

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 février 2016

---

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**CSS ASSURANCE**, à Lucerne, recourante,

**B.C.**\_\_\_\_\_, à [...], tiers intéressée, représentée par sa mère, **C.C.**\_\_\_\_\_,

et

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

---

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

## **E n f a i t :**

**A.** B.C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) est née prématurément au sein des Etablissements hospitaliers I.\_\_\_\_\_ en date du 16 octobre 2013 et a été transférée le même jour au Service de néonatalogie du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ en raison notamment d'un syndrome de détresse respiratoire. Elle y a séjourné jusqu'au 29 novembre 2013.

**B.** Dans l'intervalle, représentée par sa mère, C.C.\_\_\_\_\_, l'assurée a déposé une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 octobre 2013, requérant la prise en charge de mesures médicales et de moyens auxiliaires du fait d'une « affection néonatale ».

Le 16 janvier 2014, le Service de néonatalogie du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_, sous la plume de la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin adjointe, a fait parvenir un rapport à l'OAI, libellé notamment en ces termes :

« [...] **Diagnostics :**

**Prématuré de 28 à 31 SG** [réd. : semaines de gestation]

SDR [réd. : syndrome de détresse respiratoire] sur maladie des membranes hyalines.

Hyperbilirubinémie (sans incompatibilité).

Anémie.

Hypoglycémie néonatale, hypocalcémie néonatale.

Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative).

Poids de naissance de 1250 à 1499 g.

**OIC principal :** 494, 247.

**complémentaires :** 498, 497.

[...]

**Discussion et évolution :**

Durant son séjour en Néonatalogie, B.C.\_\_\_\_\_ a présenté les problèmes suivants :

**Prématuré de 28 à 31 SG, poids de naissance de 1250 à 1499**

**g :** B.C.\_\_\_\_\_ est un nouveau-né prématuré [...]. Elle est initialement gardée à jeun en raison du SDR et perfusée avec Glucose, Aminoven et calcium. Une TPN [réd. : nutrition parentérale totale] est débutée le 17/10 et peut être sevrée le 24/10. L'alimentation entérale est commencée le 17/10 par lait maternel

avec bonne tolérance. Elle perd un maximum de 10% de son poids de naissance le 19/10, qu'elle reprend le 28/10 à J12.  
[...]

**SDR sur maladie des membranes hyalines** : A l'arrivée dans le service, B.C.\_\_\_\_\_ présente une dégradation importante de son état respiratoire sur MMH [réd. : maladie des membranes hyalines]. Elle est intubée en urgence et reçoit une dose de Surfactant à environ 3h de vie. Elle peut être extubée le 17/10/13 avec relais par CPAP [réd. : ventilation en pression positive continue] bubble à l'air ambiant. La CPAP est sevrée le 26/11 confirmée le 29.11. Par ailleurs, B.C.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement de caféine pour un syndrome bradyapnéique du prématuré.  
[...]

**Sur le plan cardiovasculaire** : En raison d'un souffle systolique à l'auscultation, nous effectuons une échocardiographie qui montre une sténose pulmonaire périphérique à gauche pour lequel un suivi clinique sera suffisant.

**Sur le plan infectieux** : En raison des signes respiratoires qu'elle présente et dans le contexte d'une mise en travail spontanée, B.C.\_\_\_\_\_ est mise d'emblée sous Clamoxyl et Garamycine à doses non méningées. A 12h de vie (15/10), en raison d'une tachycardie persistante, associée à une hypoglycémie, un bilan infectieux est prélevé comprenant également une ponction lombaire. Elle reçoit dans ce contexte 2 remplissages de NaCl 0,9% et 2 PFC. L'hémoculture de même que la culture de LCR [réd. : liquide céphalo-rachidien] revenues stériles, l'antibiothérapie est arrêtée après 7 jours.

A 3 semaines de vie (7/11), B.C.\_\_\_\_\_ présente une baisse de l'état général, une hypothermie, une hypotonie et une augmentation des épisodes de bradycardie avec désaturations. Un traitement antibiotique par Vancomycine et Ceftazidime pour une suspicion de sepsis est alors débuté. Le bilan infectieux ne montre pas d'augmentation des paramètres inflammatoires. L'hémoculture revient positive pour un micrococcus luteus, que nous considérons comme un contaminant et l'uricult est stérile. Les sécrétions nasopharyngées sont épaisses et jaunâtres et le panel respiratoire montre un staphylocoque doré en faible quantité provenant probablement de la flore oropharyngée normale. Nous poursuivons donc l'antibiothérapie pour une durée de 72 heures au total. Etant donné l'évolution clinique très rapidement favorable, nous retenons le diagnostic de sepsis-like syndrome.

**Hypoglycémie, hypocalcémie néonatale** : Une hypoglycémie à 2,2 mmol/l est mise en évidence à 10h de vie qui se résout après l'adaptation des apports glucosés et qui peut s'inscrire dans le contexte du choc septique.

En raison de l'acidose métabolique qu'elle présente peu après sa naissance (MMH, probable choc septique et perte rénale), elle reçoit des bicarbonates auxquels elle répond favorablement.

B.C.\_\_\_\_\_ présente une hypocalcémie minimale à 1,01 mmol/l nécessitant une substitution, d'abord IV [réd. : intra-veineuse] puis per os, traitement qu'elle conserve jusqu'à sa sortie.

B.C. \_\_\_\_\_ présente à 2 jours de vie une hyperbilirubinémie sans incompatibilité, maximale à 167 umol/l, nécessitant plusieurs passages sous photothérapie du 18.10 au 24.10.

**Anémie** : En raison d'une anémie de la prématurité et spoliative, B.C. \_\_\_\_\_ est mise sous Maltofer dès le 23/10. Le 07/11, on note une baisse de l'hémoglobine à 104g/l (contre 119g/l 3 jours auparavant). Après avoir exclu une hémorragie intracrânienne, nous retenons le diagnostic d'anémie inflammatoire dans le contexte du sepsis-like syndrome. Par la suite l'hémoglobinémie se stabilise autour de 90g/l et B.C. \_\_\_\_\_ reste par ailleurs asymptomatique. [...] »

L'OAI a adressé une communication à la mère de l'assurée le 31 janvier 2014, par laquelle il a reconnu le droit à la prise en charge des mesures médicales dispensées à sa fille pour le traitement des infirmités congénitales couvertes par les chiffres 494 (nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes), 247 (syndrome des membranes hyalines), 497 (sévères troubles respiratoires d'adaptation) et 498 (troubles métaboliques néonataux sévères) de l'annexe à l'OIC (ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21).

En date du 6 février 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, a signalé à l'OAI que l'assurée avait atteint le poids de trois kilos le 20 décembre 2013.

Le Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ a établi une facture le 17 février 2014 pour les soins dispensés à l'assurée du 16 octobre 2013 au 29 novembre 2013 à hauteur d'un total de 161'444 fr. 65.

Par courrier du 19 mai 2014 au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_, l'OAI a requis le splitting de cette facture, afin que les soins dispensés à titre anti-infectieux soient portés à la charge de l'assurance contre la maladie, CSS Assurance (ci-après également : la recourante).

Sollicité pour avis, le médecin-conseil de CSS Assurance, le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, s'est exprimé comme suit le 27 novembre 2014 :

« A mon avis, la « complication infectieuse » surinfection par staphylocoque doré, diagnostic non retenu, mais évoqué pendant 72 heures, est en relation directe avec son statut de prématuré avec un poids < à 2000 gr à la naissance et n'ayant pas encore atteint le poids de 3000 gr (OIC 494).

Il s'agit bien d'une complication possible chez les prématurés à faible poids de naissance nécessitant une prise en charge intensive (réanimation intensive avec prise en charge prolongée aux soins intensifs de néonatalogie). [...] »

Le 8 mai 2015, le Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ a fait parvenir une facture du 4 mai 2015 à CSS Assurance pour le montant de 11'804 fr. 59, afférent au traitement contre les infections, après splitting de sa facture \_\_\_\_\_ initiale \_\_\_\_\_ du 17 février 2014.

