

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 novembre 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Berberat, M. Piguet, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

S. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 36 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1958, sans formation professionnelle, est entrée en Suisse le 1<sup>er</sup> juillet 2013, pays où elle n'a exercé aucune activité lucrative. Quant au conjoint de l'assurée, il est entré en Suisse en 2004.

En date du 22 juin 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), laquelle a été indexée le 6 juillet 2015. Elle a exposé qu'elle souffrait de problèmes oculaires causés par une infirmité congénitale et qu'elle touchait une rente d'invalidité au Portugal.

Interpellé par l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport médical en date du 29 juillet 2015, constatant une diverticulite, une tympanotomie exploratrice gauche et une stapédotomie, une hypothyroïdie post-thyroïdectomie, une hypertension artérielle traitée, un kyste du sein droit, un excès pondéral et des cervicalgies sur discopathies et uncarthrose C4-C5-C6 comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a également relevé le travail à genoux et le fait de soulever des poids de plus de cinq à dix kilos comme limitations fonctionnelles.

L'OAI a également demandé un rapport médical au Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie. Dans son rapport du 30 septembre 2015, ce dernier a relevé une cicatrice rétinienne maculaire bilatérale, survenue en 1988 selon l'anamnèse de l'assurée. Le médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée.

Par avis médical du 31 mai 2016, les Drs G.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, du Service médical régional (SMR), ont relevé ce qui suit :

« **Discussion :**

Assurée qui présente une atteinte ophtalmique avec faiblesse importante de la vue depuis 1988, reconnue au Portugal ou elle obtient pour cela une pension d'invalidé, entraînant les LF (limitations fonctionnelles) de malvoyance. Les autres diagnostics somatiques posés par le Dr C. \_\_\_\_\_ sont éventuellement responsables d'IT (incapacité de travail) de courte durée, sauf les cervicalgies sur discopathies responsables des **LF** de port de charge >5kg.

**Conclusion :**

L'assurée présente une atteinte invalidante présente et reconnue avant son arrivée en Suisse. Pour pouvoir établir notre rapport d'examen, l'assurée se déclarant au foyer à 100% nous aurions besoin d'une enquête ménagère.

Nous remercions le gestionnaire, au vu de l'atteinte, de vérifier si un droit est ouvert pour une API (allocation pour impotent). »

En date du 13 juin 2016, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent.

Ayant indiqué dans un formulaire 531bis que son taux d'activité professionnelle serait nul sans son atteinte à la santé, une enquête ménagère a été effectuée le 6 juillet 2016 au domicile de l'assurée. Les observations suivantes ont été formulées par l'enquêtrice :

« Nous proposons le statut de 80% active car le couple est au RI et le mari est en fin de droit depuis plus d'une année. La situation financière du couple exigerait théoriquement que Mme S. \_\_\_\_\_ travaille. »

Par courriers du 16 août 2016, le SMR a requis des Drs C. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée. Par courrier du 19 août 2016, le premier a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le mois de mai 2015. Il a relevé que l'évolution clinique semblait bonne et qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions posées, imaginant toutefois que la capacité de travail devait être de 100%. Quant au second nommé, il a exposé qu'il ne pouvait pas juger de la capacité de l'assurée et a relevé la nécessité d'adopter un travail en fonction de l'atteinte centrale et de la capacité de la patiente.

Par avis médical daté du 25 août 2016, la Dresse H. \_\_\_\_\_, du SMR, a indiqué que l'atteinte à l'acuité visuelle de l'assurée, en raison d'une cicatrice rétinienne bilatérale, semblait remplir les conditions de la

circulaire sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI ; n°8065).

Par décision du 19 octobre 2016, faisant suite à un projet de décision du 30 août 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré faible avec effet au 1<sup>er</sup> juin 2015.

Dans un rapport SMR du 11 octobre 2016, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit :

« Dans son activité habituelle de ménagère sa capacité est de 100%, dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations cette capacité est aussi de 100%. »

Le 27 octobre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision l'informant de son intention de rejeter la demande de prestations.

Le 15 novembre 2016, l'assurée a adressé ses objections à l'OAI, soutenant que son état de santé, soit son atteinte à la vue, s'était péjoré depuis le dernier contrôle réalisé en 2015 par le Dr B. \_\_\_\_\_. Elle a également invité l'OAI à requérir de la part de l'autorité portugaise compétente son dossier médical complet afin de mieux appréhender son état de santé.

Dans le délai imparti par l'OAI, l'assurée a fourni, à l'appui de ses observations du 15 novembre 2016, un courrier du Dr B. \_\_\_\_\_ daté du 29 novembre 2016. Dans ce courrier, adressé à l'Hôpital ophtalmique [...], le médecin indiquait que l'examen de l'assurée effectué le 28 novembre 2016 avait mis en évidence des cicatrices rétiniennes dont l'évolution ne semblait pas évidente à une année d'écart. Toutefois, pour le Dr B. \_\_\_\_\_, l'acuité visuelle de l'assurée montrait une discrète baisse des deux côtés.

Par avis SMR du 31 janvier 2017, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a considéré que l'acuité visuelle de l'assurée s'était discrètement aggravée depuis une année, cette altération ne modifiant pas les conclusions prises

précédemment, dans la mesure où les limitations fonctionnelles demeuraient les mêmes. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il n'était pas nécessaire d'établir un autre avis ophtalmologique.

Par décision du 24 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. L'office a retenu que, au vu des éléments médicaux en sa possession, l'intéressée était en mesure de réaliser des gains équivalents à ceux qui auraient été les siens en bonne santé. En effet, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait probablement travaillé dans le cadre d'une activité non qualifiée. Or, ce type d'activité restait encore à sa portée malgré son état de santé. Par ailleurs, aucun empêchement ménager n'avait été constaté lors de l'enquête réalisée au domicile de l'intéressée.

Un rapport d'examen ophtalmologique, réalisé le 16 janvier 2017 par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a été transmis à l'OAI en date du 10 mars 2017. Ce médecin a relevé que l'assurée présentait effectivement une baisse d'acuité visuelle très progressive bilatérale avec une gêne visuelle. La Dresse Q.\_\_\_\_\_ a par ailleurs estimé que son aspect pouvait être évocateur d'une toxoplasmose congénitale bilatérale avec extension progressive des cicatrices atrophiques. De plus, elle a relevé que, selon la fille de l'assurée, la gêne visuelle remontait à la scolarité de cette dernière.

**B.** S.\_\_\_\_\_ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 22 mars 2017, concluant implicitement à l'annulation de la décision. Elle se prévaut de l'existence d'un examen réalisé à l'Hôpital ophtalmique [...], non transmis à l'OAI avant qu'il ne rende sa décision. Elle allègue également que son handicap est irréfutable.

Par réponse du 12 juin 2017, l'intimé conclut au rejet du recours. Il soutient que le SMR, dans son rapport du 11 octobre 2016, a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles la capacité de travail de l'assurée s'élève effectivement à 100%. Concernant le

rapport médical du 17 janvier 2017 établi par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, l'OAI se rallie aux conclusions du SMR, développées dans un avis médical du 29 mai 2017, produit en annexe. Dans cet avis, la Dresse G.\_\_\_\_\_ admet le caractère irréfutable de l'atteinte, mais estime toutefois que les résultats obtenus par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à modifier les conclusions prises précédemment dans le rapport médical du 11 octobre 2016.

Par courrier du 7 août 2017, la juge instructrice a interpellé la recourante en faisant état qu'à l'époque de la survenance de l'invalidité, soit en 1988, l'exigence d'une année de cotisations en Suisse, conditionnant le droit à une rente, n'était pas satisfaite. Un délai au 6 septembre 2017 a été imparti aux parties afin de présenter leurs déterminations.

Par courrier du 31 août 2017, l'intimé confirme ses précédentes conclusions. Subsidiairement, dans l'hypothèse où la Cour de céans devrait admettre un droit potentiel à une rente d'invalidité, l'intimé observe que les conditions générales d'assurance ne sont pas remplies en l'espèce, l'assurée ne comptant pas une année entière de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité.

Quant à la recourante, elle ne s'est pas déterminée.

### **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 et 58 LPGA, 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, on peut se demander si l'acte de recours du 22 mars 2017 rédigé par la recourante, extrêmement succinct tant par rapport aux faits qu'à l'exposé des motifs, satisfait aux conditions formelles de recevabilité prévues à l'art. 61 let. b LPGA.

La règle de l'art. 61 let. b LPGA découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. Par conséquent, il convient de ne pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (TF 8C\_479/2016, consid. 6.2 et références citées).

En l'occurrence, la volonté de recourir contre le refus d'une rente en se prévalant des rapports médicaux des médecins traitants se déduit néanmoins de l'écriture de la recourante. Interjeté pour le surplus en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente d'invalidité. Le litige doit être tranché à la lumière du droit applicable le 24 février 2017, date de la décision litigieuse (ATF 131 V 9, consid. 1 p. 11 et les arrêts cités ; TF 9C\_100/2007, consid. 1).

**3. a)** Compte tenu de la nationalité portugaise de l'intéressée, le droit communautaire doit être pris en considération dans la présente affaire, en particulier l'ALCP (Accord du 12 juin 1999 entre la Confédération suisse et la Communauté européenne et ses états membres sur la libre circulation des personnes ; RS 0.142.112.681) entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002. Jusqu'au 31 mars 2012, les parties contractantes appliquaient entre elles le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (RS 0.831.109.268.1 ; RO 2004 121 ; ci-après règlement n° 1408/71). Une décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 (RO 2012 2345) a actualisé le contenu de l'annexe II ALCP avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2012 en prévoyant, en particulier, que les parties appliqueraient désormais entre elles le Règlement (CEE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1 ; ci-après ; règlement n° 883/2004). Dit règlement a certes été modifié en date du 1<sup>er</sup> janvier 2015 notamment par le règlement (UE) n° 465/2012, mais sur des points qui ne sont pas pertinents en l'espèce (TF 9C\_97/2017, consid. 3). Par ailleurs, le Règlement (CEE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (RS 0.831.109.268.11 ; ci-après ; règlement n° 987/2009), entré également en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et fixant les

modalités d'application du règlement n° 883/2004 est également pertinent dans le cas d'espèce.

Le règlement n° 883/2004 s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent notamment les prestations d'invalidité (art. 3 let. c du règlement n° 883/2004). D'un point de vue personnel, il est applicable aux ressortissants d'un Etat membre, aux apatrides et réfugiés ayant leur domicile dans un Etat membre, auxquels les dispositions d'un ou plusieurs Etats membres sont ou étaient applicables et leurs survivants (art. 2 du règlement). Le principe de non-discrimination constitue un principe cardinal du règlement n° 883/2004, son article 4 stipulant notamment que, à moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles ce règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

Faisant le lien entre la législation européenne et le droit suisse, l'art. 80a LAI rend expressément applicable l'ALCP et, entre autres, les règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 aux ressortissants de l'Union européenne, ce qui est le cas pour la recourante.

**b)** De jurisprudence constante, l'octroi d'une rente étrangère d'invalidité ne préjuge pas l'appréciation de l'invalidité selon la loi suisse (arrêt du Tribunal fédéral I 435/02 du 4 février 2003 consid. 2 ; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1989 p. 330). Même après l'entrée en vigueur de l'ALCP et dans la mesure où son annexe II, qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP), ne prévoit pas de disposition contraire, le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à une rente de l'assurance-invalidité suisse est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (ATF 130 V 253 consid. 2.4).

**c)** Il ressort du dossier que la recourante est au bénéfice d'une rente d'invalidité versées par les autorités portugaises depuis le 16 avril 1991. Compte tenu de ce qui précède, l'évaluation de l'invalidité à

l'origine de la rente étrangère ne lie pas les organes chargés de fixer le taux d'invalidité selon le droit suisse.

**4.** Dans le cadre de la procédure administrative diligentée par l'intimé, les parties se sont plus particulièrement placées sur le terrain des conditions matérielles du droit à la rente, singulièrement sur le point de savoir si la recourante présentait, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI (art. 4 et 28 LAI).

En l'occurrence, une éventuelle limitation de la capacité de travail liée à l'atteinte oculaire de la recourante ne paraît, a priori, pas exclue. En effet, dans la mesure où il existe une impotence légère, laquelle sous-entend, compte tenu des conditions d'octroi, la nécessité d'un accompagnement (art. 42 al. 3 LAI), il paraît envisageable qu'une activité non qualifiée ne pourrait pas être exercée avec un rendement de 100%. Au demeurant, au vu de l'atteinte oculaire de la recourante, compte tenu de son âge (59 ans) de même que son absence totale de formation, la question de savoir si elle est effectivement encore employable dans un marché équilibré du travail peut légitimement se poser dans le cas d'espèce.

Néanmoins, il serait vain d'instruire plus en avant la question d'une possible invalidité, la question préalable de la réalisation des conditions générales d'assurance n'ayant pas été formellement tranchée aux termes de la décision querellée - problématique sur laquelle les parties ont été rendues attentives par avis de la juge instructrice du 7 août 2017 et sur laquelle elles ont eu la possibilité de se déterminer.

Avant toute autre considération, il conviendra dès lors de se pencher sur cet aspect spécifique du droit aux prestations.

**5. a)** Selon les normes applicables du droit suisse, tout requérant, pour avoir droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse,

doit compter au moins trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (art. 36 al. 1 LAI).

**b)** En ce qui concerne la condition de trois années de cotisations, il s'agit de relever que cette durée ne constitue pas une condition absolue à l'octroi de prestations. En effet, en application des art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004 et selon la circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI (CIBIL ; dans sa version au 1<sup>er</sup> janvier 2015), des cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (ch. 3001.3 CIBIL).

Par ailleurs, aux termes de l'art. 29ter al. 2 LAVS (loi sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 ; RS 831.10), sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (let. a) et celles pendant lesquelles son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (let. b). L'obligation de cotisation peut donc également être remplie par le biais du conjoint (art. 29ter al. 2 LAVS en relation avec l'art. 32 al. 2 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] et 50 RAVS [règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]).

**c)** Afin de déterminer si la condition liée à la durée minimale de cotisations est remplie, il est nécessaire de déterminer la date de la survenance de l'invalidité.

**aa)** Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a

été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à sa santé peut ouvrir le droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b; TF I 573/2006 du 17 août 2007, consid. 4.1).

**bb)** Concernant l'atteinte oculaire de la recourante, selon les données anamnestiques du dossier, elle aurait été détectée durant l'année 1988 (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2015). Quant à la Dresse Q. \_\_\_\_\_, en soulignant dans son rapport du 17 janvier 2017 le caractère progressif et l'origine potentiellement congénitale de l'atteinte, elle a indiqué que, selon la fille de la recourante, la gêne visuelle daterait de la scolarité de l'intéressée, soit bien avant 1988, compte tenu de l'âge de cette dernière. Par ailleurs, la recourante est au bénéfice d'une rente relative d'invalidité au Portugal depuis le 16 avril 1991. Il en résulte qu'une diminution de la capacité de gain a effectivement été constatée à cette époque.

En l'espèce, faute de documentation médicale suffisante, il est malaisé de définir avec précision le moment de la survenance de l'atteinte oculaire de la recourante. Cependant, au vu des différents éléments présents au dossier et au stade de la vraisemblance prépondérante, il est raisonnable d'estimer que l'invalidité de la recourante est survenue au plus tard en date du 16 avril 1991, date de l'octroi de la rente d'invalidité portugaise, soit bien avant l'arrivée de l'intéressée en Suisse. Compte tenu de ce qui précède, la recourante ne pouvait compter à elle seule une année de cotisation en Suisse au moment de la survenance de l'atteinte oculaire. Au vu de la date retenue, il apparaît également que le mari de la recourante était dans l'impossibilité de s'acquitter pendant une année du double des cotisations minimales de l'AVS au moment de la survenance de l'atteinte en question, ce dernier n'étant arrivé en Suisse qu'en 2004.

Force est dès lors de constater que l'exigence d'une année de cotisations en Suisse au moment de la survenance de l'invalidité n'est pas satisfaite, ni par la recourante personnellement, ni par le biais son

conjoint. Il ne se justifie dès lors pas d'examiner si la recourante a cotisé au Portugal et, cas échéant, pour combien de temps.

**cc)** Au surplus, concernant les cervicalgies et l'uncarthrose dont souffre la recourante, aucun élément au dossier ne démontre en quoi elles seraient incapacitantes, si bien qu'une instruction sur le moment de leur survenance ne se justifie pas en l'espèce. Au demeurant, la recourante ne se prévaut pas de cette atteinte.

**6. a)** Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée par substitution de motifs.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à 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 fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 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 24 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, par substitution de motifs.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- S. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :