

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 juillet 2021

---

Composition : M. NEU, juge unique  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 29 et 53 al. 2 LPGA ; 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de deux enfants (nés en [...] et [...]). Au bénéfice d'un CFC (certificat fédéral de capacité) de gestionnaire de commerce de détail, elle travaillait, depuis le 7 janvier 2013, comme conseillère à la clientèle internationale au taux de 80 % pour le compte de la banque O. \_\_\_\_\_ SA, agence de [...]. Son salaire mensuel brut était de 5'666 fr. 65, soit un revenu annuel de 67'999 fr. 80 (5'666 fr. 65 x 12 [cf. le document « questionnaire pour l'employeur : Réadaptation professionnelle/ Rente » du 11 décembre 2017]).

**b)** A l'arrêt de travail depuis le 10 mars 2017 en raison de burn-out pour lequel elle était en traitement auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, K. \_\_\_\_\_ a été annoncée par son employeur, le 19 septembre 2017, à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Après la signature par l'assurée le 11 octobre 2017 de la formule « autorisation DP », une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente), datée du 18 octobre 2017, a été formulée et versée au dossier le 27 octobre 2017.

D'après le questionnaire 531bis établi le 23 novembre 2017, l'assurée en bonne santé travaillerait à 80 % comme conseillère à la clientèle internationale par nécessité financière.

Le 28 novembre 2017, l'OAI a pris connaissance du dossier médical de l'assurée constitué par son assureur perte de gain maladie S. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : S. \_\_\_\_\_), dont il ressort en particulier divers certificats médicaux et un rapport du 18 octobre 2017 du Dr Q. \_\_\_\_\_ diagnostiquant un burn-out (Z63.0) d'évolution lente mais favorable, avec un pronostic de reprise d'activité professionnelle « bon » à moyen terme chez l'assurée alors enceinte de quatre mois et demi, ainsi qu'un rapport du 28 septembre 2017 de la Dre A. \_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie

et obstétrique, qui, à la question « 1. Diagnostic principal et diagnostic secondaire » a écrit « début de grossesse TP le 20.3.2018. La patiente étant en arrêt maladie pour une raison non liée à la grossesse, merci de vous référer au médecin traitant ou à son psychiatre pour le diagnostic précis ».

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'assurée a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un bilan de carrière auprès de G. \_\_\_\_\_ SA à [...], du 4 décembre 2017 au 7 février 2018. Un rapport de bilan de carrière du 5 février 2018 a été établi par les responsables de G. \_\_\_\_\_ SA.

On extrait ce qui suit d'une note d'un entretien verbal du 6 février 2018 entre un des spécialistes en réadaptation professionnelle à l'OAI et une responsable de G. \_\_\_\_\_ SA, rédigée le lendemain :

“Bilan fin de mesure « bilan de carrière ».

Le bilan a été très positif et a permis à Mme K. \_\_\_\_\_ de tout mettre à plat.

Il ressort 3 pistes principales :

- Voire possibilité en interne avec Mme [...] pour un poste de « compliance », analyse et préparation de dossiers pour les conseillers et clients.
- R-H, le diplôme réalisé doit lui permettre d'obtenir une place dans les R-H d'une société chablaisanne. Ce qui la rapprocherait de chez elle.
- Conseillère en placement de personnel. Activité déjà exercée auprès de [...]. L'assurée est prête à commencer « en bas de l'échelle ». Une orientation en consulting paraît plus proche de ses qualifications.
- De plus, l'assurée se dit intéressée par les ORP et l'AI (a fait ses offres).

En résumé l'assurée a les formations et les compétences nécessaires pour trouver une activité professionnelle répondant à ses attentes.

L'assurée est consciente qu'elle n'a pas d'atteinte invalidante au sens de l'AI (elle le dit elle-même), mais elle recherche une activité professionnelle moins stressante ou elle aura la possibilité d'aider les gens.

L'assurée n'est plus en IT [incapacité de travail] maladie depuis le 19.01.2018, mais elle est en congé maternité depuis le 20.01.2018. Reprise d'une activité possible dès le 20.07.2018 (avant si elle peut).

Son futur taux d'activité professionnelle sera de 50% (70% si obligée par rapport à un nouveau poste de travail)."

Dans ces circonstances, le mandat de mesure d'intervention précoce a été clôturé le 7 février 2018 par le spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI (document « IP - Proposition de DDP » du 7 février 2018).

Par communication du 8 février 2018, l'OAI a informé l'assurée que, compte tenu de son congé de maternité jusqu'au 20 juillet 2018, aucune mesure d'ordre professionnel n'était possible et que l'instruction de sa demande de prestations se poursuivait.

De son côté, l'assureur S. \_\_\_\_\_ a mis fin aux indemnités journalières servies à l'assurée depuis le 10 mars 2017 avec effet au 28 mars 2018.

Le 17 juillet 2018, l'OAI a versé au dossier un document du 12 juillet précédent du Dr Q. \_\_\_\_\_ qui informait ne plus suivre l'assurée depuis la fin du traitement au 14 novembre 2017.

Lors d'un entretien téléphonique du 5 décembre 2018 avec le gestionnaire en charge du cas à l'OAI, l'assurée a fait part du fait qu'elle n'avait pas consulté le Dr [...] depuis un certain temps. Elle a également indiqué qu'elle s'était inscrite au chômage pour la recherche d'un emploi au taux de 80 %, avec la précision qu'elle était capable de retravailler dans n'importe quel domaine. Le 18 décembre 2018, l'OAI a versé au dossier la copie de la confirmation de l'inscription de l'assurée le 29 octobre 2018 auprès de l'Office régional de placement (ORP) d[...] comme demandeuse d'emploi, à 80 %, avec une entrée en fonction à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2018.

Selon une fiche d'examen du droit à la rente d'invalidité du 8 janvier 2019, le début de ce droit était fixé au 10 mars 2018 avec l'ouverture du droit à la prestation le 1<sup>er</sup> avril 2018 pour « maladie de longue durée ».

Par projet de décision du 8 janvier 2019, avec avis à la Caisse de compensation des banques suisses, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière (fondée sur un degré d'invalidité de 80 %) du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 30 juin 2018.

Aux termes d'un second projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2019 annulant son projet de décision du 8 janvier 2019, l'OAI a réitéré à l'assurée son intention de lui octroyer une rente entière du 1<sup>er</sup> avril 2018 au 30 juin 2018, sur la base d'un degré d'invalidité de 80 %, compte tenu de constatations identiques (avec motivation) à celles figurant dans son préavis antérieur.

Par décision du 21 juin 2019, l'OAI a confirmé l'octroi de cette rente, par la Caisse de compensation des banques suisses à O. \_\_\_\_\_ Suisse SA, avec un avis de versement de 12'285 fr. pour le rétroactif dû.

Dans un courrier du 17 juillet 2019, la Caisse de pension d'O. \_\_\_\_\_ s'est adressée à l'OAI en ces termes :

“Madame, Monsieur,

Nous nous référons au projet d'acceptation du 8 janvier 2019 dont nous n'avons malheureusement pas reçu de copie malgré la communication faite par l'assurée par l'intermédiaire de sa demande de prestations AI du 18 octobre 2017 que nous étions l'institution de prévoyance compétente.

De ce fait, nous vous rendons attentifs que nous n'avons pas eu la possibilité de faire objection à ce projet dans les délais fixés et vous prions à l'avenir, le cas échéant et pour tous nos assurés, de nous faire parvenir tou[te]s les correspondances usuelles.

En ce qui concerne le dossier AI de Mme K. \_\_\_\_\_, nous constatons, après lecture, que votre dossier ne contient aucun rapport médical objectif attesté par un médecin et que le rapport final SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité] fait également défaut.

En outre, lors de l'examen du droit à la rente du 8 janvier 2019, vous faites mention d'un burnout comme atteinte à la santé. A notre

connaissance, cette atteinte n'est pas invalidante au sens de l'AI. Il n'existe donc aucun droit à la rente d'invalidité.

Au vu de ce qui précède, nous vous remercions d'avance d'y prendre position et de nous apporter les explications utiles."

Par lettre recommandée du 5 août 2019, l'OAI a avisé l'assurée du réexamen du dossier et de l'annulation de la décision du 21 juin 2019 considérée comme « nulle et non avenue ».

Au terme de sa reprise de l'instruction du cas, l'OAI a, par nouveau projet de décision du 27 août 2019, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

"Vous exerciez l'activité de conseillère clientèle internationale.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 10 mars 2017. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit au 10 mars 201[8], votre incapacité de travail est totale dans toute activité, de sorte que le droit à une rente est théoriquement ouvert.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Vous avez déposé votre demande le 27 octobre 2017. La prestation ne peut être allouée que dès le 1<sup>er</sup> avril 2018.

Or à cette date, vous aviez déjà repris votre activité professionnelle à son taux habituel depuis le 28 mars 2018. Ainsi, il n'existe aucun préjudice économique au moment de l'ouverture du droit à la rente et cette dernière doit vous être niée et des mesures professionnelles n'ont pas lieu d'être."

A l'appui de ses objections du 2 septembre 2019 à l'encontre de ce préavis, l'assurée a demandé à l'OAI de lui allouer la rente d'invalidité litigieuse au vu de sa bonne foi. Elle faisait valoir que l'OAI avait tardé à enregistrer sa demande de prestations et qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle chez O. \_\_\_\_\_ SA depuis l'arrêt de travail du 10 mars 2017, l'employeur ayant mis fin au contrat de travail pour le

31 octobre 2018 en lui versant les trois mois de salaire correspondant à la fin de son congé de maternité.

Par courrier explicatif du 19 septembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de ce qui suit :

“Bien que nous ne remettions pas en cause votre bonne foi dans les événements de votre dossier, [n]ous tenons à vous apporter quelques précisions à votre correspondance.

Une demande de prestations AI est réputée déposée quand l'administration l'a reçue. L'Office AI Vaud a reçu votre demande de prestations le 27 octobre 2017, c'est donc cette date pour déterminer l'ouverture du droit aux prestations selon l'article 29 alinéa 1 LAI. Que le dépôt de la demande ait été retardé en raison de la difficulté à prendre un rendez-vous entre votre employeur et notre Office n'est pas déterminant pour modifier la date du dépôt.

Concernant la période de mars 2017 à octobre 2018, vous n'avez pas repris d'activité en raison de votre congé maternité, qui n'est pas considéré comme une invalidité. Les éléments en notre possession (fin des indemnités perte de gain au 28.03.2018 et l'arrêt de votre suivi psychiatrique en 2017) laissent présumer une capacité de travail de 100% d'autant plus que nous n'avons pas eu d'informations comme quoi votre arrêt de travail s'est prolongé durant le congé maternité.

Ainsi, si [une] atteinte à la santé a justifié une incapacité de travail jusqu'en octobre 2018 en parallèle à votre congé maternité, nous vous saurions gré de nous apporter des éléments médicaux attestant cela d'ici le **18 octobre 2019**.

Sans nouvelle de votre part à cette date, nous maintiendrons notre position et rendrons une décision de refus de prestations contre laquelle il vous sera loisible de recourir selon les voies de droit indiquées dans notre projet.

Enfin, concernant votre demande de percevoir la rente que vous estimez comme vous étant due, nous vous renvoyons auprès de la Caisse de compensation qui est l'organe compétent pour tout ce qui touche le versement des prestations et les demandes de restitutions de ces dernières.”

Le 16 octobre 2019, en guise de réponse au courrier précité de l'OAI, l'assurée a à nouveau invoqué sa bonne foi, précisant ne pas avoir d'autres certificats médicaux à produire que ceux relatifs à sa maternité. Elle était désormais disposée à restituer la moitié de la rente querellée.

Par décision du 28 octobre 2019 annulant celle du 21 juin 2019, dont la motivation est identique au contenu de son projet du 27 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurée. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait, malgré le délai accordé au 18 octobre 2019 pour fournir des rapports médicaux, n'être en possession d'aucun élément lui permettant de revoir sa position.

**B.** Par acte déposé le 19 novembre 2019 (timbre postal), K.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, sous suite de frais mis à la charge de l'OAI, à son annulation en demandant de pouvoir « garder la rente qui [lui] a déjà été versée et utilisée ». En substance, elle a fait valoir qu'elle s'était adressée à l'OAI avant la date du dépôt de sa demande de prestations (le 27 octobre 2017), en tout cas à la date du premier rendez-vous du 11 octobre 2017 avec le spécialiste en réinsertion professionnelle qui avait pris son cas en charge. Invoquant à nouveau sa bonne foi, elle soutenait n'avoir été informée d'aucun délai ; en présence du dépôt de la demande antérieur au 27 octobre 2017, elle contestait que son dossier ait été « hors délai ». Dans un second grief, elle affirmait ne pas comprendre comment l'OAI avait pu retenir une pleine capacité de travail depuis le 28 mars 2018 alors qu'elle était en congé maternité depuis janvier/février 2018 et avait accouché le 29 mars 2018, sans reprise d'aucune activité professionnelle. Elle soutenait avoir reçu la confirmation, lors d'un entretien téléphonique avec le gestionnaire de son dossier, de son droit à la rente telle que versée dans un premier temps. En annexe à son acte de recours, elle a notamment produit la copie d'une lettre du 4 novembre 2019 dans laquelle O.\_\_\_\_\_ SA lui oppose un refus de rente d'invalidité au motif du rejet de sa demande de prestations d'invalidité par l'OAI.

Dans sa réponse du 27 février 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, renvoyant à ses explications du 19 septembre 2019, tout en précisant que même si la demande de prestations avait été déposée le 11 octobre 2017 au lieu du

27 octobre 2017, le droit à la rente aurait pris naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt, soit sur le même mois d'avril 2018.

La recourante a renoncé à répliquer.

### **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.

**c)** Vu la valeur litigieuse, arrêtée au montant de 12'285 fr. correspondant aux prestations allouées disputées, inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**       **a)** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à « annuler » sa décision du 21 juin 2019 d'octroi d'une rente limitée dans le temps, pour lui substituer sa décision du 28 octobre 2019 refusant le droit à cette prestation.

**b)** En réalité, la décision initiale du 21 juin 2019 étant entrée en force de chose décidée sans qu'une autorité judiciaire ne se soit

prononcée à son sujet, l'intimé a procédé, en la révoquant au motif d'une application erronée du droit, non pas à un simple nouvel examen, mais à la reconsidération de cette décision, ceci au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. La nouvelle décision de refus étant susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours, le contrôle juridictionnel de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal se limite en pareil cas au point de savoir si, au sens de cette disposition, les deux conditions d'une reconsidération (soit l'inexactitude manifeste de la décision initiale et l'importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc).

**3. a)** L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). Le second titre de révocation prévu par l'art. 53 LPGA, à son alinéa 2, permet de corriger la décision ou la décision sur opposition qui est entrée en force de chose décidée, alors qu'elle reposait d'emblée sur une application initiale erronée du droit (y compris une application insoutenable des faits). La reconsidération est soumise à deux conditions : la décision doit être entachée d'une erreur manifeste et sa rectification doit avoir une importance notable (MARGIT MOSER-SZELESS *in* : Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n<sup>os</sup> 69 s. *ad* art. 53 LPGA).

**b)** La notion d'erreur manifeste a été définie de manière restrictive par la jurisprudence, afin d'éviter que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autres limitations un nouvel examen (plus approfondi) des conditions à la base des prestations de longue durée. L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à la prestation d'assurance sociale a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (ATF 140 V 77 consid. 3.1 ; 138 V 324 consid. 3.3).

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, au motif qu'elle est sans nul doute erronée, 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 140 V 77 consid. 3.1 ; 138 V 147 ; 119 V 475 consid. 5b/cc).

En particulier, lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, comme c'est le cas, par exemple, pour le droit à une rente de l'assurance-invalidité, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'appréciation des différentes étapes pour établir les conditions du droit à la prestation (évaluation de l'incapacité de travail et de l'invalidité, appréciation des preuves, appréciation des questions relatives à l'exigibilité) apparaît admissible, compte tenu de la situation de fait et de droit telle qu'elle se présentait au moment de la décision entrée en force. L'irrégularité de la décision est alors manifeste lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas ; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, l'exigence de l'erreur manifeste n'est pas réalisée (ATF 125 V 383 consid. 6a ; TF 9C\_508/2015 du 4 mars 2016 consid. 3 et 9C\_975/2015 du 21 janvier 2016 consid. 2 - 3).

En d'autres termes, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Il faut, bien plus, que la reconnaissance du droit à la prestation se révèle manifestement erronée également dans son résultat. Ainsi, pour qu'une décision de rente de l'assurance-invalidité puisse être reconsidérée en raison d'une évaluation incorrecte de l'invalidité, il doit être établi, au regard de la situation juridique et de fait prévalant à l'époque, qu'une évaluation correcte de l'invalidité en relation avec le droit à la prestation aurait conduit à un autre résultat (ATF 140 V 77 consid. 3.1).

**c)** La jurisprudence n'a pas fixé de valeur limite s'agissant de l'importance notable de la rectification. Il convient de se fonder sur

l'ensemble des circonstances du cas particulier et notamment sur le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où des prestations indues ont été allouées (ATF 107 V 180 consid. 2b).

Dans le cas de prestations uniques ou versées pendant une période de temps restreinte, la limite de l'importance notable se situe à quelques centaines de francs (TF 8C\_18/2017 du 4 mai 2017 consid. 3.2.2). Des montants de 165 fr. 90, 265 fr. 20, 324 fr., 494 fr., 568 fr. 10 et 606 fr. 20 n'ont pas été jugés suffisamment importants pour justifier une reconsidération, à l'inverse d'un montant de 706 fr. 25 dont la restitution était demandée moins d'une année après l'octroi de la prestation (MARGIT MOSER-Szeless, *op. cit.*, n. 84 *ad art.* 53 LPGA).

**4. a)** En l'occurrence, s'agissant de l'existence d'une décision de rente d'invalidité initiale manifestement erronée, l'OAI se fonde sur le cas d'application de l'art. 29 LAI à teneur duquel le droit à la prestation ne naît que six mois après le dépôt de la demande, ainsi que sur le retour de l'assurée à une pleine capacité de travail et de gain à la date du 28 mars 2018 telle que retenue par l'assurance perte de gain S.\_\_\_\_\_.

Il ressort du dossier que le formulaire de demande formelle de prestations y a été versé le 27 octobre 2017. La recourante objecte que cette demande aurait été formulée antérieurement, soit en tout cas déjà le 11 octobre 2017, date correspondant à la formule « autorisation DP » qu'elle avait signée. Cet argument ne peut être reçu. En effet, la mise en œuvre de la procédure de détection précoce par la communication faite selon l'art. 3b al. 2 let. c LAI ne doit pas être confondue avec le dépôt d'une demande officielle de prestations qui seule, en application et aux conditions de l'art. 29 LPGA, est à même de sauvegarder les droits de l'assuré (sur les effets du dépôt de la demande, cf. MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Genève/Zurich/Bâle 2011, n<sup>os</sup> 1286 et 2847 ; GUY LONGCHAMP *in* : *Commentaire romand Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Bâle 2018, n<sup>os</sup> 1 s. *ad art.* 29 LPGA). La date de réception de la demande, que l'assureur doit enregistrer, étant déterminante, c'est à bon droit que

l'OAI a retenu celle du 27 octobre 2017. La procédure de détection précoce a au demeurant été parfaitement conduite, l'intimé ayant singulièrement respecté le délai de trente jours pour rendre l'assurée attentive à ses droits (art. 1<sup>quater</sup> al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Or, à l'échéance du délai de six mois dès le 27 octobre 2017, soit au 27 avril 2018, il ressort clairement du dossier que l'assurée avait recouvré sa pleine capacité de travail et de gain. On observera que la date du 11 octobre 2017 invoquée par l'assurée ne lui est par ailleurs d'aucun secours dans la computation du délai déterminant, dont l'échéance intervient aussi après le retour à la capacité de travail et de gain à la date du 28 mars 2018. Non seulement, elle ne pouvait plus se prévaloir d'un certificat d'incapacité de travail, mais elle a elle-même admis ne pas avoir d'affection invalidante, alors même qu'elle avait obtenu le versement de son salaire auprès de l'O. \_\_\_\_\_ SA pour la période correspondant à la fin de son congé de maternité, excluant ainsi un préjudice économique.

Partant, c'est de manière manifestement erronée que l'intimé n'a pas pris en considération ces faits déterminants, ceci au regard de l'art. 29 LAI, dont fut faite une application tout aussi manifestement erronée. Il n'existait aucun doute, même futur, sur l'inexactitude à corriger.

**b)** Quant à la seconde condition de l'importance de la rectification, même si l'on considère qu'il s'agit, non pas d'une prestation périodique pour laquelle l'importance est généralement d'office réalisée, mais d'une prestation unique versée au titre d'un rétroactif, il ne fait pas de doute, au vu du montant en question, que cette importance est donnée (cf. MARGIT MOSER-Szeless, *op. cit.*, n<sup>os</sup> 82 s. *ad* art. 53 LPGA et les références).

**c)** Il s'en suit que les deux conditions de la reconsidération étaient remplies de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a rendu la décision corrective du 28 octobre 2019 dont est recours. On observera que la procédure telle que conduite, même si elle n' a pas été formellement

qualifiée de reconsidération, s'est déroulée dans le respect du droit d'être entendu de l'assurée, qui a pu se déterminer à plusieurs reprises sur les enjeux de la procédure.

**d)** Enfin, on précisera que le principe de la bonne foi invoqué avec force par la recourante ne lui est d'aucun secours dans le cadre de la présente procédure. Par contre, elle pourra faire valoir sa bonne foi dans le cadre de la procédure en recouvrement de l'indu, à l'occasion de laquelle elle pourra demander la remise de l'obligation de restituer des prestations, cette procédure étant distincte de la présente (art. 3 et 4 OPGA [ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]).

**5. a)** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 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,  
le juge unique  
prononce :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 28 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de K.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- K.\_\_\_\_\_,
- 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 :