**C.** Par pli du 5 juin 2015, CSS Assurance a contesté la position de l'OAI, estimant que les frais relatifs aux soins prodigués contre les infections devaient être assumés par l'AI dès lors que le chiffre 494 de l'annexe à l'OIC englobait à son sens toutes les affections présentées par les nouveau-nés prématurés jusqu'à ce qu'ils atteignent le poids de 3000 grammes. Dès lors, les frais des traitements dispensés à l'assurée par le Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ de sa naissance au 29 novembre 2013 incombent à l'OAI. CSS Assurance précisait avoir avancé ses prestations dans l'attente d'une décision de l'OAI à cet égard.

Ce dernier a soumis son dossier au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), lequel s'est prononcé le 27 juillet 2015 par l'intermédiaire \_\_\_\_\_ du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en pédiatrie, mettant en exergue les éléments suivants :

« Enfant née à 30 semaines et 4 jours de gestation avec un poids de naissance de 1400 gr qui a présenté un syndrome de détresse respiratoire sur maladie des membranes hyalines, ainsi qu'une hypoglycémie et hypocalcémie néonatales. En raison d'une suspicion d'infection néonatale avec hémoculture négative, le nouveau-né a bénéficié d'une antibiothérapie. Durant son séjour, en raison d'une baisse de l'état général à 3 semaines de vie, avec hypothermie et hypotonie, un traitement par antibiotiques pour suspicion de sepsis a à nouveau été proposé.

L'hospitalisation de la patiente dès sa naissance jusqu'au 29.11.2013 dans le service de néonatalogie du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_, puis du 29.11 au 15.12.2013 dans le service de pédiatrie des Etablissements hospitaliers I.\_\_\_\_\_ peut être prise en charge sous couvert des chiffres OIC 247, 494 et 498.

Le chiffre OIC 495 ne peut pas être retenu, car la première antibiothérapie a été justifiée par une suspicion d'infection néonatale non confirmée et la seconde est apparue tardivement, après les 72 premières heures de vie et n'a également pas été prouvée.

Il est à relever que le raisonnement fait par la CSS Assurance dans sa lettre du 05.06.2015 (GED 10.06.2015) comporte une erreur importante. Le fait d'être prématuré avec un petit poids augmente effectivement le risque d'infection grave, mais ce n'est en aucun cas le fait d'être prématuré ou d'avoir un petit poids qui est la cause d'une éventuelle infection. Il y a un événement extérieur déterminant qui doit intervenir, soit une infection par bactéries, virus ou autres. Enfin, on ne peut que le répéter, dans le cas qui nous occupe, l'infection n'a été que suspectée, mais jamais confirmée. »

L'OAI a rendu une décision le 11 août 2015, reprenant la teneur de l'avis SMR précité. Il a ce faisant confirmé la prise en charge des mesures médicales afférentes aux chiffres 494, 247, 497 et 498 de l'annexe à l'OIC et refusé d'assumer les frais médicaux engendrés du fait des traitements anti-infectieux, ceux-ci ne pouvant être pris en compte sous chiffre 495 de l'annexe à l'OIC, tandis qu'aucune infection n'avait été démontrée.

Notifiée à la mère de l'assurée, cette décision a été adressée en copie à CSS Assurance, ainsi qu'au Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_.

**D.** CSS Assurance a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 10 septembre 2015. Elle a conclu à son annulation et à ce que la facture du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ pour le montant de 11'806 fr. 60 fût mise à la charge de l'OAI, sous suite de frais et dépens. Après rappel des faits à l'origine de la cause, ainsi que de la reconnaissance par l'intimé de l'infirmité congénitale couverte par le chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, elle a souligné que le traitement d'atteintes à la santé constituant une conséquence de l'infirmité ou d'atteintes à la santé intercurrentes survenues pendant l'hospitalisation motivée par l'infirmité sont à la charge de l'AI. En justifiant son refus de prester sur la base du chiffre 495 de

l'annexe à l'OIC, l'OAI aurait méconnu ces principes. Les infections suspectées, vraisemblablement en lien avec la prématurité de l'assurée, étaient intervenues dans le cadre de l'hospitalisation assumée par l'intimé, sans qu'il fût nécessaire de vérifier si ces infections étaient avérées. De l'avis de CSS Assurance, l'OAI était tenu de prendre en charge la facture litigieuse sous l'angle du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 19 novembre 2015, en suggérant le rejet. Il a exposé que le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC n'était pas applicable en l'occurrence, tandis que le chiffre 494 de cette annexe ne permettait pas d'assumer les frais du traitement uniquement préventif dispensé à l'assurée. Etait annexé un nouvel avis du SMR du 19 octobre 2015, où le Dr H. \_\_\_\_\_ s'est notamment exprimé comme suit :

« [...Vu] sa détresse respiratoire, le nouveau-né a été mis d'emblée sous antibiothérapie, sans preuve qu'une réelle infection était présente et celle-ci n'a pas pu être démontrée par la suite. On doit d'ailleurs relever que les chiffres OIC 247, 494, 497 et 498 ont été annoncés par la Dresse D. \_\_\_\_\_ dans son rapport AI du 16.01.2014, mais pas le chiffre OIC 495.

Ceci dit, le SMR estime tout à fait justifié de traiter d'emblée un prématuré en détresse respiratoire avec comme seul argument qu'il y avait suspicion d'infection, car attendre une certitude d'infection pour débiter une antibiothérapie aurait été une faute médicale, le délai d'attente du début du traitement pouvant être fatal au nouveau-né.

Le SMR peut donc confirmer qu'il n'y a eu que suspicion d'infection, mais qu'on ne peut de loin pas affirmer que celle-ci était bien présente. Le syndrome de détresse respiratoire qui a été une des justifications de la mise en place de l'antibiothérapie s'est révélé être plutôt la conséquence de sa maladie des membranes hyalines. Le chiffre OIC 495 ne peut donc pas être retenu, car une simple suspicion n'est pas suffisante pour admettre ce chiffre OIC.

[...] Les décisions concernant le chiffre OIC 495 sont toutefois importantes, car les nouveau-nés, particulièrement les prématurés, pour diverses raisons, sont mis d'emblée sous antibiotiques. Ces traitements sont justifiés, car si on attend, comme écrit plus haut, que l'enfant présente tous les signes cliniques d'une infection, le traitement a de grands risques d'être trop tardif et l'issue être fatale pour l'enfant. Ceci dit, la plupart du temps, ces traitements d'antibiotiques, quoiqu'on le répète justifiés par précaution, sont en fait inutiles, car le nouveau-né n'avait pas réellement d'infection. Si l'AI doit retenir le chiffre OIC 495 pour toutes les suspicions d'infection chez des nouveau-nés prématurés ou pas, le nombre d'hospitalisation en néonatalogie à charge de l'AI va considérablement augmenter, car l'antibiothérapie de précaution est fréquente en néonatalogie. »

Par écritures subséquentes des 9, 17 décembre 2015 et 20 janvier 2016, les parties ont pour l'essentiel persisté dans leurs conclusions respectives.

La cause a ensuite été gardée à juger.

### **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'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).

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**c)** S'agissant d'une contestation relative à la prise en charge de frais de traitement d'une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause peut être tranchée par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

**d)** Le recours de CSS Assurance a été par ailleurs 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.

On ajoutera que le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations.

D'après l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose alors des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également à cet égard : art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

En l'espèce, en sa qualité d'assurance-maladie susceptible d'être amenée à assumer définitivement les frais des mesures litigieuses à titre subsidiaire (cf. art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] et art. 64 LPGA), CSS Assurance a indubitablement la qualité pour recourir contre la décision de refus de

prise en charge des frais de traitement anti-infectieux rendue par l'OAI le 11 août 2015.

**2.** Est litigieuse in casu la prise en charge des frais afférents aux traitements anti-infectieux prodigués à l'assurée à l'occasion de son hospitalisation au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ du 16 octobre 2013 au 29 novembre 2013.

Il est en revanche incontesté que l'assurée est née prématurément et a présenté les caractéristiques requises par le chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, soit un poids à la naissance inférieur à 2000 grammes. L'intimé a d'ailleurs octroyé ses prestations à ce titre dans le contexte de l'hospitalisation au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ sous l'angle de l'art. 13 LAI. En outre, l'OAI a également admis qu'au cours de cette hospitalisation, un syndrome des membranes hyalines répondant au chiffre 247 de l'annexe à l'OIC avait été mis en évidence, alors que l'assurée avait également souffert de sévères troubles respiratoires d'adaptation et métaboliques néonataux conformément aux chiffres 497 et 498 de l'annexe à l'OIC.

L'intimé a toutefois nié devoir assumer les frais des traitements anti-infectieux prodigués au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_, motif pris qu'une suspicion d'infection et une infection survenue au-delà de 72 heures après la naissance n'étaient pas couvertes par le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC.

Quant à la recourante, elle estime pour sa part que les traitements précités devraient être intégralement pris en charge par l'OAI sous l'égide du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, considérant que les infection et suspicion d'infection présentées par l'assurée durant son hospitalisation étaient vraisemblablement en lien de causalité avec sa prématurité.

Compte tenu des arguments des parties, il convient donc de déterminer à quel assureur incombe le paiement des traitements anti-

infectieux prodigués à l'assurée au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ entre le 16 octobre 2013 et le 29 novembre 2013, ainsi que d'examiner si les diagnostics évoqués dans le cas de l'assurée entrent dans le champ d'application de l'OIC, singulièrement du chiffre 494 ou du chiffre 495 de son annexe.

**3.** Selon l'art. 64 LPGA, le traitement d'une atteinte à la santé 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). 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). Sur le plan temporel, l'assureur social n'est toutefois tenu de verser des prestations pour un traitement hospitalier que le temps que dure la prise en charge du cas d'assurance qu'il est tenu de couvrir (ATF 134 V 1 consid. 6.2.2 ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 2.1).

Le concours de plusieurs mesures médicales prodiguées dans un traitement hospitalier qui, chacune à elle seule, relèvent du domaine de compétence d'une assurance distincte et qui sont certes appliquées en même temps, mais concernent des atteintes à la santé que l'on peut délimiter les unes des autres ne doit en principe pas engendrer l'application de l'art. 64 al. 4 LPGA (ATF 134 V 1 consid. 8.1 ; TF 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 2.2). Si dans le cadre d'un seul traitement hospitalier, il est procédé simultanément à l'intervention chirurgicale d'une infirmité congénitale et d'une atteinte à la santé indépendante ne relevant pas du champ d'application de l'assurance-invalidité, par exemple parce que l'infirmité est localisée dans la même partie du corps et qu'il s'avère inopportun voire irresponsable d'un point de vue médical d'envisager deux interventions séparées (l'une à la charge de l'assurance-invalidité et l'autre à la charge de l'assurance-maladie), les frais qui en découlent doivent faire l'objet d'une répartition. Cette répartition doit se faire selon la part que devraient prendre à leur charge les assurances sociales respectives en cas de traitement séparé et

doit être calculée concrètement sur la base des indications médicales à ce sujet (ATF 134 V 1 consid. 8.2).

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

**a)** 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 (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 395/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2, in : SVR 2003 IV n° 12 p. 35).

**b)** 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 de

l'art. 13 LAI ; en effet, cette disposition tient compte du fait que les infirmités congénitales ne sont par définition ni des maladies, ni des accidents (ATF 122 V 113 consid. 3a/cc).

