

VD_GERICHTE ZD14.044704 vom 16. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.044704

FR: VD_GERICHTE ZD14.044704 du 16 février 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.044704 del 16 febbraio 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 262/14 - 45/2015 ZD14.044704 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 16 février 2015 _____ Composition : Mme BERBERAT,
présidente MM. Neu et Merz, juges Greffière : Mme Preti ***** Cause pendante entre :
D. _____ SA, à Lausanne, recourante, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ
POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 3 et 8 LPGA ;
13 LAI ; 1 et 2 OIC 402

- 2 - E n f a i t : A. En date du 18 décembre 2012, les parents de I. _____ (ci- après :
l'assurée), née le [...], ont déposé une demande de prestations AI pour mineurs auprès de
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé)
tendant à l'octroi de mesures médicales en raison d'une affection néonatale. Dans un
rapport du 5 février 2013, la Dresse W. _____, médecin associée auprès du Service de
néonatalogie du J. _____ (ci- après : J. _____), a indiqué que l'assurée avait séjourné
dans le service précité du 17 au 20 novembre 2012, date de son transfert à la maternité du
J. _____. Elle a posé le diagnostic de SDR [syndrome de détresse respiratoire] sur
aspiration de méconium, ainsi que de suspicion d'infection néonatale, précisant que
l'intéressée était née à terme (de 37 à 42 SG) avec un poids de 3840 gr et une taille de 49
cm. Au chapitre de l'évolution, la Dresse W. _____ a exposé ce qui suit : « (...).
Evolution : Liquide amniotique méconial, pas de cri immédiat, intubation impossible en
raison de sécrétions importantes au niveau de l'oropharynx ne permettant pas la
visualisation des cordes vocales. Aspiration oro-pharyngée et gastrique puis stimulation.
Premier cri à une minute de vie. Bradycardie à environ 3 minutes de vie sur aspiration,
nécessitant une ventilation au masque pendant environ 30 secondes. Apparition dès les
premières minutes de vie d'un SDR avec tirage, grunting et tachypnée ainsi qu'une
cyanose. La première saturation obtenue à 5 minutes de vie est à 70%. I. _____ reçoit de
l'oxygène à la volée, permettant une amélioration des saturations. En raison du SDR, elle
est mise sous CPAP [Continuous Positive Airway Pressure ou en français ventilation en
pression positive continue] dès 20 minutes de vie (...). Discussion et évolution : Durant son
séjour en Néonatalogie, I. _____ a présenté les problèmes suivants : SDR sur aspiration
de méconium : I. _____ présente une clinique compatible avec une bronchoaspiration de
liquide amniotique méconial, avec un SDR d'emblée, un thorax bombé, une radiographie
du thorax montrant des infiltrats diffus. La clinique s'améliore sous CPAP sous air, avec
une correction rapide de l'acidose respiratoire. L'évolution est favorable et la CPAP peut
être sevrée le 18 11, avec arrêt définitif confirmé le 20/11/2012

- 3 - Durée de VNI [ventilation non invasive] : 16 heures Durée de VI : 0 heure Durée totale
de ventilation : 16 heures Nouveau-né à terme de 37 à 42 SG Poids de naissance > 2500g,
RCIU (taille) : I. _____ est un nouveau-né à terme, eutrophique pour les 3 paramètres.

En raison du SDR, elle est gardée initialement à jeun et perfusée avec du glucose qui est sevré le 19.11. L'alimentation est débutée à J2 et est bien tolérée. Au moment de son départ, elle a perdu un maximum de 5% de son PN. Les OEA sont normales. Le Konakion est donné i.v à la naissance et sera à redonner à J28. Le Guthrie de J4 est normal de même que l'US cérébral. Iso-immunisation AO : Au vu d'un Coombs positif, nous effectuons des contrôles rapprochés de la bilirubine transcutanée, qui restent toujours dans la norme. Suspicion d'infection néonatale (hémoculture négative) : Devant le SDR initial, une infection néonatale ne peut être exclue. I._____ est mise sous antibiothérapie (Clamoxyl et Garamycine) dès la naissance après prélèvement d'une hémoculture. Le bilan sanguin effectué à l'entrée montre une hyperleucocytose à 34,2 G/L, sans déviation gauche. L'évolution clinique est favorable. L'hémoculture est stérile et les antibiotiques sont stoppés à J3 ». Par communication du 30 avril 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures médicales, soit la prise en charge des coûts du traitement de l'infirmité congénitale chiffre 497 OIC [ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales ; RS 831.232.21] du 17 novembre 2012 jusqu'à la fin du traitement intensif, au plus tard cependant jusqu'au 18 novembre 2012 (sevrage CPAP). Il était précisé que la prise en charge comprenait les coûts du traitement à l'hôpital et un contrôle ultérieur. Des contrôles ultérieurs pouvaient être pris en charge si leur nécessité et leur durée prévisible étaient justifiées par le traitement intensif. Une copie de la décision était également adressée à D._____SA (ci-après : D._____SA ou la recourante) en sa qualité d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie de l'assurée. Dans sa contestation du 27 mai 2013, D._____SA a conclu à la prolongation de la prise en charge par l'OAI jusqu'à l'arrêt définitif du CPAP, soit jusqu'au 20 novembre 2012. En effet, selon le rapport des médecins traitants, la CPAP (mesure particulièrement onéreuse et surveillance par appareil) avait été définitivement arrêtée le 20 novembre

- 4 - 2012. En outre, en raison du SDR, l'assurée avait été perfusée avec du glucose dont le sevrage avait débuté le 19 novembre 2012. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à son Service médical régional (ci-après : SMR). Par avis médical du 12 septembre 2013, le Dr V._____, spécialiste en pédiatrie, a relevé ce qui suit : « Rapport médical de la Dresse W._____ du 5.02.2013, indexé au 14.03.2013 : Ce rapport nous apprend qu'il s'agit d'un nouveau-né à terme, avec présence d'un liquide méconial avec une adaptation moyenne. Aspiration oro-pharyngée, puis évidemment bradycardie sur aspiration nécessitant une ventilation au masque pendant 30 secondes, puis mise sous C-PAP. Problèmes respiratoires OIC 497 : SDR sur probable aspiration de liquide méconial. Mise sous C-PAP avec correction rapide. La C- P-AP est sevrée le 18.11.2013. Il est donc possible d'ouvrir un droit sous 13 LAI OIC 497 du 7 [recte : 17].11. au 18.11.2012. La position du SMR est extrêmement claire. Le chiffre OIC 497 nécessite un traitement intensif. Or, par traitement intensif, il faut considérer la présence du tube trachéal en place. Dès lors qu'on l'enlève, il n'y a plus de raison de tenir une surveillance intensive. Pour mémoire, l'Al revoit le dossier de manière rétrospective, ce qui n'est pas le cas au quotidien. Les mesures de sécurité sont compréhensibles, mais elles ne doivent pas interférer avec cette évaluation rétroactive ». Par projet de décision du 31 mars 2014, l'OAI a rejeté la demande de prise en charge des mesures médicales jusqu'au 20 novembre 2012 se fondant sur l'avis du SMR lequel a considéré que le 18 novembre 2012 était la date à laquelle correspondait la fin des mesures médicales intensives. Dans le cadre de sa contestation du 10 avril 2014, D._____SA a transmis le 14 mai 2014 un courrier du 28 avril 2014 de la Dresse W._____, laquelle a fait état des éléments suivants : « La ventilation non invasive (ou

CPAP nasale) peut être sevrée de plusieurs manières : soit on augmente tous les jours les pauses par exemple pause de 1h, puis de 2h, puis de 4h puis stop. Une autre alternative est celle d'arrêter d'un coup avec les critères requis bien sûr, cf. notre feuille d'arrêt de CPAP, et de confirmer la tentative d'arrêt de CPAP (TAC) comme réussie après 48-72 h de surveillance, c'est-à-dire de la fréquence respiratoire, des signes de SDR, des bradycardies apnées qui peuvent également réapparaître.

- 5 - En effet, il arrive que nous devons remettre la CPAP surtout chez les prématurés, et pour éviter un transfert en hôpital périphérique puis un retour, et de par notre expérience, nous avons fixé les retransferts après arrêt de CPAP selon les critères mis ci-joints. Il semblerait logique que les médecins responsables du codage AI se fixe un délai après la CPAP, comme cela est valable également pour l'OIC 498 (hypoglycémie), 24h après stop de la perfusion ». D. _____ SA a également transmis un courriel du 13 mai 2014 de la Dresse W. _____ laquelle a donné des informations à propos du sevrage CPAP. Elle a notamment mentionné que le jour du sevrage direct comptait comme dernier jour de la prise en charge par l'AI. Une telle pratique n'était pas juste, car la CPAP devait quelque fois être remise, même 24 heures plus tard. Elle a rappelé que pour la perfusion de sucre, l'AI prenait en charge les frais jusqu'à 24 heures après son arrêt. Par décision du 30 septembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 31 mars 2014. B. Par acte du 6 novembre 2014, D. _____ SA interjette recours contre la décision du 30 septembre 2014 de l'intimé. Elle conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision rendue le 30 septembre 2014 par l'OAI du Valais [recte : Vaud], lequel doit prendre en charge le séjour hospitalier de l'assurée jusqu'au 20 novembre 2012. Elle allègue que le fait de séjourner dans un service de néonatalogie implique déjà en soi une mesure intensive et que si l'état de l'assurée n'avait nécessité qu'une simple surveillance, elle aurait très vraisemblablement déjà pu être transférée dans le service de maternité dès le 18 novembre 2012. Elle ajoute que l'assurée a bénéficié d'une surveillance permanente par appareillage afin de vérifier la fonction respiratoire et qu'un traitement antibiotique a été administré jusqu'au 19 novembre 2012. Elle se réfère en outre à un arrêt rendu par le Tribunal fédéral (TF 9C_893/2010), dans lequel l'assurance-invalidité avait pris en charge le traitement plusieurs jours après le retrait de la CPAP. Il ressortait de cet arrêt que même après un traitement intensif, l'assurance-invalidité pouvait encore prendre en charge des mesures, si elles étaient directement liées à l'infirmité congénitale, soit par exemple en cas de risque d'apnée dans les cas de

- 6 - détresse respiratoire. Elle soutient que la surveillance fournie dans la division de néonatalogie du 18 au 20 novembre 2012 doit être qualifiée d'intensive et qu'à tout le moins, si le caractère intensif de ce séjour n'était pas reconnu, les prestations devraient tout de même être accordées jusqu'au 20 novembre 2012 au motif que cette surveillance était nécessaire et directement liée à l'infirmité congénitale vu le risque d'apnée dans les cas de SDR. La recourante requiert enfin la production du dossier AI complet, ainsi que l'audition de la Dresse W. _____ par voie de questionnaire. Dans sa réponse du 14 janvier 2015, l'intimé propose le rejet du recours et indique qu'il n'a rien à ajouter à sa décision qu'il confirme. Il produit le dossier complet de l'assurée. La recourante ne s'est pas déterminée plus avant. 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 loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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).

- 7 - 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, 2e éd. 2009, n. 23 ad art. 59 LPGA ; cf. ATF 114 V 94 consid. 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 LAMaI [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Il s'ensuit que le recours interjeté en temps utile par D. _____ SA est recevable. 2. Le présent litige porte sur la prise en charge par l'assurance- invalidité, au titre des mesures médicales, des coûts de traitement de l'infirmité congénitale de l'assurée postérieurement au 18 novembre 2012, soit du 19 au 20 novembre 2012, date à laquelle l'enfant I. _____ a été transférée du service de néonatalogie à la maternité du J. _____. a) A teneur de l'art. 3 al. 2 LPGA, est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant. Le droit aux mesures médicales en cas d'infirmités congénitales est réglementé à l'art. 13 LAI. Les assurés jusqu'à l'âge de 20 ans révolus ont droit, sans égard aux futures possibilités de réadaptation à la vie professionnelle, aux mesures médicales nécessaires au traitement des infirmités congénitales, conformément à l'art. 2 al. 2 et 3 OIC. Toutes les maladies congénitales ne sont toutefois pas prises en charge. L'assurance-invalidité ne peut octroyer des prestations en vertu des art. 3 LPGA et art. 13 LAI que s'il s'agit d'infirmités congénitales

- 8 - figurant dans l'annexe de l'OIC, ou désignées comme telles par le Département fédéral de l'intérieur en vertu de l'art. 1 al. 2 OIC (art. 13 al. 2 LAI ; art. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 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 ; TF 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.2 et les références citées). b) 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 consid. 6.1 et 133 V 257 consid. 3.2 et les références ; cf. ATF 133 II 305 consid. 8.1).

- 9 - c) 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 » et à son chiffre 498 les « troubles métaboliques néonataux sévères (hypoglycémie, hypocalcémie, hypomagnésémie), lorsqu'ils sont manifestes au cours des 72 premières heures de la vie et qu'un traitement intensif est nécessaire ». Selon les chiffres 495, 497-499 de la Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI (ci-après : CMRM), « graves », respectivement « sévères », au sens de ces chiffres 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'AI doit prendre en charge l'ensemble du séjour. Après ce séjour, l'AI ne peut en principe prendre en charge qu'un seul contrôle. D'autres contrôles ultérieurs peuvent être pris en charge, si leur nécessité et leur durée probable sont présentées, motivation à l'appui, par la station de soins intensifs. Le transfert à titre préventif dans une division hospitalière de néonatalogie sans que ces mesures coûteuses n'aient été nécessaires ne suffit pas à justifier une infirmité congénitale. L'exemple suivant est cité : lorsqu'il existe un haut risque d'apnée, en relation avec le ch. 497 OIC, l'AI peut prendre en charge d'autres mesures (y.c. monitoring à la maison pour le contrôle de la respiration). Selon le chiffre 497.2 CMRM relatif aux insuffisances respiratoires du nouveau-né (hypoxie), tous les syndromes de détresse respiratoire (SDR) du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier

- 10 - dans un service de néonatalogie peuvent être admis sous le chiffre 497 OIC, pour autant qu'ils surviennent au cours des 72 premières heures de la vie. 3. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'enfant I._____ a souffert d'une infirmité congénitale, sous forme d'un SDR (chiffre 497 de l'OIC) sur aspiration de méconium, survenue après quelques minutes de vie. Le fait qu'elle avait droit aux mesures médicales de l'AI nécessaires au traitement de cette infirmité congénitale au sens de l'art. 13 LAI n'est ainsi pas mis en cause. Est par contre litigieuse la question de savoir si l'intimé pouvait se limiter à prendre en charge les seuls frais survenus durant le traitement de ce SDR (plus exactement jusqu'au

retrait du CPAP) ou aurait dû couvrir l'intégralité des soins et frais du séjour en service de néonatalogie soit jusqu'au 20 novembre 2012. b) Il résulte du dossier médical que l'enfant I. _____, née le [...], a dû être hospitalisée en néonatalogie dans les 72 heures qui ont suivi sa naissance en raison de tirage, grunting et tachypnée, ainsi que d'une cyanose. Toutefois, selon les rapports médicaux, la clinique s'est améliorée sous CPAP sous air, avec une correction rapide de l'acidose respiratoire, la CPAP ayant pu être sevrée d'un coup le 18 novembre 2012 après 16 heures d'utilisation compte tenu d'une évolution favorable. Certes, l'assurée a bénéficié préventivement d'injections d'antibiotiques jusqu'au 19 novembre 2012 en raison d'une suspicion d'infection néonatale dont l'hémoculture s'est révélée cependant stérile. Les perfusions de glucose n'avaient pas pour but de traiter une carence métabolique particulière, mais d'alimenter l'assurée qui avait été initialement gardée à jeun. Finalement, même si après le retrait de la CPAP (arrêt de l'emploi de la machine et du tube nasal pour ventiler l'enfant), un appareil de mesure de la fonction respiratoire a été utilisé de manière ininterrompue et permanente jusqu'au 20 novembre 2012, il ne résulte pas du dossier médical que l'assurée ait présenté des atteintes pulmonaires sous forme d'apnées par exemple (tel que dans l'arrêt du TF cité par la recourante) – ni qu'un tel risque ait été évoqué dans le cas de l'assurée – après l'épisode du SDR sur aspiration de méconium,

- 11 - respectivement après l'arrêt de la CPAP. Au contraire, il ressort de la carte de soins relative au séjour de l'assurée dans le service de néonatalogie sous la rubrique « évaluation pulmonaire » que cette dernière avait certes souffert de « tirage » (phénomène dans lequel les tissus mous de la cage thoracique sont « aspirés » vers l'intérieur de celle-ci lors de l'inspiration), mais que dès le 18 novembre 2012 à 16h au plus tard, la mention « OK » a été apposée. On rappellera que la prise en charge d'un syndrome de détresse respiratoire est expressément limitée au traitement intensif de cette carence métabolique, ce qui exclut, par définition, la prise en charge d'un éventuel traitement secondaire. Dès lors, il ne suffit pas que le traitement soit intensif à l'origine pour que l'assurance-invalidité ait une obligation de fournir des prestations jusqu'au terme du traitement (dans ce sens TF 9C_817/2009 du 14 avril 2010 consid. 3.5). En définitive, le maintien de l'assurée au Service de néonatalogie poursuivait principalement un but préventif : il s'agissait d'assurer une surveillance pour pouvoir dispenser, le cas échéant, des soins continus, voire intensifs. Toutefois, la Dresse W. _____ n'a pas évoqué un traitement intensif particulier qui aurait été administré à l'enfant I. _____ dès le 19 novembre 2012 jusqu'à son transfert en maternité et susceptible de justifier le maintien de la prise en charge par l'assurance-invalidité. c) Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère que c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assurée à une prise en charge des frais d'hospitalisation postérieurs au 18 novembre 2012, car l'assurance-invalidité n'est tenue d'allouer ses prestations que le temps qu'a duré le traitement intensif du SDR, tel que défini par l'OIC et la CMRM. La suite du traitement devra donc être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. 4. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures

- 12 - probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées). En l'espèce, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine

connaissance de cause sur le présent litige ; les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Le complément d'instruction sous forme d'audition de la Dresse W. _____ par voie de questionnaire requis par la recourante ne se justifie dès lors pas. 5. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 30 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- 13 - III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - D. _____ SA, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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