

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 août 2011

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mmes     Thalmann et Pasche  
Greffier     :     M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à Berne, recourante,

et

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

---

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

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

**A.** Y.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée) est née le 10 juillet 2007. Selon la demande de prestations pour assuré(e)s âgé(e)s de moins de 20 ans révolus du 13 juillet 2007, elle souffrait d'une affection néonatale. Elle était assurée en maladie auprès de G.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurance-maladie ou la recourante). Cette demande visait à obtenir des mesures médicales.

Dans un rapport du 13 novembre 2007 du Dr A.\_\_\_\_\_, médecin associé de la Division de néonatalogie du [...], il ressort notamment ce qui suit:

"Discussion et évolution:

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

- Nouveau-né à terme de 40 semaines 2/7, PN 3150 g : Initialement gardée à jeun en raison du SDR et perfusée avec du Glucose et de la Vamine, Y.\_\_\_\_\_ peut être alimentée dès J2. La perfusion est sevrée à J3. Elle perd moins de 5% de son poids de naissance lors de son retour à la Maternité à J3 avec un poids de 3005 g. A noter que l'allaitement maternel est contre-indiqué en raison du traitement de la mère. A la sortie, elle est alimentée par Beba HA Start 6 x 30 ml.

- SDR sur aspiration de méconium: Y.\_\_\_\_\_ développe un SDR dès 5 min de vie avec besoins en oxygène. L'évolution est lentement favorable avec une disparition des besoins en oxygène et une normalisation de la gazométrie dès 2h de vie. La bronchoaspiration de liquide amniotique méconial est claire à la naissance avec un bébé ayant crié d'emblée et présentant une toux durant la première heure de vie. La RX du thorax confirme le diagnostic avec une hyperinflation et des infiltrats grossiers prédominant aux bases. La tachypnée persiste jusqu'à 24h de vie. Bonne évolution sans nécessité de CPAP, avec amendement du SDR et normalisation de la fréquence cardiaque permettant un retour à la Maternité à J3.

- Souffle cardiaque bénin: A la RX du thorax d'entrée, on note une cardiomégalie importante. L'enfant développe un éréthisme cardiaque dans les premières heures de vie avec un souffle cardiaque 3/6 maximal au foyer pulmonaire, irradiant dans les plages pulmonaires. Les contrôles hémodynamiques sont normaux, les saturations post-ductales et les tensions aux 4 membres également normales. Le souffle diminue mais reste bien audible à l'apex, 2/6 de basse fréquence. Un US cardiaque est effectué et montre un petit canal artériel, un foramen ovale généreux et une

sténose pulmonaire périphérique physiologique à gauche. Un US de contrôle est prévu à 6 mois le 10.1.2008 à 9h en Cardiologie Pédiatrique au [...]."

Il résulte également de ce rapport que l'enfant a été hospitalisé en néonatalogie en raison de la persistance de la tachypnée et du tirage pour surveillance.

Le 9 janvier 2008, le Dr S.\_\_\_\_\_ a établi un rapport à la requête de l'assurance-maladie.

Le 21 janvier 2008, la Dresse R.\_\_\_\_\_, cheffe de l'unité de cardiologie pédiatrique du [...], a écrit ce qui suit:

"J'ai revu, comme convenu, Y.\_\_\_\_\_, asymptomatique du point de vue cardiovasculaire et montrant une excellente croissance staturopondérale.

Status: Poids 7.6 kg, taille 69 cm, TA 111/58 mmHg, fréquence cardiaque à 134/min. Bon état général. Pas de cyanose ni d'œdèmes. A l'auscultation, les bruits cardiaques sont normaux. Il n'y a plus de souffle. Le reste de l'examen est normal.

L'ECG montre un rythme sinusal à 134/min, un axe du QRS à +86°. Dans les précordiales, progression normale du QRS, sans trouble de la repolarisation. Onde Q légèrement proéminente en II, III et AVF.

L'échocardiogramme (voir rapport annexé) confirme la fermeture spontanée du canal artériel et du foramen ovale. Le reste de l'examen est normal.

En conclusion Y.\_\_\_\_\_ a fermé son canal et son foramen, son cœur est normal. J'ai rassuré la maman et lui ai donné son congé en Cardiologie Pédiatrique.

Le 29 mai 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) Suisse Romande a établi l'avis suivant:

"L'hospitalisation du 10-17.07.2007 a été motivée par un syndrome de détresse respiratoire qui s'est spontanément résolu et qui ne relève pas de l'AI.

Le 313 a été une découverte fortuite lors de cette hospitalisation et n'est en rien la cause de son hospitalisation du 10-17.07.2007.

Il convient d'appliquer les règles de l'article 64 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]."

Dans un projet de décision du 27 juin 2008, adressé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office ou l'intimé) au père de l'enfant, on peut lire ce qui suit:

"Nous prenons en charge le traitement des sévères troubles respiratoires d'adaptation lorsque l'atteinte a été détectée dans les 72 premières heures de vie et qu'elle a nécessité un traitement intensif en établissement hospitalier (chiffre. 497 OIC [ordonnance concernant les infirmités congénitales du 9 décembre 1985, RS 831.232.21]); par traitement intensif, l'AI entend des mesures particulièrement onéreuses, telle que la surveillance permanente par appareils, soins et contrôles médicaux particulièrement fréquents.

D'après le dossier médical en notre possession, tel n'a pas été le cas. Une intervention financière de notre assurance en application de l'art. 13 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] n'est dès lors pas possible."

Par communication du même jour, l'Office a informé le père de l'enfant que les coûts du traitement de l'infirmité congénitale n° 313 OIC, seraient pris en charge sous forme de consultations spécialisées du 11 juillet 2007 au 10 janvier 2008.

G.\_\_\_\_\_ a formé des objections le 23 septembre 2008, écrivant ce qui suit:

"En tant qu'assureur-maladie de Y.\_\_\_\_\_, la G.\_\_\_\_\_ est atteinte par votre projet de décision. Nous prenons dès lors position comme suit.

Nous avons soumis les documents en notre possession à notre médecin conseil, le Dr P. S.\_\_\_\_\_, et vous faisons savoir que nous sommes en désaccord avec votre prise de position pour les raisons suivantes.

Le Dr S.\_\_\_\_\_ estime dans son appréciation du cas que nous sommes en présence d'une déficience de naissance selon chiffre 497 OIC. En effet, pendant les 24 heures suivant la naissance, il y a eu une tachypnée (détresse respiratoire); cela signifie que les conditions de reconnaissance de sévères troubles respiratoires durant les 72 premières heures de vie sont remplies. De plus, Y.\_\_\_\_\_ a eu une perfusion et nécessité des contrôles continus pendant 48 heures. Ainsi sont aussi remplies les conditions du traitement intensif entamé.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons nous rallier à votre projet de décision. Nous vous prions donc de procéder aux investigations nécessaires et de revoir votre appréciation du cas."

Le 21 novembre 2008, l'Office a rendu une décision qui a notamment la teneur suivante:

"Nous prenons en charge le traitement des sévères troubles respiratoires d'adaptation lorsque l'atteinte a été détectée dans les 72 premières heures de vie et qu'elle a nécessité un traitement intensif en établissement hospitalier (chi. 497 OIC); par traitement intensif, l'Al entend des mesures particulièrement onéreuses, telle que la surveillance permanente par appareils, soins et contrôles médicaux particulièrement fréquents.

- D'après le dossier médical en notre possession, la détresse respiratoire, en tant que telle, n'a pas nécessité le recours à une mesure intensive qu'est la mise sous CPAP.
- La mise sous perfusion représente le traitement usuel de tout nouveau-né présentant des problèmes respiratoires.

Dès lors, la condition du « traitement spécialisé intensif » n'est pas remplie et nous ne pouvons que maintenir notre point de vue."

**B.** Par acte du 12 janvier 2008 [recte: 2009], G.\_\_\_\_\_ a recouru concluant à la prise en charge par l'Office de la totalité des mesures médicales ordonnées résultant des infirmités congénitales dont a souffert l'enfant immédiatement après sa naissance.

Par réponse du 12 mai 2009, l'Office a conclu au rejet. Il produit un avis médical établi le 20 avril 2009 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en néonatalogie, du SMR qui a la teneur suivante:

"Les faits:

Rapport médical du 13.11.2007, signé par la Dresse A.\_\_\_\_\_  
(indexé au 13.11.2007):

nouveau-né à terme, poids de naissance 3150 g., qui a présenté un syndrome de détresse respiratoire sur inspiration de liquide méconial. Une césarienne en urgence est pratiquée pour souffrance foetale (bradycardie foetale). PH artériel 7.11, pH veineux 7.20. APGAR 6-7-9.

1. En salle d'accouchement: dans la période immédiate après la naissance, diverses aspirations sont effectuées. Apparition d'un syndrome de détresse respiratoire à 5 min de vie. L'évolution est favorable avec une disparition du battement des ailes du nez et du grunting. Il persiste néanmoins une tachypnée (fréquence respiratoire rapide). L'oxygène, initialement mise en place, est sevrée très rapidement.

2. Surveillance en néonatalogie: au vu de la tachypnée isolée, et d'une radiographie montrant une hyperinflation avec des infiltrats, l'enfant est transféré pour surveillance en néonatalogie.

L'enfant est initialement perfusé, puis rapidement sevré. Du point de vue strictement respiratoire, aucune surveillance particulière. Il n'y a pas besoin d'oxygène ni besoin de C-PAP.

A cette occasion, on note un souffle bénin. Il n'y a pas de malformation cardiaque à strictement parler. Les éléments de l'ultrason sont simplement liés à la difficulté d'adaptation à la vie aérienne.

Ce document nous apprend que:

1. Il y a une 1<sup>ère</sup> phase en maternité délicate, avec une adaptation à la vie aérienne moyenne. Il en découle un trouble respiratoire bénin. Comme la procédure le veut, l'enfant est alors transféré dans une unité pour une surveillance. Néanmoins, il n'y a aucune mesure respiratoire particulière qui est mise en place. La perfusion d'un nouveau-né avec syndrome de détresse respiratoire est quelque chose de tout à fait classique, qui n'a rien à voir avec le problème respiratoire. En effet, cela permet d'épargner le système digestif qui peut avoir souffert de cette adaptation délicate.

En droit:

Cette situation est clairement relevante du CMRM [Circulaire sur les mesures médicales de réadaptation de l'AI] 497. Cet article considère que l'asphyxie à la naissance peut être pris en charge sous le chiffre OIC 497 pour peu que la gravité nécessite un traitement dans un service de néonatalogie.

Dans son second paragraphe, ce CMRM cite le fait que: « aucun traitement n'est plus nécessaire, on ne saurait parler de trouble de l'adaptation respiratoire sévère ». La situation décrite antérieurement correspond donc tout à fait à cette remarque. En effet, au plan respiratoire, cet enfant n'a eu aucune mesure intensive particulière dans le service de néonatalogie. Il n'a pas nécessité d'oxygène ni de support ventilatoire. D'autre part, on ne saurait qualifier cette situation d'asphyxie néonatale. A aucun moment, la Dresse A.\_\_\_\_\_ parle d'asphyxie néonatale. Il s'agit d'un trouble important de l'adaptation en rapport avec une souffrance foetale. Pour mémoire, une asphyxie néonatale nécessite un APGAR inférieur à 4 à la 1<sup>ère</sup> minute ou 5 à la 5<sup>ème</sup> minute et un pH inférieur à 7 ou 7,1 selon les définitions. Donc à strictement parler il n'y a pas d'asphyxie néonatale.

D'autre part, le CMRM 495, 497-499 peut également s'appliquer; en effet, son dernier paragraphe parle de: « 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 ».

On se [rend] compte que l'on est exactement dans cette situation. La justification de l'hospitalisation est « pour le cas où... ».

Argument du recours:

Mémoire de recours de la caisse-maladie G. \_\_\_\_\_ (page 6, 3<sup>ème</sup> paragraphe): il est signalé que la perfusion n'est pas une mesure banale. Or, cette mesure ne peut être considérée comme une mesure intensive respiratoire. Par mesure intensive respiratoire, il faut considérer tous les actes ou soins médicaux nécessaires à maintenir une respiration efficace en termes d'apport en oxygène et d'évacuation de CO<sup>2</sup>. De ce point de vue, une perfusion n'est pas une mesure médicale intensive respiratoire. Le terme d'hypoxie n'est jamais prononcé, car l'enfant n'a jamais été en manque d'oxygène grave et sérieux.

D'autre part, dans le rapport, il n'est pas parlé d'hypoxie. En effet, l'enfant n'a eu que de très faibles besoins d'oxygène. La remarque du 3<sup>ème</sup> paragraphe de la page 6 du mémoire de recours démontre bien la méconnaissance des processus qui sous-tendent les troubles de l'adaptation à la vie aérienne d'un nouveau-né.

En conclusion, cette situation peut être considérée comme un trouble de l'adaptation à la vie aérienne dans un contexte de souffrance foetale avec aspiration de liquide méconial. Il ne s'agit pas d'une asphyxie néonatale à strictement parler et les mesures intensives de type respiratoire n'ont pas été appliquées à cet enfant.

Dés lors, la seconde partie du chiffre 497,1 s'applique, ainsi que le dernier paragraphe du chiffre marginal 495, 497, 499. D'autre part, le chiffre OIC 497.2 ne s'applique pas, car il n'y a pas eu de traitement particulier de l'hypoxie."

## **E n d r o i t :**

**1. a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la Cour de céans.

**b)** 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<sup>e</sup> 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 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]).

Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par G.\_\_\_\_\_.

**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 (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 auprès de la division de néonatalogie du [...] du 10 au 12 juillet 2007.

**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 et qui figurent dans la liste annexée à l'OIC (art. 1 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, OIC). 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 544/1997 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; TF 9C\_817/2009 du 14 avril 2010, consid. 3.2 et les références citées).

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).

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'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 du nouveau-né qui nécessitent un traitement particulier 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.

**b)** En l'espèce, il est constant que l'enfant a souffert d'un syndrome de détresse respiratoire et que les troubles se sont révélés dans les 72 heures après l'accouchement.

En revanche, les parties divergent sur l'intensité du traitement suivi par l'enfant. Comme le relève l'avis du 20 avril 2009 du SMR (Dr J.\_\_\_\_\_) produit avec la réponse, il faut constater que le transfert du nouveau-né dans l'unité de néonatalogie n'a pas été justifié par la

nécessité d'entreprendre un traitement intensif mais en vue d'une surveillance. On constate ainsi qu'il résulte du rapport du 13 novembre 2007 de la Dresse A. \_\_\_\_\_ qu'après 2 heures de vie, la gazométrie est devenue normale et les besoins en oxygène n'existaient plus. On ne distingue pas dans le rapport de ce médecin un traitement particulier si ce n'est une perfusion pour l'alimentation durant deux jours, étant précisé que l'enfant est resté en néonatalogie durant trois jours, soit quelques heures après sa naissance jusqu'au surlendemain. Or, une perfusion ne remplit pas les critères d'intensité d'un traitement au sens de la CMRM (cf. consid. 2a supra).

La recourante reproche également au médecin du SMR de ne pas avoir tenu compte du chiffre 497.2 (hypoxie) de la CMRM. Or comme le constate, le Dr J. \_\_\_\_\_ à aucun moment, la Dresse A. \_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'hypoxie. La recourante évoque aussi l'aspiration du liquide amniotique. Or, si le rapport de la Dresse A. \_\_\_\_\_ fait état d'aspiration de méconium, et que le chiffre 497.3 CMRM mentionne aussi l'aspiration du liquide amniotique, il y est aussi fait mention d'un traitement intensif. Or, hormis la perfusion, le rapport de la Dresse A. \_\_\_\_\_ ne fait état d'aucun traitement particulier pendant l'hospitalisation du bébé dans le service de néonatalogie.

C'est donc à juste titre que l'intimé a refusé de prendre en charge le traitement de l'enfant au titre de mesures médicales au service de néonatalogie.

**3.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 21 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud confirmée.

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; 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. (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 (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours déposé le 12 janvier 2009 par G. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 21 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- G. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :