

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 507 vom 15. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2024\\_\\_507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__507)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 507 du 15 juillet 2024

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2024 / 507 del 15 luglio 2024

### Regeste

RECONSIDÉRATION, ADMISSION DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 507

RECONSIDÉRATION, ADMISSION DE LA DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LPGA, 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 364/23 - 211/2024 ZD23.053729 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 15 juillet 2024 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges Greffier : M. Genilloud \*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 al. 1 et 53 al. 1 et 2 LPGA E n f a i t : A. B. \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC de vendeuse, d'un diplôme de conseillère financière et d'un brevet fédéral de conseillère financière, a travaillé comme conseillère financière depuis le 7 novembre 2005 auprès de Q. \_\_\_\_\_ AG (avant : O. \_\_\_\_\_ SA). Le 24 septembre 2019, 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), indiquant être atteinte d'un cancer du sein gauche avec au moins deux métastases osseuses, décelé le 28 mars 2019 dans le cadre d'une campagne de dépistage. En raison de cette affection, l'assurée a subi plusieurs périodes d'incapacité de travail, soit de 100 % du 10 avril au 10 mai 2019, de 90 % du 11 mai 2019 au 31 janvier 2020, de 70 % du 1 er février au 30 avril 2020 et de 90 % à compter du 1 er mai 2020, en raison d'une fatigabilité et d'une émotivité augmentées, de troubles de la concentration, d'un état d'angoisses quant à l'évolution de la maladie ainsi que d'une résistance au stress diminuée (cf. rapports des 15 novembre 2019 et 22 mai 2020 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale). Par décision du 27 janvier 2021, confirmant un projet de décision du 29 octobre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité (sur la base d'un degré d'invalidité de 70 %) du 1 er au 30 avril 2020 et une rente entière d'invalidité (sur la base d'un degré d'invalidité de 90 %) à compter du 1 er mai 2020. Le 1 er octobre 2022, l'OAI a initié une procédure de révision d'office de la rente entière d'invalidité de l'assurée. Après avoir constaté, sur la base des extraits du compte individuel de l'assurée et des documents et renseignements fournis par son employeur le 23 février 2023, qu'elle continuait à percevoir

des revenus élevés malgré une capacité de travail résiduelle de 10 %, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité le 27 mars 2023, dont il ressortait que le taux d'invalidité de l'assurée était de 7,19 %. Par projet de décision du 31 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait lui supprimer pour l'avenir, par la voie de la révision, la rente entière d'invalidité qui lui avait été octroyée par décision du 27 janvier 2021. Par pli du 12 mai 2023, l'assurée, par son mandataire, Me Alexandre Guyaz, a contesté le projet de décision du 31 mars 2023 et a conclu au maintien de la rente entière d'invalidité, subsidiairement, à l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité. Elle a notamment allégué que seule une petite partie de ses revenus correspondait à des prestations de travail effectives, une part significative de ses revenus s'apparentant davantage à une « rente de situation » rétribuant l'importance du portefeuille de clients qu'elle avait constitué avant son atteinte à la santé. Sa situation professionnelle ne pouvant être considérée comme stable, l'office intimé devait par conséquent faire usage des salaires statistiques pour déterminer son revenu avec invalidité. Compte tenu d'une capacité de travail qui atteignait à peine 10 %, elle présentait toujours une invalidité de 90 %, si bien qu'une révision sous la forme d'une suppression de sa rente ne se justifiait pas. L'assuré a, à titre éventuel, requis la mise en œuvre d'une expertise économique visant à déterminer la part de son revenu effectivement liée à l'activité lucrative et celle découlant d'un portefeuille de clients. Dans un avis juriste du 28 août 2023, l'OAI a notamment constaté qu'au vu des revenus réalisés par l'assurée depuis 2020, il fallait considérer que la capacité de gain de cette dernière n'avait pas (encore) été impactée par son atteinte à la santé. Aussi, les revenus que l'assurée percevait en exploitant sa capacité résiduelle de travail correspondaient, selon la réglementation applicable, au revenu avec invalidité déterminant. Dans la mesure où son service de réadaptation professionnelle n'avait pas examiné la situation de l'assurée, l'OAI estimait que les conditions d'une reconsidération étaient réalisées. Par projet de décision du 29 août 2023, remplaçant son projet de décision du 31 mars 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de reconsidérer sa décision du 27 janvier 2021 et de lui supprimer sa rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2023. Par pli du 3 octobre 2023, l'assurée a contesté ce nouveau projet de décision, alléguant que les conditions d'une reconsidération faisaient défaut en l'espèce, en particulier celle relative au caractère manifestement inexact de la décision du 27 janvier 2021. Par décision du 8 novembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision. B. \_\_\_\_\_, par son conseil, a déféré cette dernière décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment la mise en œuvre d'une expertise économique, et, plus subsidiairement, à sa réforme en ce sens que trois-quarts de rente lui sont accordés dès le 1<sup>er</sup> avril 2020. Réitérant pour l'essentiel les arguments qu'elle avait présentés dans le cadre de la procédure devant l'OAI, elle a exposé que la décision du 27 janvier 2021 était correcte, respectivement n'était pas manifestement erronée ; l'OAI, qui avait à l'époque dûment appliqué les dispositions légales pertinentes en pleine connaissance de tous les faits, s'est simplement livré à une appréciation différente de ceux-ci, ce qui ne justifiait pas de procéder à une reconsidération. Dans sa réponse du 24 janvier 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant aux motifs contenus dans sa décision du 8 novembre 2023 et à sa correspondance du 7 novembre 2023, qui en faisait partie intégrante. Par réplique du 9 février 2024, l'assurée a confirmé les conclusions et les moyens de son recours. Par pli du 20 février 2024, le juge instructeur a informé les parties qu'il envisageait d'examiner le bien-fondé de la décision du

8 novembre 2023 de l'OAI sous l'angle des conditions d'une révision procédurale et leur a imparti un délai au 20 mars 2024 pour se déterminer sur la substitution de motifs évoquée. Par courrier du 5 mars 2024, l'OAI a fait savoir que le courrier précité du juge instructeur n'appelait aucun commentaire particulier de sa part. Dans son pli du 6 mars 2024, l'assurée a indiqué qu'elle s'opposait à la proposition du juge instructeur, arguant que la révision procédurale, dont les conditions n'étaient pas réalisées en l'espèce, ne permettait pas non plus de remettre en cause la décision initiale du 27 janvier 2021 et que cette dernière devait dès lors être maintenue. 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, singulièrement la question de la suppression à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2023 de la rente entière d'invalidité qui lui avait été accordée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2020. 3. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). 4. 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 citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 5. De manière générale, on peut envisager trois cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle. Ainsi, lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGa. Si une décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa). Enfin, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGa) (ATF 135 V 215 consid. 4.1 et les nombreuses références citées). Il convient d'examiner successivement chacune de ces hypothèses. a) Révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa aa) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse

(ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). bb) En l'espèce, l'office intimé a initié une procédure de révision d'office le 1<sup>er</sup> octobre 2022. Dans ce contexte, il a constaté que la recourante, malgré une capacité de travail résiduelle de 10 %, percevait encore des revenus substantiels, comparables à ceux qu'elle obtenait avant son atteinte à la santé. Il a dès lors, par projet de décision du 31 mars 2023, envisagé de supprimer pour l'avenir la rente entière d'invalidité de la recourante au motif que les circonstances économiques s'étaient modifiées depuis la décision du 27 janvier 2021 et que son taux d'invalidité nouvellement calculé (7,19 %) n'ouvrait pas le droit à la rente. Cela étant, comme l'a à juste titre admis ultérieurement l'intimé lui-même à la suite des observations de la recourante (cf. avis juriste du 28 août 2023), les conditions de la révision ne sont pas réalisées. En effet, les circonstances de fait, médicales ou économiques, ne se sont pas modifiées depuis la décision du 27 janvier 2021 de l'intimé. Ainsi, s'agissant tout d'abord de la situation médicale de la recourante, il est constant que cette dernière est atteinte d'un cancer métastatique du sein gauche, à l'origine d'une incapacité de travail compris entre 100 et 70 % depuis le 10 avril 2019 et de 90 % à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020 en raison d'une fatigabilité et d'une émotivité augmentées, de troubles de la concentration, d'un état d'angoisses quant à l'évolution de la maladie ainsi que d'une résistance au stress diminuée. Or il ressort des rapports médicaux qu'elle a produits à l'appui de ses objections du 12 mai 2023 (pièces n os 1 à 4 du bordereau) que son état de santé est stable, voire s'aggrave en raison notamment de la progression de l'atteinte métastatique ganglionnaire et osseuse et de l'exacerbation des douleurs (voir également le rapport du 31 janvier 2023 du Dr K. \_\_\_\_\_, lequel estimait que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toutes activités). D'ailleurs, l'office intimé a reconnu que l'état de santé de la recourante était identique à celui qui prévalait au moment de sa décision du 27 janvier 2021 (cf. « mandat REA » du 23 février 2023) et que la modification de l'état de santé de la recourante n'était pas à l'origine de la révision de la rente d'invalidité de l'intéressée. Sous l'angle économique, il convient de relever que la recourante, après la survenance de son incapacité de travail, et postérieurement à la décision du 27 janvier 2021, a continué, à un taux réduit, son activité de conseillère financière auprès du même employeur. Les modalités liées aux rapports de travail, en particulier celles relatives à sa rémunération et aux commissions, sont demeurées inchangées. Certes, il ressort des extraits du compte individuel de la recourante ainsi que des documents et renseignements transmis par son employeur le 23 février 2023 que les revenus qu'elle percevait avant le début de son incapacité de travail et ceux qu'elle a obtenus ensuite à un taux d'activité de 10 % (30 % du 1<sup>er</sup> février 2020 au 30 avril 2020) sont demeurés sensiblement similaires. L'office intimé ne pouvait néanmoins pas procéder à la révision de la décision du 27 janvier 2021 dans le sens d'une suppression de rente pour ce motif-là. En effet, comme l'a expliqué en détail la recourante, la plupart des revenus acquis postérieurement à la décision précitée provenaient des activités qu'elle avait déployées avant son atteinte à la santé, et non par la mise à contribution de sa capacité résiduelle de travail de 10 %. Ces explications, appuyées par plusieurs documents internes de son employeur, notamment ceux en lien avec la structure des rémunérations, sont convaincantes et démontrent que la situation professionnelle de la recourante n'a, en réalité, pas évolué depuis la décision du 27 janvier 2021. Autrement dit, le fait que la recourante a perçu des salaires proches de ceux qu'elle percevait avant son atteinte à la santé ne saurait être interprété dans le sens que sa capacité de gain se serait améliorée. Par conséquent, comme l'a à juste titre reconnu l'intimé dans un second temps, les conditions d'une révision ne sont pas remplies en l'espèce. b) Reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA aa) En

matière d'assurances sociales, une décision entrée en force qui repose sur une application initialement erronée du droit peut faire l'objet d'une reconsidération. Le principe et les conditions de la reconsidération sont prévus à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. La reconsidération est donc soumise à deux conditions : l'importance notable de la rectification et l'existence d'une erreur manifeste. L'erreur manifeste signifie qu'il n'existe aucun doute raisonnable sur l'irrégularité initiale de la décision, cette conclusion étant la seule envisageable (ATF 148 V 195 consid. 5.3 ; 138 V 324 consid. 3.3). Le vice peut résulter de l'application des mauvaises bases légales, de la non-application ou de la mauvaise application des normes déterminantes (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 144 I 103 consid. 2.2 ; 140 V 77 consid. 3.1), ainsi que de l'application erronée de la jurisprudence (Margit Moser-Szeless, Commentaire romand, LPGA, 2018, n° 72 ad art. 53 LPGA) ; il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). bb) En l'espèce, l'office intimé, par décision du 8 novembre 2023, a reconsidéré sa décision du 27 janvier 2021 et supprimé pour l'avenir la rente entière d'invalidité qu'il avait octroyée à la recourante. Il a estimé que sa décision initiale du 27 janvier 2021 était manifestement erronée dans la mesure où il avait omis de faire application de l'art. 16 LPGA lors de l'établissement du préjudice économique. Cela étant, à l'instar de la recourante, il y a lieu de constater que l'office intimé ne disposait d'aucun motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA lui permettant de revenir sur sa décision initiale du 27 janvier 2021. Celui-ci ne saurait en particulier être suivi lorsqu'il fait valoir que le droit à la rente entière d'invalidité a été admis sur la base d'une instruction lacunaire parce que la situation de la recourante n'aurait pas été examinée par son service de réadaptation professionnelle, auquel il incombe notamment d'établir le préjudice économique. Quoi qu'en dise l'office intimé, la décision du 27 janvier 2021 octroyant une rente entière d'invalidité à la recourante reposait sur un dossier médical suffisant qui laissait apparaître que la recourante n'était apte à reprendre l'exercice de son activité habituelle que dans une mesure limitée (10 % du 11 mai 2019 au 31 janvier 2020 ; 30 % du 1<sup>er</sup> février 2020 au 30 avril 2020 ; et 10 % à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020). Ainsi, rien ne permet de considérer que l'office intimé aurait fait à l'époque un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ou violé le droit fédéral en procédant à une comparaison en pour-cent. En effet, l'application de cette méthode était admissible en l'espèce puisque, d'une part, la recourante a poursuivi (à un taux réduit) son activité de conseillère financière auprès du même employeur et, d'autre part, son revenu avec invalidité aurait été difficile à chiffrer dans la mesure où elle était entièrement rémunérée par des commissions de plusieurs natures (cf. TF 8C\_46/2023 du 26 octobre 2023 consid. 3.2 ; TF 9C\_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2). Dans ces conditions, l'office intimé pouvait valablement renoncer à appliquer la méthode de la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA en vue de déterminer le degré d'invalidité de la recourante, une telle comparaison n'apparaissant pas nécessaire au vu des circonstances. S'il s'avère ultérieurement, à la suite d'un examen plus minutieux de la situation, que l'instruction ou l'appréciation médicale du cas avait été faite de manière qui peut aujourd'hui sembler critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée au regard de la situation de fait ou de droit. c) Révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA aa) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à

révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF. Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1s. et les références citées ; 143 V 105 consid. 2.3 et les références citées). La révision procédurale est soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, ainsi qu'à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. TF 8C\_434/2011 du 8 août 2011 consid. 3, in SVR 2012 UV n° 17 p. 63). bb) En l'espèce, il y a lieu de relever que l'information selon laquelle la recourante a pu, malgré son atteinte à la santé, conserver un niveau de rémunération sensiblement similaire à celui qu'elle avait avant la survenance de l'atteinte à la santé constitue indiscutablement un fait nouveau important découvert postérieurement à la décision du 27 janvier 2021 et susceptible de justifier une révision procédurale. Toutefois, il appert que l'office intimé a pris connaissance des revenus réalisés par la recourante durant les années 2020 et 2021 le 15 novembre 2022, date à laquelle ledit office a enregistré dans le dossier de la recourante l'extrait de son compte individuel comprenant les années en question. Ainsi, l'office intimé a agi tardivement en envoyant son projet de décision le 31 mars 2023, le droit de demander la révision procédurale étant périmé à cette date. d) Compte tenu de ce qui précède, l'office intimé ne peut se prévaloir d'aucun motif l'autorisant à revenir sur sa décision d'octroi de rente du 27 janvier 2021, si bien qu'il y a lieu d'admettre le recours et d'annuler la décision attaquée. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée. 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 l'intimé, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 8 novembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_,

une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier :  
Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me  
Alexandre Guyaz (pour B. \_\_\_\_\_), à Lausanne, ■ 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 :

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