

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 septembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 8 al. 1, 16, 17 et 61 let. c LPGA ; art. 28 et 28a LAI ; art. 27
RAI.**

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le 8 juillet 2010 en qualité d'agente d'entretien pour la société Y._____ SA. Entre 2019 et 2020, elle a également travaillé pour la société B._____ AG.

Le 28 juin 2021, elle a, par l'intermédiaire de l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur, 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), à laquelle elle a annexé le dossier de cet assureur. Il en ressortait que l'assurée souffrait en particulier d'une discopathie L5-S1 sévère avec hernie discale L5-S1 droite foraminale ainsi que d'une arthropathie facettaire modérée et étagée de L3-L4 à L5-S1 (cf. rapports du 10 février 2021 du Dr K._____, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, et du 21 mai 2021 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport du 16 juillet 2021, le Dr N._____, médecin-traitant de l'assurée, a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans toute activité depuis le 12 janvier 2021.

Compte tenu de l'échec des traitements conservateurs (anti-inflammatoires, physiothérapie, infiltrations et myorelaxants), l'assurée a subi, le 9 juin 2022, une intervention chirurgicale sous la forme d'une spondylodèse L5-S1 via un abord rétropéritonéal (cf. protocole opératoire du 9 juin 2022 du Dr O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport du 30 novembre 2022, le Dr N._____ a confirmé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, tout en précisant qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 27 mars 2023, le Dr O._____ a ajouté aux diagnostics déjà retenus le diagnostic de cervicobrachialgies gauches depuis septembre 2022 avec une discopathie débutante C5-C6 sans effet compressif. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'agente d'entretien était nulle. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée, qualifiant toutefois comme telle une activité permettant l'alternance des positions assis et debout et ne nécessitant pas le port de charges lourdes.

Les rapports médicaux au dossier ne permettant pas de déterminer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et son évolution, l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une expertise en médecine physique et réadaptation.

Dite expertise a été confiée au Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport d'expertise du 30 août 2023, le Dr W._____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies basses chroniques avec status post ALIF L5-S1 le 9 juin 2022 et de cervicalgies basses sur troubles dégénératifs débutants en C5-C6 et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie. Il a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle d'agente de nettoyage depuis le 12 janvier 2021, tandis qu'elle était complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de ports de charges de 8 kg ou plus ; pas de position contrainte en porte-à-faux, réclinaison lombaire, torsion du tronc et extension de la nuque ; pas de travail prolongé à genoux ou accroupi ; pas de travail sur des échelles ou des escabeaux ; pas de travaux prolongés avec les bras au-dessus de l'horizontale et possibilité d'alterner les positions), sans perte de rendement, dès le 9 décembre 2022, soit six mois après l'intervention chirurgicale, précisant qu'elle avait été toutefois nulle du 1^{er} janvier 2021 au 8 décembre 2022.

Dans un rapport d'enquête ménagère du 23 novembre 2023, l'OAI, après avoir retenu que l'assurée aurait consacré 70 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels, a évalué l'empêchement dans les travaux habituels de l'assurée à 6,19 %.

Par projet de décision du 20 juin 2024, l'OAI a communiqué à l'assurée son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2022 au 31 mars 2023. A compter du 1^{er} avril 2023, compte tenu d'un degré d'invalidité de 2 %, le droit à la rente n'était plus ouvert. Il envisageait également de lui refuser le droit aux mesures professionnelles et de lui accorder une aide au placement.

Par la suite, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement (cf. communication du 24 juin 2024) ainsi qu'un soutien lors de la recherche d'un emploi adapté (cf. communication du 5 septembre 2024).

Par décision du 17 février 2025, l'OAI a en tout point confirmé son projet de décision.

B. Par acte du 17 mars 2025, S. _____ a déféré la décision du 17 février 2025 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente aurait dû lui être octroyée durant toute la durée de son incapacité de travail et non être limitée à une année seulement.

Dans sa réponse du 22 mai 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} avril 2023.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la recourante est en incapacité totale de travail depuis le 12 janvier 2021 et l'intimé lui a octroyé une rente limitée

dans le temps à compter du 1^{er} janvier 2022. Le nouveau droit est donc applicable.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode ordinaire de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que

l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless/Jenny Castella, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte

de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} RAI).

dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

d) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24^{septies} RAI).

5. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une

complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante,

n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

7. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler dans toute activité du 12 janvier 2021 au 8 décembre 2022 et qu'elle peut prétendre à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier 2022 au 31 mars 2023. Compte tenu du délai de carence d'une année prévu dans la loi (art. 28 al. 1 let. b LAI), elle ne peut prétendre, contrairement à ce qu'elle réclame dans ses conclusions, à l'octroi d'une rente pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021. Demeure par conséquent seule litigieuse la question du droit à la rente pour la période postérieure au 31 mars 2023, singulièrement la question de savoir si les circonstances se sont modifiées au point de justifier la suppression du droit à la rente.

8. a) Il est constant que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable. Selon l'évaluation économique du ménage, la recourante, sans atteinte à la santé, aurait en effet consacré 70 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative, ce qui correspondait approximativement au taux d'activité effectif exercé avant l'atteinte à la santé, et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels. En tant que ce taux n'est pas contesté par les parties, il n'y a pas lieu de s'en écarter. Par ailleurs, la recourante ne conteste pas les conclusions de l'évaluation économique sur le ménage, d'après lesquelles elle présente un empêchement de 6,19 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels, si bien que la Cour peut s'abstenir d'en examiner le bien-fondé.

b) Pour ce qui concerne plus particulièrement le degré d'invalidité présenté par la recourante dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, il n'y a aucune raison, sur le plan médical, de s'écarter du rapport d'expertise du 30 août 2023 du Dr W._____, lequel retient une incapacité totale de travailler du 12 janvier 2021 au 8 décembre 2022, puis l'existence, à compter du 9 décembre 2022, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles (pas de ports de charges de 8 kg ou plus, pas de position contrainte en porte-à-faux, réclinaison lombaire, torsion du tronc et extension de nuque, pas de travail prolongé à genoux ou accroupi, pas de travail sur des échelles ou des escabeaux, pas de travaux prolongés avec les bras au-dessus de l'horizontale et possibilité d'alterner les positions).

D'un point de vue formel, le tribunal constate que l'expert a rendu son rapport sur la base d'une anamnèse détaillée et complète, en tenant compte de l'ensemble de la documentation médicale au dossier, des plaintes exprimées par la recourante, de ses antécédents, du déroulement de sa journée type et de son traitement. Il a personnellement rencontré la recourante, avec la participation d'un interprète, et procédé à son examen clinique. Ses conclusions, prises sur la base d'une description claire du contexte médical, sont dûment motivées, claires et exemptes de contradiction. Il a par ailleurs discuté en détails les diagnostics retenus et leurs effets sur la capacité de travail de la recourante.

D'un point de vue matériel, l'expert a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies basses chroniques avec status post ALIF L5-S1 le 9 juin 2022 et de cervicalgies basses sur troubles dégénératifs débutants en C5-C6. Il a relevé que la situation médicale de la recourante était claire et sans ambiguïté vis-à-vis des diagnostics posés, et que la prise en charge thérapeutique avait été effectuée *lege artis*. Il n'avait pas d'autres traitements à préconiser. Il a estimé que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était nulle depuis le 12 janvier 2021, tandis qu'elle était complète depuis le 8 décembre 2022 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. S'agissant des tâches ménagères, elles étaient effectuées pour l'essentiel par le mari et les enfants, mais pouvaient être effectuées par la recourante elle-même, dans le respect de ses limitations fonctionnelles.

c) Les conclusions de l'expertise ne sont pas remises en cause par les rapports médicaux des Drs T. _____ du 25 février 2025 et O. _____ du 7 mars 2025. S'il est vrai que ces médecins font état chez la

recourante d'un déconditionnement musculaire qui nécessiterait une prise en charge spécialisée, ils ne font pas état d'une évolution objective de la situation (sous forme d'une aggravation des discopathies) par rapport à celle décrite dans l'expertise et n'excluent pas que la recourante pourrait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité effectué par l'office intimé.

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort des indications fournies par Y. _____ SA le 15 octobre 2021, que la recourante aurait perçu en 2021 un salaire annuel de 22'152 fr. (21,30 [salaire horaire + 13^e salaire] x 20 [heures hebdomadaires] x 52 [semaines]). Il convient également de tenir compte du revenu que la recourante a perçu en 2020 de la part de B. _____ AG (cf. extrait du compte individuel de la recourante) - activités qui correspondaient globalement, selon la personne chargée de l'évaluation économique du ménage, à une activité d'environ 70 %. Ainsi, en indexant ces deux montants à l'année 2022, (+ 0.6 % [2021] et + 0.8 % [2022]) - année déterminante pour la comparaison des revenus (cf. ATF 129 V 222) - et en extrapolant le montant ainsi obtenu à un taux d'activité de 100 %, le revenu sans invalidité s'élève à 50'752 fr. (et non pas de 48'001 fr. 35).

Quant au revenu d'invalidé, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé au salaire statistique prévu par le tableau ESS 2022 (TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1, total, femme), soit un montant mensuel de 4'367 francs. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures durant l'année 2022 (cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01), le revenu d'invalidé s'élève à 54'631 fr. 17 (et non pas 54'623 fr. 85). Ce montant étant supérieur au revenu sans invalidité, il en résulte que la recourante ne subit aucune perte de gain.

e) Au regard des éléments exposés ci-dessus, le taux d'invalidité global doit être fixé à 2 % ($[0 \times 0,7] + [6 \times 0,3]$), taux qui n'ouvre plus le droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2023 (art. 88a al. 1 RAI).

f) Pour le surplus, c'est à juste titre que l'office intimé a refusé d'allouer à la recourante des mesures d'ordre professionnel, singulièrement une mesure de reclassement professionnel, en raison d'un taux d'invalidité inférieur à 20 %, et qu'il s'est limité à lui octroyer une mesure d'aide au placement.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 17 février 2025 par l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de S._____.

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 :

- S._____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :