

## **VD\_FINDINFO AI 367/09 - 425/2011 vom 21. Juli 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-07-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_367\\_09\\_-\\_425\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_367_09_-_425_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 367/09 - 425/2011 du 21 juillet 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 367/09 - 425/2011 del 21 luglio 2011

### **Regeste**

INFIRMITÉ CONGÉNITALE, TROUBLE RESPIRATOIRE, ENFANT, SÉJOUR À L'HÔPITAL, FRAIS{EN GÉNÉRAL}, AI{ASSURANCE} | 13 LAI, 3 al. 2 LPGA, 1 OIC

### **Erwägungen**

#### **E. 18**

novembre 2008] de la Néonatalogie pour conclure que le refus de l'hospitalisation précitée contrevient au chiffre 497.2 CMRM. Les assurés âgés de moins de 20 ans ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement d'infirmités congénitales reconnues (art. 13 de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité (LAI)). Ces affections sont mentionnées de façon exhaustive dans la liste annexée à l'ordonnance y relative. Le chiffre 497 annexe OIC permet la prise en charge des sévères troubles respiratoires d'adaptation (par exemple: asphyxie, apnée, syndrome de détresse respiratoire) lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire. «Graves» 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). Aux termes de ce chiffre, 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. 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 (ch. 495, 497-499 CMRM). Le chiffre 497.2 CMRM cité par le médecin-conseil de la caisse-maladie a la teneur suivante: «497 2 Insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie): tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie». Selon le rapport médical établi le 8 janvier 2009 [réd. recte: 18 novembre 2008] par la division de Néonatalogie, le transfert à l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ est demandé pour des apnées centrales avec désaturations et suspicion d'infection néonatale. L'Hôpital W.\_\_\_\_\_ observe des désaturations (min. 50%) sur apnées centrales nécessitant une stimulation. Le Service médical régional précise, dans son avis du 7 mai 2009, qu'une apnée sévère est une apnée qui nécessite un traitement spécifique, soit médicamenteux (caféine) soit mécanique (C-PAP), que, par stimulation, il faut entendre un contact physique de l'infirmière vers l'enfant et que, en termes de surveillance intensive, une apnée ne nécessite pas la présence constante d'une infirmière ou un appareillage très sophistiqué. Le rapport médical précité ne décrit pas la mise en oeuvre d'un traitement à la caféine ou la mise sous CPAP. Nous ne pouvons que maintenir le refus

des mesures médicales. Notre décision est par conséquent la suivante: La demande est rejetée.» B. Par acte du 17 août 2009, Visana a recouru contre la décision du 6 juillet 2009, en concluant avec suite de frais à son annulation et à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de prendre en charge les frais d'hospitalisation de l'enfant L. \_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008. En substance, elle fait valoir que les conditions du ch. 497 de l'annexe à l'OIC sont remplies, si bien que l'office intimé aurait dû accepter de prendre en charge les frais d'hospitalisation à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_. Dans un deuxième moyen, elle fait valoir que l'intimé, en refusant de prester au motif que les conditions posées par la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM) – ou l'interprétation qu'en fait le Dr Z. \_\_\_\_\_ – ne seraient pas remplies, a violé le droit, les conditions de la CMRM allant au-delà de ce que prévoient la LAI et l'OIC. Dans un dernier moyen, elle relève que les conditions posées par la CMRM sont également satisfaites. Elle produit un onglet de pièces sous bordereau, lequel comprend notamment un rapport médical du Dr J. \_\_\_\_\_ du 4 août 2009, à la teneur suivante: «Prise de position relative à la motivation médicale de la décision de l'AI Appréciation : En ce qui concerne l'argumentation du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, il y a lieu de relever en particulier ce qui suit: • Dans le rapport de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ relatif à l'hospitalisation de L. \_\_\_\_\_, il est écrit en toutes lettres dans la partie intitulée «Discussion et évolution» que l'«... on observe des apnées centrales à répétition, raison pour laquelle l'enfant est transféré à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_». On ne sait ainsi pas sur quoi se base l'affirmation du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon laquelle le nouveau-né aurait été transféré à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ à cause d'une infection néonatale et non des phases d'apnée qui nous occupent ici. • L'affirmation du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon laquelle il faut distinguer médicalement les apnées des syndromes de détresse respiratoire n'est absolument pas contestée. Le médecin du SMR oublie toutefois que ces deux expressions sont citées à titre d'exemple sous le chiffre 497 OIC en tant que sévères troubles respiratoires. • En ce qui concerne la nécessité d'une surveillance particulière dans une division de néonatalogie à cause d'apnées répétées, nécessité contestée par le Dr Z. \_\_\_\_\_, il est renvoyé à la CMRM 2009 (cf. appréciation du médecin-conseil du 24 mars 2009). L'indication du médecin de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ d'hospitaliser le nouveau-né du 8 au 18 février 2008 en néonatalogie et de le transférer en maternité uniquement après stabilisation, justifie et souligne la nécessité du traitement intensif requis au chiffre 497 OIC. L'avis personnel du Dr Z. \_\_\_\_\_ relatif au degré de gravité des troubles d'adaptation respiratoire, à leur surveillance et à leur traitement, importe peu. Dans son argumentation, le Dr Z. \_\_\_\_\_ ne se réfère ni au texte de l'Ordonnance sur les infirmités congénitales ni aux éclaircissements apportés par la CMRM. Le caractère arbitraire de son argumentation se manifeste de plus également dans la manière détournée dont le Dr Z. \_\_\_\_\_ interprète les raisons de l'hospitalisation contenues dans le rapport de sortie de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_.» Dans sa réponse du 27 novembre 2009, l'OAI propose le maintien de la décision attaquée. Il explique que le diagnostic d'immatunité du tronc cérébral ne constitue pas une infirmité congénitale et que les examens ont permis d'exclure une infirmité congénitale au sens du ch. 382 OIC. Le droit aux mesures médicales a été refusé au motif que les troubles respiratoires d'adaptation n'ont pas nécessité de traitement intensif, et ne revêtent donc pas les critères requis par le ch. 497 OIC. En outre, l'existence de troubles respiratoires d'adaptation sévères au sens du ch. 497 OIC ne peut être retenue: le SMR ne conteste pas l'existence de troubles respiratoires, pouvant être le signe d'une infection néonatale, mais relève que ces troubles respiratoires ont nécessité des stimulations (contact physique de l'infirmière vers l'enfant), lesquelles ne constituent pas un traitement

intensif. Dans ses observations du 5 janvier 2010, Visana renvoie à son écriture du 17 août 2009, observant pour le surplus que la réponse de l'office intimé n'a été signée que par une personne. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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. 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 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 al. 1 let. a LPA-VD). c) Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. A cet égard, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré. Selon la jurisprudence, l'assureur-maladie a ainsi qualité pour recourir contre une décision d'un Office AI relative à des mesures médicales (Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd. 2009, n. 23 ad art. 59 LPGA; cf. ATF 114 V 94 c. 3d), dans la mesure où il lui incombe de prendre en charge les mesures médicales qui ne sont pas à la charge de l'assurance-invalidité (cf. art. 27 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]). d) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA) – par Visana, auprès de qui L.\_\_\_\_\_ est affilié pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal, contre la décision rendue le 6 juillet 2009 par l'OAI.

2. La question à examiner est celle de savoir si l'assuré présente une infirmité congénitale au sens du ch. 497 de l'annexe à l'OIC, et, partant, si l'office intimé était tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation auprès de la Division de néonatalogie de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008.

3. a) A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Conformément à l'art. 13 LAI, les assurés ont droit aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales 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). 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 OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales, RS 831.232.21] et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, 1 ère phrase, OIC). b) Cette liste repose sur une délégation du législateur au Conseil fédéral (art. 13 al. 2 LAI). 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 disposait 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; TFA I 544/97 du 14 janvier 1999 c. 2b et les références, in Pratique 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 c. 6a; TF 9C\_817/2009 du 14 avril 2010 c. 3.2 et les références citées). c) 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 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 c. 6.1 p. 591; 133 V 257 c. 3.2 p. 258 et les références; cf. ATF 133 II 305 c. 8.1 p. 315). d) La liste des infirmités congénitales annexée à l'OIC inclut à son chiffre 497 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». Selon les chiffres 495, 497-499 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (CMRM), «graves» 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). 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, par exemple, 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. Après ce séjour, l'assurance-invalidité 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'exemple suivant est cité: lorsqu'il existe un haut risque d'apnée, en relation avec le ch. 497 OIC, l'assurance-invalidité peut prendre en charge d'autres mesures (y compris monitoring à la maison pour le contrôle de la respiration). Selon le ch. 497.2 CMRM relatif aux insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie), tous les syndromes de détresse respiratoire du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le ch. 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie. 4. a) En l'occurrence, l'ensemble des avis médicaux versés au dossier constitué évoque, outre diverses pathologies, l'affection respiratoire

présentée par l'assuré. Ainsi, la Dresse H. \_\_\_\_\_ écrit que ce sont «des apnées centrales à répétition» qui ont motivé son transfert en division de néonatalogie à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_, où celles-ci ont également été observées. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'en disconvient pas. Il reconnaît ainsi l'existence des problèmes respiratoires de l'assuré, même s'il considère (avis médical du 9 février 2009) que le diagnostic reste celui d'immaturation du tronc cérébral et que celle-ci ne constitue pas une maladie congénitale. Certes, tant la Dresse H. \_\_\_\_\_ que le Dr Z. \_\_\_\_\_ font allusion à une immaturité du tronc cérébral ainsi qu'à une éventuelle infection néonatale. Pour autant, en dépit de l'ensemble des examens cliniques effectués, l'étiologie des apnées n'a pas pu être déterminée (cf. avis médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 7 mai 2009). De son côté, la Dresse H. \_\_\_\_\_ parle de désaturations inexplicables. Au vrai, il ne s'agit pas ici de savoir quelle est l'origine des troubles respiratoires de l'assuré ni de poser un diagnostic précis à leur propos mais bien de se demander si ceux-ci remplissent les conditions posées par les textes applicables pour pouvoir être pris en charge au titre d'infirmes congénitaux relevant de l'assurance-invalidité. b) Le chiffre 497 de l'annexe à l'OIC prévoit la prise en charge des 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. Il n'est à cet égard par contesté que l'assuré a été transféré en néonatalogie à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ dans les 72 premières heures de vie, ce que confirme la Dresse H. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 18 novembre 2008, qui fait état d'un transfert à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ à 36 heures de vie. Est par contre litigieux le point de savoir si l'assuré a subi des troubles respiratoires d'adaptation sévères, ainsi qu'un traitement intensif. S'agissant en premier lieu de la sévérité des troubles respiratoires présentés, le Dr Z. \_\_\_\_\_ écrit dans son avis médical du 7 mai 2009 que l'assuré a été transféré à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ non pas pour des apnées, mais en raison du risque d'infection néonatale dont elles pouvaient être le signe. Il relève à cet égard que pour un néonatalogue averti, une apnée sévère est une apnée qui nécessite un traitement spécifique, soit médicamenteux (caféine), soit mécanique (C-PAP). Dans les autres cas, il s'agit d'apnées secondaires à d'éventuelles pathologies, comme en l'espèce. Le Dr J. \_\_\_\_\_ conteste cette appréciation, en se référant au rapport de la Dresse H. \_\_\_\_\_ où l'on peut lire que «lors de l'hospitalisation à C. \_\_\_\_\_, on observe des apnées centrales à répétition, raison pour laquelle l'enfant est transféré le soir même à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_» (rapport médical du 4 août 2009). Or il ressort du rapport médical de la Dresse H. \_\_\_\_\_ que l'assuré a été transféré en néonatalogie pour des apnées centrales avec désaturations et suspicion d'infection néonatale. Cette praticienne relève du reste sous la rubrique «suspicion d'infection néonatale» de son rapport que c'est au vu des apnées centrales avec désaturations inexplicables que l'enfant est mis sous antibiothérapie. Il n'en demeure pas moins qu'elle souligne la gravité de l'affection de l'assuré en posant le diagnostic d'immaturation du tronc cérébral avec syndrome bradyapnéique sévère. En outre, elle retient à titre principal l'infirmité congénitale visée par le chiffre 497 de l'OIC. Mais il y a plus. Il convient de constater qu'en raison des apnées centrales répétées ayant entraîné des chutes de la saturation en oxygène, l'assuré a dû être transféré en division de néonatalogie à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_, la survie du nourrisson n'étant pas garantie dans une maternité ordinaire. L'assuré y a fait l'objet de moult examens cliniques dont trois ponctions lombaires, d'une surveillance intensive au moyen d'appareils assortie de stimulation et d'une alimentation par perfusion pendant une semaine. A l'évidence, la durée et l'ampleur des soins prodigués excèdent le traitement courant pratiqué habituellement dans une maternité. On doit dès lors

admettre que le traitement peut être considéré comme intensif, au regard des critères exemplatifs ressortant de la CMRM. Dans la mesure où l'intensité du traitement peut être retenue, l'on se trouve en présence de sévères troubles respiratoires d'adaptation (que la CMRM qualifie de «graves» en référence aux chiffres 495 et 497 à 499 de l'annexe à l'OIC). Cette différence terminologique ne revêt toutefois en l'espèce aucune portée, dès lors que la CMRM ne crée pas de nouvelles règles de droit mais donne seulement le point de vue de l'administration sur l'application d'une règle de droit et non pas une interprétation contraignante de celle-ci (cf. consid. 3c supra). Les explications fournies par le Dr Z. \_\_\_\_\_ pour contester la sévérité de l'atteinte respiratoire présentée par l'assuré n'emportent pas la conviction. Se livrant à des spéculations sur la nature et l'ampleur du traitement, il perd de vue que l'assuré a été transféré à 36 heures de vie en division de néonatalogie à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ pour des apnées centrales et une cyanose, qui ont nécessité une hospitalisation de dix jours. Sur la base de ces éléments, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a qualifié le syndrome bradyapnéique de sévère dès lors que la désaturation en oxygène atteignait 90 à 92%. La nécessité de stabiliser l'état du nourrisson impliquait le transfert à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_, à défaut de quoi la survie de l'assuré était mise en péril. c) Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que L. \_\_\_\_\_ a présenté un sévère trouble respiratoire d'adaptation au sens du chiffre 497 de l'annexe à l'OIC. Le chiffre 497.2 CMRM ne conduit pas à une autre solution, conformément à ce que plaide la recourante. C'est donc à tort que l'intimé a refusé de prendre en charges les frais d'hospitalisation auprès de la Division de néonatalogie de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008, lesquels relèvent dès lors de l'assurance-invalidité. 5. a) Il s'ensuit que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 6 juillet 2009 par l'OAI réformée, en ce sens que cet office est tenu de prendre en charge les frais d'hospitalisation de L. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ du 8 au 18 février 2008. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI au sens des art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).