effectués dans n'importe quel hôpital périphérique".

Les 22 juin et 9 août 2012 respectivement, E. _____ et l'OAI ont confirmé leurs conclusions.

Le 14 juin 2013, Y. _____ a informé la Cour de céans qu'elle se substituait à Y. _____ dans la présente cause.

E n d r o i t :

1. a) 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) E. _____ a transféré son patrimoine et ses activités à Y. _____, conformément à ce qui a été publié dans la feuille officielle suisse du commerce (FOSC) le 27 mai 2013. Elle s'est ainsi substituée à E. _____ dans le présent litige contre l'OAI.

La recourante Y. _____, en tant qu'assureur-maladie de l'enfant H. _____, est directement touchée par la décision attaquée, qui refuse à ce dernier la prise en charge par l'OAI de frais de traitement en tant que mesure médicale. Elle dispose donc de la qualité pour recourir (art. 49 al. 4 en relation avec l'art. 59 LPGA; TFA I 413/00 du 9 avril 2001 consid. 3).

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-invalidité des mesures médicales nécessaires au traitement du syndrome de détresse respiratoire dans un contexte infectieux qu'a présenté l'enfant [...] dans ses premières heures de vie.

Selon l'intimé, l'existence d'une infection néonatale n'ayant pu être prouvée, dans la mesure où il s'agissait d'une suspicion non confirmée, on ne pouvait retenir une infirmité congénitale au sens de l'un des chiffres de l'OIC, de sorte que ces frais ne pouvaient être pris en charge par l'AI.

3. a) Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Selon l'art. 64 al. 2 LPGA, si les conditions de la loi spéciale sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de l'assurance militaire, l'assurance accidents, l'AI et l'assurance-maladie.

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

Selon le ch. 495 OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21), constitue une infirmité congénitale les infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire. De même, selon le ch. 497 OIC, constitue une infirmité congénitale les 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.

b) La circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2010 (ch. C 43), prévoit ce qui suit:

"Graves" au sens des ch. 495 et 497 OIC implique la nécessité de mesures médicales spéciales (par 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.

Selon l'art. 64 LPGA, l'AI doit prendre en charge l'ensemble du séjour. Après ce séjour, l'AI ne peut en principe prendre en charge qu'un seul contrôle. D'autres contrôles ultérieurs peuvent être pris en charge, si leur nécessité et leur durée probable sont présentées, motivation à l'appui, par la station de soins intensifs. Le transfert à titre préventif dans une division hospitalière de néonatalogie sans que ces mesures coûteuses n'aient été nécessaires ne suffit pas à justifier une infirmité congénitale.

L'asphyxie à la naissance peut être prise en charge dans le cadre du ch. 497 OIC lorsqu'elle atteint un degré de gravité tel que la poursuite du traitement dans un service de néonatalogie s'impose. Si l'état du sujet se normalise suite à ce transfert et qu'aucun traitement n'est plus nécessaire, on ne saurait parler d'un trouble d'adaptation respiratoire sévère.

Par insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie), on entend tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie. Ces derniers peuvent être admis sous le ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie.

c) Selon la jurisprudence, la notion de gravité au sens du ch. 497 OIC se rapporte à la nécessité de mesures médicales spéciales (par exemple un traitement intensif dans une maternité). Un traitement est

considéré comme intensif lorsqu'il dépasse nettement la durée normale d'un accouchement, par exemple si des mesures particulièrement onéreuses telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux particulièrement fréquents, etc., sont nécessaires. Après un traitement intensif, des contrôles éventuels ne peuvent être pris en compte que s'ils sont en relation avec le problème survenu à la naissance, qui peut concerner des troubles respiratoires ou des risques d'apnée (TF 9C_230/2011 du 28 novembre 2011 consid. 2.1.2).

d) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. a) Dans le cas d'espèce, il ressort du rapport médical du 20 décembre 2010 des Drs Z._____ et A._____ du service de néonatalogie de l'Hôpital du Chablais que l'enfant H._____ a été hospitalisé durant 11 jours dans les suites immédiates de sa naissance en raison d'un syndrome de détresse respiratoire (détecté à 15 minutes de vie) sur diagnostic d'infection néonatale (probable pneumonie). Malgré des

hémocultures négatives, ces médecins confirment le diagnostic d'infection néonatale en l'expliquant de manière convaincante par d'autres éléments médicaux tels que la formule montrant le nombre important de neutrophiles non segmentés et l'augmentation importante de la CRP à la 2^{ème} heure de vie. Ce rapport, qui remplit en outre tous les réquisits admis par la jurisprudence, se fonde sur des examens complets effectués par des spécialistes en néonatalogie qui ont examiné et pris en charge l'enfant, dès ses premières heures de vie. Ainsi, force est de constater que ce rapport contient tous les éléments permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Leur rapport du 20 janvier 2011 à l'attention de l'OAI vient par ailleurs confirmer le diagnostic posé sur la base des constatations médicales faites au moment de la naissance (mauvaise coloration, gémissement expiratoire et hypotension CRP) et évoque, comme facteur de risque supplémentaire, dans l'anamnèse, l'état subfébrile de la mère avec un syndrome inflammatoire important.

Dans son avis médical du 9 janvier 2011, adressé au Dr I._____, le Dr Z._____ pose de manière convaincante les critères lui permettant d'admettre le diagnostic posé (facteurs de risque, clinique et laboratoire), même si les hémocultures sont restées négatives.

Par ailleurs, l'avis du Dr W._____ du SMR du 22 mars 2012, sur lequel se fonde l'OAI pour refuser ses prestations, relève également nombre d'éléments parlant en faveur d'une infection, tels que le risque infectieux au vu de l'état subfébrile de la mère, les signes de syndrome de détresse respiratoire et une CRP élevée à 63.5 mg/l à quelques heures de vie. Ainsi, ce médecin n'exclut pas catégoriquement l'existence de la pathologie, tout en considérant que la preuve de cette dernière n'a pu être rapportée. Il admet à ce titre que le taux élevé de CRP peut être le signe d'une infection débutante, tout en considérant qu'elle n'en constitue pas une preuve. C'est sur la base de la littérature médicale qu'il écarte l'argument de la leucopénie, toutefois sans expliquer les raisons qui, dans le cas particulier, lui permettent de le faire. A la lecture de son avis

médical, force est de constater que le Dr W._____ ne s'écarte finalement pas de manière radicale de l'avis des médecins traitants et surtout qu'il n'exclut nullement la réalité de l'infection tout en contestant qu'elle ait été prouvée. Il admet d'ailleurs clairement que si le Dr Z._____ avait attendu une certitude pour traiter le nourrisson, l'issue du cas aurait pu être fatale et une faute lui être reprochée.

En réalité, la lecture de l'avis médical du Dr W._____ achève de convaincre la Cour de la pertinence des rapports médicaux des Drs Z._____ et A._____ ainsi que de la présence de l'infection, dont les éléments qui plaident en sa faveur restent importants. S'agissant enfin de la preuve qui n'a pas pu être rapportée, force est de constater qu'un traitement immédiat et adéquat a probablement contribué à la faire disparaître.

A cet égard, il convient de relever que les avis médicaux du 5 août et 25 octobre 2011 du Dr R._____ du SMR sont succincts et se fondent sur une motivation si sommaire et si peu étayée qu'elle ne permet nullement de remettre en cause les constatations des médecins traitants qui ont examiné l'enfant. Ce médecin du SMR n'a absolument pas discuté les éléments permettant de fonder l'existence d'une infection néonatale, ne se fondant que sur certaines des constatations relevées par les médecins traitants. Force est dès lors de constater que tous les éléments n'ont pas objectivement été discutés, à plus forte raison encore car les médecins du SMR n'ont pas procédé à l'examen clinique de l'enfant, contrairement aux Drs Z._____ et A._____.

b) Dès lors, compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que l'enfant H._____ a présenté bel et bien une infection néonatale sous forme de problèmes respiratoires. Au vu du séjour effectué par l'enfant du 25 novembre au 5 décembre 2010, des examens entrepris et de la prise en charge constante par des spécialistes en néonatalogie, il s'agit d'une infection sévère, qui constitue donc une infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI et des ch. 495 et 497 OIC.

Ainsi, il incombe à l'OAI de prendre en charge les mesures médicales entreprises lors de l'hospitalisation de l'enfant H._____ à l'hôpital du Chablais du 25 novembre au 5 décembre 2010. Partant, le recours est admis et la décision attaquée doit être réformée.

5. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui n'est pas représentée par un mandataire professionnel et ne fait pas valoir de frais particuliers, n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée dans le sens de l'octroi des mesures médicales relatives à l'hospitalisation de l'enfant H._____ à l'hôpital du Chablais du 25 novembre au 5 décembre 2010.
- III.** Un émolument judiciaire de 600 fr. (six cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Y. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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).

Le greffier :