

## **GE\_GERICHTE ATAS/815/2012 vom 20. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_815\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_815_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/815/2012 du 20 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/815/2012 del 20 giugno 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

A la requête du TCAS, l'intimé a communiqué l'avis du SMR du 17 mars 2010. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, un syndrome respiratoire avec acidose mixte pouvait être d'origine multiple, l'origine infectieuse n'étant qu'une des causes possibles. De même en allait-il des pétéchie, qui pouvaient être d'origine infectieuse ou traumatique. Quant au CRP, il s'agissait certes d'un marqueur précoce d'une réaction inflammatoire qui pouvait effectivement être augmenté lors d'une infection mais pas uniquement. De plus, l'assurée présentait une température rectale normale, elle était en bon état général, bien hydratée, bien colorée et le status neurologique était décrit comme normal, sans hypotonie, ce qui parlait en défaveur d'une infection. En outre, il n'y avait pas eu de leucocytose (les leucocytes totaux étant de

A/673/2010 - 4/13 - 19'000 G/l le 5 août 2009, de 22'100 G/l le 6 août 2009 et de 15'000 G/l le 7 août 2009, les valeurs normales étant situées entre 9'000 et 30'000), ni de déviation à gauche, les neutrophiles segmentés étant plus nombreux que les non-segmentés. Le Dr M\_\_\_\_\_ considérait en outre que le résultat relatif à la thrombopénie légère pouvait être mis en doute étant donné que, sans raison, l'assuré était passé d'une thrombocytopénie légère à une valeur normale le lendemain, puis à nouveau à une thrombocytopénie légère. Enfin, l'hémoculture était restée stérile. Le Dr M\_\_\_\_\_ a donc considéré qu'il y avait certes suspicion d'une infection néonatale, ce qui justifiait le traitement dès lors qu'on ne pouvait attendre qu'il y ait certitude pour traiter l'assurée par antibiothérapie, mais pas suffisamment d'éléments cliniques et paracliniques pour affirmer qu'il y avait effectivement une infection néonatale.

#### **E. 10**

Lors de l'audience de comparution personnelle du 7 juin 2010, la mère de l'assurée a précisé que sa fille se portait bien actuellement, mais qu'il n'était pas possible de se prononcer sur son évolution au niveau du développement.

#### **E. 11**

Le TCAS a invité la Dresse L\_\_\_\_\_ à prendre connaissance de l'avis du SMR du 17 mars 2010 et à lui faire part de sa détermination. Par courrier du 4 août 2010, la praticienne a expliqué qu'un très grand nombre d'éléments cliniques et paracliniques étaient compatibles avec une infection néonatale : détresse respiratoire à la naissance avec récurrence à 16 heures de vie, CRP élevée à la naissance, ayant continué d'augmenter à 10 heures d'intervalle, une déviation gauche sur la numération cellulaire, une thrombopénie. Elle a également considéré que sans antibiothérapie, l'issue n'aurait pas été aussi favorable chez l'assurée. Certes, l'hémoculture était restée stérile, mais cela était parfois le cas dans les infections néonatales et pédiatriques sans que pour autant une infection systémique ne fût

écartée. En conclusion, la Dresse L\_\_\_\_\_ était d'avis que l'AI devait prendre en charge des mesures médicales au titre d'infirmité congénitale OIC 495.

#### **E. 12**

Par écriture du 31 août 2010, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il a joint un avis du Dr M\_\_\_\_\_ du 19 août 2010, dans lequel ce praticien rappelait que l'antibiothérapie était justifiée. Cela étant, de nombreux éléments (absence de leucocytose et de déviation gauche, hémocultures stériles) ne permettaient que de parler de suspicion d'infection et non d'infection confirmée. Il a en outre estimé que le fait que l'état de santé de l'assurée se fût amélioré pouvait être lié aux antibiotiques mais également avoir été d'évolution spontanée. En effet, selon lui, il était commun de constater des détresses respiratoires disparaissant spontanément après quelques heures. Le Dr M\_\_\_\_\_ a enfin conclu de la manière suivante : « la justification du traitement par antibiotiques presque systématiquement n'est pas contestée par l'AI, mais l'AI ne peut pas prendre en charge toutes les suspicions d'infections, mais seulement les infections certaines ou très vraisemblables ».

A/673/2010 - 5/13 -

#### **E. 13**

Par ordonnance du 18 octobre 2010, le TCAS a mandaté la Dresse N\_\_\_\_\_, médecin associée, département de néonatalogie du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS (CHUV), pour expertise.

#### **E. 14**

Dans son rapport du 29 août 2011, l'experte a relevé que lorsque la formule sanguine avait été effectuée, on ne trouvait pas de description des signes cliniques infectieux, comme l'instabilité thermique (37° et 36,8° sur deux contrôles), une tachypnée à plus de 60' (FR entre 40 et 50' sur deux contrôles) et une tachycardie à plus de 160' (FC entre 130 et 140' sur deux contrôles). D'autres signes cliniques, tels que la léthargie, l'hypotonie musculaire, l'irritabilité et les difficultés alimentaires n'avaient pas été notés sur la feuille de surveillance. La Dresse N\_\_\_\_\_ a également considéré qu'il n'y avait pas de déviation gauche. Elle a en outre relevé que dans les notes de suite de l'hospitalisation, il était précisé que l'assurée présentait un masque facial, des pétéchies au niveau de l'épaule droite, un hématome au niveau du pied droit ainsi qu'une petite hémorragie conjonctivale gauche, à mettre sur le compte de la position en anténatale et de l'extraction difficile lors de la césarienne. Elle a également constaté qu'une normalisation rapide de la CRP avait eu lieu, la valeur étant déjà en baisse après 24 heures d'antibiotique. Dans ce contexte, la Dresse N\_\_\_\_\_ a notamment précisé que cette diminution parlait plutôt pour une évolution naturelle de la CRP. En effet, en cas d'infection néonatale sévère, on se serait attendu à une stabilisation de la CRP après 24 heures et ensuite seulement à une baisse. Elle a posé les diagnostics suivants : nouveau-né à terme né dans un contexte d'extraction difficile, adaptation néonatale correcte, syndrome de détresse respiratoire (SDR) d'emblée, transitoire de deux heures, sur probable wet lung, suspicion d'infection néonatale avec hémocultures négatives, dans une situation sans risque infectieux, masque facial, pétéchies isolées et hémorragie conjonctivale en lien avec l'extraction difficile. Le degré de gravité était considéré comme léger à moyen, avec résolution rapide. L'experte a considéré que l'introduction d'un traitement antibiotique dans le cadre d'une suspicion néonatale était justifiée. En effet, « il s'agirait d'une grave faute médicale que d'attendre que le nouveau-né présente plus de symptômes pour le traiter, car le sepsis néonatal se manifeste souvent très

vite et peut également évoluer très vite ». Dans beaucoup de service en Suisse, la durée de traitement varie entre trois jours pour une suspicion peu probable et 7 à 10 jours pour une suspicion hautement probable. La Dresse N\_\_\_\_\_ a exposé qu'en cas d'infection néonatale sévère, les signes cliniques les plus fréquents étaient les suivants : tachypnée sans SDR (58%), cyanose (25%), teint grisâtre, apnée bradycardie (20%), hypoglycémie (8,4%), instabilité thermique (fièvre : 7 % ; hypothermie : 3,5%), mauvaise perfusion avec temps de recapillarisation de plus de 3 secondes, tachycardie, éventuellement hypotension, hypotonie musculaire, irritabilité et difficultés alimentaires. Dans le cas de l'assurée, les signes relevés étaient les suivants : tachypnée sans SDR et instabilité thermique sous forme de fièvre. Cela étant, l'experte a considéré que la

A/673/2010 - 6/13 - suspicion d'infection néonatale était hautement probable et par conséquent définitivement à traiter comme suspicion mais avec un degré de gravité léger à modéré. Sur la base de la littérature consultée, elle a retenu qu'un traitement antibiotique de 7 jours était adéquat, la durée de 10 jours appliquée par les HUG pouvant être discutée. Enfin, ce médecin a indiqué que les offices AI des cantons du Valais et de Berne octroyaient des mesures médicales pour une suspicion d'infection néonatale avec traitement d'antibiotiques de 3 jours et d'infection finalement non confirmée. Par contre, l'office AI du canton de Vaud refusait la prise en charge systématique des suspicions d'infections si elles n'étaient confirmées (hémocultures positives) ou si l'enfant n'avait pas présenté des symptômes majeurs avec défaillance cardiovasculaire par exemple, ou des paramètres biologiques sévèrement atteints (CRP à 200, déviation à gauche, etc.). Elle estimait cependant cette manière de procéder aléatoire, subjective et non basée sur l'évidence scientifique actuelle. S'agissant du cas de l'assurée, la Dresse N\_\_\_\_\_ estimait qu'il répondait aux conditions prévues par le chiffre 495 de la CMRM.

## **E. 15**

Par écriture du 22 septembre 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours, se référant à un nouvel avis du Dr M\_\_\_\_\_, daté du 13 septembre 2011. Le médecin du SMR relevait notamment que le rapport de la Dresse N\_\_\_\_\_ mettait bien en évidence les points suivants : absence de risque infectieux, détresse respiratoire attribuée à un wet-lung (problème non infectieux), absence de signes cliniques concluants, absence de signes paracliniques concluants, masque facial, pétéchies isolées et hémorragie conjonctivale liées à l'extraction difficile. Il s'étonnait toutefois que l'expert eût pu conclure à une infection hautement probable dès lors que les points énumérés ne parlaient pas en faveur d'une infection hautement probable, mais seulement d'un risque possible d'infection. De plus, il relevait que la Dresse N\_\_\_\_\_ mentionnait d'une part, la tachypnée, l'instabilité thermique et la CRP comme des éléments permettant d'estimer l'infection comme étant hautement probable et qu'elle précisait d'autre part, que la CRP était un paramètre de mauvaise spécificité, sa normalisation n'ayant pu être que spontanée car trop rapide pour avoir été le fait d'antibiotiques et que la température fluctuante avait disparu, sans traitement, dès que la recourante avait été déshabillée. Quant au syndrome de détresse respiratoire, il s'était rapidement résolu, probablement lié à un wet lung. Enfin, la présence d'une tachypnée isolée n'était pas claire dès lors que la fréquence respiratoire était dans les valeurs normales à l'entrée dans le service. Le Dr M\_\_\_\_\_ a en outre rappelé que le SMR ne remettait pas en cause le traitement par des antibiotiques. Il estimait cependant que le chiffre 495 était clair et ne visait que les infections manifestes, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. En effet, « extrêmement souvent, les nouveau-nés qui

présentent des symptômes suspects d'infection sont immédiatement traités par antibiotiques intraveineux,

A/673/2010 - 7/13 - alors que la plupart se révèle par la suite ne pas avoir été infecté. Si l'assurance- invalidité acceptait de prendre en charge toutes les suspicions d'infection traitées par antibiotiques, la majorité des cas des services de néonatalogie devraient être pris en charge par l'assurance-invalidité en application du chiffre 495 OIC alors que, dans la plupart des cas, il ne s'agirait que de fausses alertes ».

#### **E. 16**

Pour sa part, la recourante s'est ralliée aux conclusions de l'expertise.

#### **E. 17**

La Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après la Cour de céans), compétente depuis le 1er janvier 2011, a invité l'experte à se prononcer sur l'avis du SMR. La Dresse O \_\_\_\_\_ a confirmé, par courrier du 14 avril 2012, le diagnostic de suspicion d'infection néonatale hautement probable à l'admission, étant donné que deux signes cliniques et un paramètre biologique étaient présents, de sorte que l'antibiothérapie était justifiée. Quant au degré de gravité, il était à ce moment-là léger à modéré (4,5 sur une échelle de 1 à 10). Elle a toutefois conclu de la manière suivante : « comme déjà stipulé dans mes commentaires de l'expertise et qui n'engagent que moi, le fonds du problème n'est pas la suspicion d'infection mais le manque d'objectivité dans certaines décisions de l'AI, en lien avec des termes du texte législatif qui peuvent porter à confusion, qui veulent dire tout ou rien, qui sont interprétés différemment selon les personnes et les cantons, et qui souvent sont même dépassés puisque plus à jour par rapport au traitement actuel (par ex. les exsangino-transfusions en cas d'hyperbilirubinémies) ». Dans ses conclusions du 3 mai 2012, l'intimé a relevé qu'il ne s'agissait dans le cas de la recourante que d'une suspicion d'infection néonatale. Le Dr M \_\_\_\_\_ a en effet maintenu sa position et relevé qu'« il y a eu, à plusieurs reprises, des divergences de vue entre le SMR et la Dresse N \_\_\_\_\_ pour d'autres cas, ce qui explique l'avant-dernier paragraphe de son rapport du 14 avril 2012 ».

#### **E. 18**

Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

#### **E. 22**

novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante

A/673/2010 - 8/13 - devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales

contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. La question à examiner est celle de savoir si l'assurée présente une infirmité congénitale au sens du ch. 495 de l'annexe à l'OIC (ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21), et, partant, si l'office intimé était tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation du 5 au 16 août 2009 au titre des mesures médicales. 5. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Au nombre des mesures de réadaptation envisageables, figurent notamment les mesures médicales, les mesures d'ordre professionnel et la remise de moyens auxiliaires. 6. a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. Selon l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. L'art. 13 al. 2 LAI précise que le Conseil fédéral établira une liste des infirmités congénitales pour lesquelles ces mesures sont accordées. Il pourra exclure la prise en charge du traitement d'infirmités peu importantes. La liste des infirmités congénitales prévue par cette disposition fait l'objet d'une ordonnance spéciale (art. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). Selon 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 1ère phrase de l'Ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985

A/673/2010 - 9/13 - - OIC) et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2 1ère phrase OIC). Le Département fédéral de l'intérieur peut également qualifier d'infirmités congénitales au sens de l'art. 13 LAI les infirmités congénitales évidentes qui ne figurent pas dans cette liste (art 1 al. 2, 2ème phrase OIC). La jurisprudence a reconnu que le Conseil fédéral et – dans l'hypothèse de l'art. 1 al. 2 OIC – le Département fédéral de l'intérieur disposaient d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer, parmi les infirmités congénitales au sens médical, celles pour lesquelles les prestations de l'art. 13 LAI doivent être accordées (infirmités congénitales au sens de la LAI; ATFA non publié I 544/1997 du 14 janvier 1999, consid. 2b et les références in VSI 5/1999 p. 170). La liste dressée à cette fin, parfois en tenant compte d'impératifs légitimes de praticabilité, présente un caractère technique marqué. Dans ces conditions, la jurisprudence a prononcé que, si la norme édictée restait dans les limites autorisées par la délégation, le juge n'avait pas à décider si la solution adoptée représentait la solution la meilleure pour atteindre le but visé par la loi, étant donné qu'il ne pouvait substituer sa propre appréciation à celle du Conseil fédéral ou du département (ATF 125 V 21 consid. 6a; ATF non publié 9C\_817/2009 du 14 avril 2010, consid. 3.2 et les références citées). b/aa) La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC inclut à son chiffre 495 les infections néonatales sévères, lorsqu'elles sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire. b/bb) Selon les chiffres 495, 497-499 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), le terme de «graves» (recte « sévères », voir version

allemande) au sens de ce chiffre 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). Un traitement est notamment 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'assurance-invalidité doit prendre en charge l'ensemble du séjour. 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. Selon la jurisprudence, les instructions de l'administration, en particulier de l'autorité de surveillance sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales et visent à unifier, voire à codifier la pratique des organes d'exécution. Elles ont notamment pour but d'établir des critères généraux d'après lesquels est tranché chaque cas d'espèce et cela aussi bien dans l'intérêt de la praticabilité que pour assurer une égalité de traitement des ayants droit. Ces

A/673/2010 - 10/13 - directives n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit et donnent le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci. Le Tribunal fédéral en contrôle librement la légalité et doit s'en écarter dans la mesure où elles établissent des normes qui ne sont pas conformes aux dispositions légales applicables (ATF 133 V 587 consid. 6.1 et 133 V 257 consid. 3.2 et les références; ATF 133 II 305 consid. 8.1). c) Sont réputées mesures médicales nécessaires au traitement d'une infirmité congénitale tous les actes dont la science médicale a reconnu qu'ils sont indiqués et qu'ils tendent au but thérapeutique visé d'une manière simple et adéquate (art. 2 al. 3 OIG). Une méthode de traitement est considérée comme éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire réputée scientifiquement reconnue, si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. L'élément décisif à cet égard réside dans le résultat des expériences et dans le succès d'une thérapie déterminée (ATF 123 V 58 consid. 2b/aa et les références). Cette notion, valable dans le domaine de l'assurance-maladie sociale - sous l'empire de la LAMA et, pour l'essentiel, de la LAMal (ATF 125 V 28 consid. 5a et ATF 123 V 61 consid. 2c) -, s'applique également aux mesures médicales de l'assurance-invalidité. Il s'ensuit qu'un traitement n'étant pas à charge de l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie, faute de caractère scientifiquement reconnu, ne peut en principe pas davantage être alloué dans le cadre des art. 12 et 13 LAI (ATF 123 V 60 consid. 2b/cc et les références; arrêt du Tribunal administratif fédéral non publié I 270/04 du 22 février 2005, consid. 3.1). 7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi

en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

A/673/2010 - 11/13 - prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353, consid. 5b, ATF 125 V 193, consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319, consid. 5a). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 8. a) En l'espèce, il y a lieu de rappeler, à titre liminaire, que le traitement en tant que tel n'est pas contesté par l'intimé. Bien plus, le SMR indique, dans un avis datant du 13 septembre 2011, « qu'il est bien conscient que dès qu'il y a doute, il ne faut pas s'abstenir et traiter sans délai, afin d'éviter une issue fatale ». La seule question qui se pose dès lors est celle de la prise en charge des frais du traitement, à savoir si elle relève de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-maladie. b) Cela étant précisé, la Cour de céans constate que la Dresse N\_\_\_\_\_ a fait état d'une suspicion d'infection néonatale hautement probable en raison de la présence de deux symptômes cliniques (tachypnée sans syndrome de détresse respiratoire et instabilité thermique) et d'un paramètre biologique (CRP élevée) positifs. De son côté, le Dr M\_\_\_\_\_ du SMR, a estimé qu'il s'agissait d'une infection seulement possible, considérant notamment que les points énumérés par l'expert parlaient plus en faveur d'un risque possible d'infection et non d'une infection hautement probable. Interrogée suite à l'avis du SMR, l'experte a persisté dans ses conclusions par courrier du 14 avril 2012 mais sans prendre position plus précisément sur les critiques du SMR. En guise de conclusion, elle a relevé le manque d'objectivité de l'AI dans certaines décisions.

A/673/2010 - 12/13 - Pour sa part, le SMR a maintenu sa position et précisé qu'à plusieurs reprises, il y avait eu des divergences de vue entre le SMR et la Dresse N\_\_\_\_\_, ce qui pouvait expliquer les commentaires personnels de cette dernière. Comme indiqué précédemment, le juge ne s'écarte en principe pas de l'avis de l'expert mandaté, sauf motifs impératifs. Cela étant, dans le cas d'espèce, les propos tenus par la Dresse N\_\_\_\_\_ par rapport au prétendu manque d'objectivité de l'AI permettent de douter de sa propre objectivité et peuvent sous-entendre un parti-pris de cet expert. Par conséquent, la Cour de céans ne saurait suivre les conclusions de la Dresse N\_\_\_\_\_ pour ce motif déjà. A cela s'ajoute le fait que les arguments invoqués par le SMR pour contester le caractère

hautement probable de la suspicion d'infection sont convaincants. En effet : - La Dresse N\_\_\_\_\_ se fonde notamment sur l'existence d'une instabilité thermique pour justifier son diagnostic. Or, comme le SMR l'a relevé, elle a elle-même admis que la température de 37,9°/38° s'était normalisée à 37,3° sans fébrifuge, en déshabillant simplement l'enfant car c'était le mois d'août. La Cour de céans peine dès lors à comprendre comment le symptôme de l'instabilité thermique peut parler en faveur d'une infection, alors qu'il était simplement lié à la température ambiante. - L'expert a également pris en considération une CRP élevée. Cependant, comme l'a relevé le SMR, la Dresse N\_\_\_\_\_ a elle-même admis que le paramètre de la CRP était de mauvaise spécificité et que sa normalisation ne pouvait être que spontanée, car trop rapide pour avoir été le fait d'antibiotiques. - Enfin, l'experte a retenu une détresse respiratoire qu'elle attribuait à un wet- lung. Pour le médecin du SMR, le wet-lung n'est pas un problème infectieux. De plus, il considérait que la présence d'une tachypnée isolée n'était pas claire étant donné que la fréquence respiratoire était dans les valeurs normales à l'entrée dans le service, à 56 minutes. Enfin, une tachypnée isolée pouvait être de différentes origines. Compte tenu des avis circonstanciés du médecin du SMR, que la Dresse N\_\_\_\_\_ n'a d'ailleurs pas contredits, la Cour de céans considère que seul le diagnostic de suspicion d'infection de degré léger à moyen pouvait être posé. Il ne s'agit par conséquent à l'évidence pas d'une infection néonatale sévère manifeste au sens du ch. 495 OIC, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a refusé la prise en charge du traitement administré à la recourante lors de ses premiers jours de vie. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la partie recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/673/2010 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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