Par ailleurs, afin de garantir les principes de l'égalité devant la loi et de la sécurité du droit, le champ d'application de l'art 13 LAI est strictement délimité dans l'OIC, laquelle définit ce qu'il faut entendre par infirmités congénitales au sens de l'AI (art. 1 al. 1 OIC) et énumère, dans une liste annexée, celles qui donnent droit à des mesures médicales de l'AI. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) est autorisé à compléter cette liste en y ajoutant des infirmités dont la nature congénitale est évidente, mais qui ne figurent pas encore dans celle-ci (art. 1 al. 2, 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).

**c)** 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).

Les mesures médicales accordées conformément à l'art. 13 LAI doivent tendre, en principe, à soigner l'infirmité congénitale elle-même. La jurisprudence admet toutefois qu'elles puissent traiter une affection secondaire, qui n'appartient certes pas à la symptomatologie de l'infirmité congénitale, mais qui, à la lumière des connaissances médicales, en sont une conséquence fréquente ; il doit, en d'autres termes, exister entre l'infirmité congénitale et l'affection secondaire un lien de causalité adéquate qualifié (ATF 129 V 207 consid. 3.3).

Pour que le rapport de causalité entre deux faits soit adéquat, il faut non seulement que l'un apparaisse comme la cause nécessaire de l'autre, mais aussi que le premier fait soit propre, dans le cours normal des choses et selon l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat semblable (ATFA 1962 p. 48 consid. 1).

Il n'est cependant pas nécessaire que l'affection secondaire remplisse elle-même les conditions prescrites pour sa reconnaissance comme infirmité congénitale spécifique ou qu'elle soit la conséquence directe de l'infirmité congénitale ; des conséquences même indirectes de l'affection congénitale de base peuvent également satisfaire à l'exigence de la causalité adéquate (VSI 1998 p. 252 et 2001 p. 75 consid. 3b ; ATF 100 V 41 consid. 1 ; TFA I 318/90 du 4 juin 1991 consid. 3b et les références ; cf. également Valterio, op.cit., n° 1552 p. 420).

Quant à la fréquence des affections secondaires, elle ne constitue pas à elle seule un critère décisif pour l'admission d'un lien de causalité adéquate (TF 8C\_80/2010 du 15 juin 2010 consid. 2.2 et jurisprudence citée ; cf. également Valterio, op. cit., ibidem).

Dans tous les cas, la reconnaissance du lien de causalité doit être soumise à une appréciation restrictive du fait précisément que l'art. 13 LAI limite le droit de l'assuré au traitement de l'infirmité congénitale comme telle (VSI 1998 p. 252 consid. 2a).

**5.** 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 CMRM (Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015), édictée par l'OFAS en sa qualité d'autorité de surveillance en matière AI.

**a)** Destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'éviter, dans la mesure du possible, que l'administration ne rende des décisions viciées qu'il faudra ensuite annuler ou révoquer, et d'établir des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance, ont valeur de simple ordonnance administrative. Selon la jurisprudence, ces directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celles-ci. Le juge des assurances sociales n'est pas lié par les ordonnances administratives. Il ne doit en tenir compte que dans la mesure où elles permettent une application correcte des dispositions légales dans un cas d'espèce, voire qu'elles présentent la jurisprudence de la Haute Cour en vigueur. Il doit en revanche s'en écarter lorsqu'elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux règles légales applicables (cf. ATF 133 V 587 consid. 6.1 ; 133 V 257 consid. 3.2 ; 132 V 200 consid. 5.1.2 ; 131 V 42 consid. 2.3 ; 129 V 200 consid. 3.2 ; 127 V 57 consid. 3a ; 126 V 64 consid. 4b et références citées).

En tant qu'aides interprétatives, les instructions ne constituent pas un fondement pour poser des exigences matérielles limitatives supplémentaires (ATF 126 V 421 consid. 5a ; 109 V 166 consid. 3b).

**b)** La CMRM, à ses chiffres 11 et 12, a repris la notion d'affection secondaire en lien de causalité avec une infirmité congénitale et également exposé les conditions de prise en charge d'une affection dite intercurrente.

Selon cette directive, 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, ainsi que jurisprudence citée sous considérant 4c supra).

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).

**6.** Il y a lieu d'examiner spécifiquement les chiffres 494 et 495 de l'annexe à l'OIC intéressant le cas d'espèce.

**a)** Le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC mentionne, au titre d'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.

En vertu du chiffre 495 CMRM, « graves » au sens de cette disposition implique la nécessité de mesures médicales spéciales (par ex. un traitement aux soins intensifs d'un hôpital de soins aigus après une naissance à domicile, ou un traitement dans l'unité de soins intensifs d'une maternité ou d'une clinique infantile après un accouchement à l'hôpital).

Un traitement est par ailleurs considéré comme « intensif » lorsque les frais normaux de séjour d'une accouchée sont nettement dépassés, c'est-à-dire lorsque des mesures particulièrement onéreuses sont nécessaires, telles que surveillance permanente par appareils, contrôles et soins médicaux à l'hôpital particulièrement fréquents (chiffre 495 CMRM).

**b)** Quant au chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, il se rapporte à la prématurité, englobant les mesures nécessitées par les nouveau-nés ayant à la naissance un poids inférieur à 2000 grammes, jusqu'à la reprise d'un poids de 3000 grammes.

Le chiffre 494.1 CMRM précise que le poids à la naissance est déterminant. Il ne faut pas tenir compte de la perte de poids physiologique qui se produit après la naissance. Le droit à des prestations s'éteint dès que le poids atteint 3000 grammes.

**c)** On rappellera enfin, plus généralement, que dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

**7.** En l'espèce, le rapport établi le 16 janvier 2014 par la Dresse D.\_\_\_\_\_ signale que l'assurée a reçu des traitements antibiotiques à deux reprises au cours de son séjour au Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_.

Elle a été en effet traitée en premier lieu à son arrivée au Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_, tandis qu'un bilan infectieux était ordonné du fait d'une « tachycardie persistante, associée à une hypoglycémie ». Les cultures effectuées dans ce contexte sont toutefois « revenues stériles » de sorte que l'antibiothérapie a pu prendre fin après sept jours de traitement (cf. rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2014, p. 2).

L'assurée a bénéficié d'un second traitement « à trois semaine de vie », les médecins ayant constaté « une baisse de l'état général, une hypothermie, une hypotonie et une augmentation des épisodes de bradycardie avec désaturations ». Ils ont conclu à un diagnostic de « sepsis-like syndrome » vu « l'évolution clinique très rapidement favorable », consécutivement à la poursuite « d'une antibiothérapie pour une durée de 72 heures au total » (cf. rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2014, p. 3).

Il est par ailleurs constant que l'assurée présentait un poids inférieur à 2000 grammes à la naissance et qu'elle a atteint le poids déterminant de 3000 grammes en date du 20 décembre 2013, ce qui lui a ouvert le droit - non contesté - aux prestations de l'intimé sous couvert du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC (cf. rapport de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2014 in limine et avis du Dr E.\_\_\_\_\_ du 6 février 2014).

**a)** S'agissant du premier traitement anti-infectieux administré par le Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ à l'assurée, on doit convenir avec l'intimé, respectivement le SMR, que les examens diligentés subséquemment n'ont pas permis de vérifier l'existence effective d'une infection.

La Dresse D.\_\_\_\_\_ a en effet expressément indiqué que les cultures effectuées s'étaient avérées « stériles », de sorte que l'on peut retenir que le traitement a été vraisemblablement dispensé à titre

préventif, en dépit des risques réels de déclenchement d'une infection, dont l'issue aurait pu s'avérer fatale.

Compte tenu d'une simple suspicion d'infection rapidement écartée du fait de l'impact du traitement administré, il convient de déduire que les critères de gravité de l'affection et de l'intensité du traitement, au sens requis par le chiffre 495 de l'annexe à l'OIC, n'étaient vraisemblablement pas réalisés dans le cas de ce premier traitement anti-infectieux.

La prise en charge des frais correspondants sous l'angle du chiffre 495 de l'annexe à l'OIC apparaît en conséquence exclue.

En revanche, on peut considérer - au degré de la vraisemblance prépondérante requis en droit des assurances sociales - que cette suspicion d'infection est en relation directe avec le statut de prématuré de l'assurée, ainsi que l'a souligné le médecin-conseil de la recourante et l'a concédé le SMR (cf. avis des Drs J. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2014 et H. \_\_\_\_\_ du 19 octobre 2015, p. 1 in fine).

Dès lors, dans cette mesure, il y a lieu de considérer la réalisation de la situation mise en exergue par la jurisprudence fédérale citée sous considérant 4c supra et reprise au chiffre 11 CMRM en retenant la survenance d'une problématique secondaire à la prématurité de l'assurée.

A fortiori, le traitement dispensé à l'assurée à son arrivée au Centre hospitalier A. \_\_\_\_\_ devrait de toute façon être assumé, sous l'angle du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, au regard du chiffre 12 CMRM, au titre de traitement d'une affection intercurrente, dans l'hypothèse où le lien de causalité entre le risque infectieux présenté par l'assurée et son statut de nouveau-né prématuré ne devait pas être admis.

Vu ces éléments, il s'ensuit que les frais afférents au traitement antibiotique prodigué à l'assurée à son arrivée au Centre

hospitalier A.\_\_\_\_\_ doivent être assumés par l'intimé sous couvert du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC.

**b)** Eu égard au second traitement anti-infectieux dont a bénéficié l'assurée à trois semaines de vie, l'application du chiffre 495 de l'annexe à l'OIC s'avère manifestement exclu.

Les symptômes ayant justifié l'administration dudit traitement ne sont en effet clairement pas survenus au cours des 72 premières heures de la vie, ainsi que le requiert ledit chiffre de l'annexe à l'OIC.

Toutefois, il convient de procéder à un raisonnement identique à celui développé ci-avant dans le cas du premier traitement antibiotique, dans la mesure où il a été vraisemblablement nécessité du fait de la prématurité de l'assurée, ce que le SMR ne met d'ailleurs pas sérieusement en doute.

Dès lors, on peut déduire que les frais engendrés par ce second traitement incombent également à l'intimé dans le cadre de la prise en charge garantie par le chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, en raison du lien entre la prématurité de l'assurée et le risque infectieux accru (cf. chiffre 11 CMRM).

Qui plus est, il appartiendrait de toute façon à l'OAI d'assumer ces frais en application du chiffre 12 CMRM, sous l'angle du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC, alors que l'assurée n'avait pas encore atteint le poids déterminant de 3000 grammes.

**8.** Il résulte des considérants qui précèdent que le recours déposé par CSS Assurance doit être admis et la décision de l'OAI du 11 août 2015 réformée en ce sens que l'assurée a droit à la prise en charge des frais de traitements anti-infectieux dispensés au Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ à l'occasion de son hospitalisation du 16 octobre 2013 au 29 novembre 2013 sous l'angle de l'art. 13 LAI, singulièrement du chiffre 494 de l'annexe à l'OIC.

Le paiement du montant de 11'804 fr. 60 incombe en conséquence à l'intimé.

**a)** 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 de l'intimé sont fixés à 400 francs.

**b)** Quoique CSS Assurance obtienne gain de cause, elle ne saurait en revanche prétendre des dépens de la part de l'intimé, dans la mesure où en sa qualité d'assureur social, elle dispose d'un service juridique interne susceptible de la représenter dans l'accomplissement de ses tâches de droit public (ATF 134 V 340).

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours interjeté par CSS Assurance le 10 septembre 2015 est admis.
- II. La décision rendue le 11 août 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud dans le dossier de l'enfant B.C.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que le montant de 11'804 fr. 60 facturé par le Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ est mis à la charge de l'intimé sous l'angle du chiffre 494 OIC.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont également mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- CSS Assurance, à Lucerne,
- C.C.\_\_\_\_\_, à [...] (pour B.C.\_\_\_\_\_), pour information,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :