

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8, 17 al. 1 et 53 al. 2 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est titulaire d'un CFC d'assistante médicale. Elle présente depuis 2011 une maladie rhumatismale de type connectivite, laquelle entraîne notamment des atteintes de la peau et du cuir chevelu (plaques de morphée et pelade) ainsi que des polyarthralgies.

Le 19 octobre 2017, 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'Office AI ou l'intimé).

Par rapport du 27 novembre 2017, le Dr Z._____, médecin praticien, a attesté une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} juillet 2017 et dans une activité adaptée dès 2011, tout en mettant en évidence une fatigabilité importante et des arthralgies fluctuantes.

L'assurée a été engagée par la société T._____ Sàrl en qualité d'assistante médicale à un taux de 50 % dès le 8 janvier 2018, puis de 70 % à partir du 1^{er} avril 2018.

Dans un avis du 1^{er} novembre 2018, la Dre H._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a déclaré qu'au vu de l'évolution professionnelle de l'assurée, il s'agissait d'admettre que ses limitations fonctionnelles ne lui permettaient pas de travailler à un taux supérieur à 70 % dès le mois d'avril 2018.

Par rapport du 7 avril 2019, le Dr Z._____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stable depuis son dernier rapport du 27 novembre 2017. Sa capacité de travail se montait à 50 % depuis cette date dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.

Dans un avis du 25 avril 2019, la Dre H._____, du SMR, a exposé ce qui suit :

[...]

Compte tenu de son atteinte à la santé et des limitations fonctionnelles, il convient d'admettre une capacité de travail exigible à 50 %, dans une activité adaptée, qui correspond à l'activité habituelle actuelle de l'assurée, comme assistante médicale. Les limitations fonctionnelles sont d'ordre physique liées à une fatigabilité, à des douleurs articulaires et des douleurs liées aux arthralgies.

[...]

Par décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019, confirmant un projet de décision du 14 mai 2019, l'Office AI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente extraordinaire - calculée sur un taux d'invalidité de 50 % - à partir du 1^{er} novembre 2018.

B. Au mois de janvier 2020, l'Office AI a initié une procédure de révision de la rente. L'assurée a, à cette occasion, annoncé toujours travailler pour le compte de la société T._____ Sàrl à un taux de 70 %.

Par rapport du 8 juin 2020, le Dr Z._____ a certifié que sa patiente était à même d'assurer un taux de présence de 70 %. Ce dernier ne pouvait cependant pas être augmenté en raison de l'impasse thérapeutique dans laquelle elle se trouvait. Depuis l'octroi de la rente, l'état était resté stable en termes de fatigabilité, avec un début d'atrophie du côté gauche. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée s'élevait à 70 % depuis fin 2018.

Le 30 novembre 2020, l'assurée a démissionné de son poste auprès de la société susmentionnée. Elle a réalisé un stage d'éducatrice sociale de février à juillet 2021 à [...].

Par rapport du 2 novembre 2021, le Dr Z._____ a mis en évidence une évolution stable de l'état de santé de l'assurée, tout en attestant une capacité de travail entre 60 % et 70 % dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée.

Par courrier daté du 29 novembre 2021, réceptionné le 30 décembre 2021 par l'Office AI, l'assurée a informé cette autorité avoir été engagée à compter du 6 décembre 2021 par le cabinet médical X._____, à [...], à un taux de 60 %.

Par rapport du 20 août 2023, le Dr Z._____ a fait savoir à l'Office AI que l'état de santé de l'assurée était stable et que les diagnostics n'avaient pas évolué. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était restée identique depuis son dernier rapport.

Dans un avis du 15 septembre 2023, la Dre W._____, médecin auprès du SMR, a fait part des conclusions suivantes :

Les éléments en notre possession ne confirment ni une amélioration ni une péjoration de l'état de santé. En effet, il semble que l'atteinte soit restée plus ou moins stable sans traitement entre 2018-2020 puis que l'apparition de nouvelles plaques en automne 2022 a motivé la reprise d'un traitement immunosuppresseur, ce dernier ayant permis de stabiliser les lésions qui sont décrites comme peu actives au dernier contrôle. Dans l'intervalle, les LF [limitations fonctionnelles] ont toujours été superposables. Dans ce contexte, nous pouvons conclure à une stabilité de l'état de santé depuis la dernière décision [...].

Par projet de décision du 3 octobre 2023, l'Office AI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui supprimer le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, dès lors que son degré d'invalidité se montait à 30 % depuis le 1^{er} avril 2018.

Par rapport du 9 octobre 2023, le Dr U._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, a expliqué que l'assurée souffrait d'une forme tout à fait particulière de morphee touchant uniquement l'hémicorps gauche, laquelle était associée à des douleurs articulaires et musculaires. On assistait par ailleurs à une hémiatrophie gauche, laquelle était en cours d'investigation. Malgré les douleurs et les restrictions que cette maladie entraînait, sa patiente parvenait à exercer une activité professionnelle à un taux de 60 %. Celui-ci ne pouvait toutefois pas être

augmenté, l'incapacité étant due « à des absences pour suivis médicaux, à du repos essentiel et à l'obligation de rester occasionnellement à domicile, en raison de crises douloureuses, non prévisibles, d'une durée de 3 à 5 jours ».

Le 13 octobre 2023, l'assurée a fait part de ses objections quant au projet de décision précité. Elle a en substance allégué présenter une maladie auto-immune, laquelle lui causait fatigue, douleurs articulaires, pelade, sclérodermies localisées, crampes, atrophie musculaire et perte de motricité. Elle n'était ainsi pas capable de travailler cinq jours consécutifs, et cela d'autant plus qu'elle devait consacrer beaucoup de temps au traitement de sa pathologie. Était notamment joint à son courrier un certificat de travail établi le 24 août 2023 par la Dre [...], lequel attestait qu'elle avait été employée au sein du cabinet médical X._____ du 6 décembre 2021 au 31 août 2023 à un taux de 60 %.

Dans un avis du 16 janvier 2024, la Dre W._____, du SMR, a estimé que les observations du Dr U._____ n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ses précédentes conclusions.

Par décision du 17 janvier 2024, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 3 octobre 2023. Il a exposé, dans une prise de position datée du même jour, que l'assurée avait démontré pouvoir travailler à un taux de 70 % depuis le 1^{er} avril 2018, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 30 %. Ce dernier était ainsi insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

C. **a)** Par acte du 15 février 2024, B._____ a déféré cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Elle a en substance soutenu ne pas être capable de travailler à un taux de 70 % en raison de sa maladie.

b) Par réponse du 4 avril 2024, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision litigieuse.

c) Par réplique du 3 mai 2024, B._____ a expliqué avoir augmenté son taux de travail à 70 % à la suite d'une proposition de son ancien employeur, afin de vérifier si celui-ci était adapté à son état de santé. Cette tentative n'avait toutefois pas été concluante, dans la mesure où ses crises et sa fatigabilité s'étaient aggravées.

d) Informé par le Juge instructeur que la Cour de céans envisageait, eu égard aux faits tels qu'ils ressortaient du dossier, d'examiner le bien-fondé de la décision litigieuse sous l'angle des conditions d'une reconsidération et invité à se déterminer à ce sujet, l'Office AI a proposé, dans une écriture du 13 mai 2024, de maintenir dite décision, quant au résultat, par substitution de motif.

e) Par duplique du 5 juin 2024, cet office a réitéré ses conclusions.

f) Par courrier expédié le 26 juin 2024, B._____ a demandé à la Cour de céans de surseoir à statuer, dès lors qu'elle devait prochainement subir de multiples examens médicaux visant à réévaluer son état de santé.

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. a) Le litige a pour objet la suppression, par la voie de la révision (art. 17 LPGA), de la demi-rente de l'assurance-invalidité versée à la recourante à compter du 1^{er} mars 2024.

b) 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 pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1^{er} janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

Dans le cas d'espèce, l'intimé a supprimé, par décision du 17 janvier 2024, le droit de la recourante à la demi-rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de cet acte, à savoir le 1^{er} mars 2024, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI. Les faits déterminants pour juger de la présente cause sont donc postérieurs au 1^{er} janvier 2022, de sorte qu'il convient d'appliquer le nouveau droit.

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). 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).

c) 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).

d) 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).

4. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). 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).

5. **a)** Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.2).

b) Selon l'art. art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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 147 V 167 consid. 4.2 ; 140 V 77 consid. 3.1). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 consid. 5.1)

c) Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions

de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 8C_108/2022 du 22 septembre 2022 consid. 3.3 ; TF 8C_424/2019 du 3 juin 2020 précité consid. 5.1).

d) Dans les limites posées par l'art. 53 al. 3 LPGA, une reconsidération est possible en tout temps, spécialement lorsque les conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées. Dans l'éventualité où l'erreur manifeste de la décision initiale de rente n'est constatée qu'au stade de la procédure judiciaire, le tribunal peut confirmer, par substitution de motifs, la suppression de la rente prononcée sur la base d'une révision (ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_361/2015 du 17 juillet 2015 consid. 5.1 ; TF 9C_11/2008 du 29 avril 2008 consid. 2). En vertu du droit d'être entendu, l'assuré doit, dans ce dernier cas, être informé préalablement de la substitution de motifs envisagée (ATF 125 V 368 consid. 4a et b ; cf. également ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les arrêts cités).

e) Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (TF 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.2).

6. a) En l'espèce, par décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019, l'intimé a accordé à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2018. Il s'est dans ce cadre principalement appuyé sur l'avis du 25 avril 2019 de son service médical et sur les rapports des 27 novembre 2017 et 7 avril 2019 du Dr Z._____. Il a ainsi constaté que la recourante souffrait d'une maladie rhumatismale de type connectivite, laquelle entraînait des morphées et une pelade de même que des douleurs articulaires d'allure inflammatoire. Au titre des limitations fonctionnelles, cet office a retenu une importante fatigabilité liée à la morphée et à son traitement et des arthralgies. Il a enfin reconnu

à la recourante une incapacité de travail réduite de moitié tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le 27 novembre 2017, tout en faisant état d'une évolution stable de son état de santé.

b) Dans le cadre de la procédure de révision de la rente initiée au mois de janvier 2020, l'intimé a constaté que la recourante était capable de travailler à 70 % dans son activité habituelle dès le 1^{er} avril 2018. Or il ressort du dossier que l'état de santé de l'assurée n'a pas évolué sur le plan médical depuis la période où elle a travaillé à ce taux d'activité pour le compte de la société T. _____ Sàrl, soit du 1^{er} avril 2018 au 30 novembre 2020. Le Dr Z. _____ a en effet indiqué, dans son rapport du 8 juin 2020, que la situation était stable au niveau de la fatigabilité, tout en continuant d'observer la présence de polyarthralgies. Il a attesté une capacité de travail de 70 % dans toute activité. Certes, ce médecin a mis en évidence un début d'atrophie musculaire du côté gauche. Il n'a toutefois pas estimé que cette atteinte avait un impact sur la capacité de travail de sa patiente. Puis, dans son rapport du 2 novembre 2021, il a également fait mention d'un état de santé stable et d'une fatigabilité toujours présente. Il a déclaré que la capacité de travail de la recourante se montait à 70 % dans une activité adaptée et entre 60 % et 70 % dans son activité habituelle, sans toutefois se prononcer sur les raisons l'ayant conduit à retenir ce léger écart de 10 % par rapport à son avis de juin 2020. Enfin, dans son rapport du 20 août 2023, il a une nouvelle fois relevé une situation stable, une fatigabilité non améliorée et des douleurs articulaires, tout en précisant que les diagnostics n'avaient pas évolué et que la capacité de travail était restée identique, sous réserve d'un arrêt d'une semaine à la suite d'une crise au début du mois d'août 2023. Il s'ensuit que les conditions d'une révision du droit à la rente au regard de l'art. 17 LPGGA ne sont pas remplies, faute de pouvoir constater une modification de l'état de fait prévalant au moment où l'intimé a rendu ses premières décisions, les 18 octobre et 15 novembre 2019 (cf. *supra* consid. 4). A cet égard, il n'y a pas lieu de tenir compte de la baisse du taux d'activité de la recourante de 70 % à 60 % dès le 6 décembre 2021, lorsqu'elle a été engagée par le cabinet médical X. _____. Cette diminution n'est en effet pas corroborée par des

éléments médicaux objectifs. Il en est de même de l'évaluation de la capacité de travail opérée par le Dr U. _____ - lequel a estimé, dans son rapport du 9 octobre 2023, que cette dernière ne dépassait certainement pas les 60 % -, dans la mesure où son appréciation est en contradiction avec le fait que la recourante a été en mesure de travailler à un taux de 70 % sur une période de plus de deux ans entre 2018 et 2020, sans que l'exercice de ce taux n'ait abouti à une péjoration de son état de santé.

c) En revanche, il apparaît que les décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019 - par lesquelles l'intimé a alloué à la recourante une demi-rente à compter du 1^{er} novembre 2018 - sont manifestement erronées. Si la recourante a en effet présenté une incapacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} juillet 2017, ainsi que l'a attesté le Dr Z. _____ dans son rapport du 27 novembre 2017, elle a augmenté son taux d'activité à 70 % dès le 1^{er} avril 2018, comme cela ressort notamment de son contrat conclu avec la société T. _____ Sàrl en 2018. Ainsi, au moment où la recourante a présenté une incapacité moyenne de travail de 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), à savoir le 30 septembre 2018, elle n'était pas invalide à au moins 40 % (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI), son incapacité de gain dans son activité habituelle s'élevant à cette date à seulement 30 %. Les conditions à l'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient par conséquent pas réunies (cf. *supra* consid. 3b). Il s'ensuit que les conditions pour procéder à une reconsidération - au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA - des décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019 précitées sont réunies, cette démarche revêtant au demeurant une importance notable eu égard au versement d'une prestation périodique telle qu'une rente (cf. ATF 119 V 475 consid. 1c ; TF 8C_338/2019 du 8 mai 2020 consid. 5).

d) Enfin, comme exposé ci-dessus (cf. *supra* consid. 6b), la situation n'a pas évolué sur le plan médical depuis les décisions des 18 octobre et 15 novembre 2019 de l'intimé. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si un éventuel droit à la rente serait né dans l'intervalle, à défaut de l'existence d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. *supra* consid. 4). Qui plus est, il ne se justifie pas de donner suite à la demande du 25 juin 2024 de la recourante tendant à la suspension de la procédure

dans l'attente des résultats de nouveaux examens médicaux. Cette requête vise en effet l'établissement de faits postérieurs à la décision litigieuse, lesquels ne sont pas de nature à influencer sur les précédentes considérations (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 99 V 98 consid. 4).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté. La décision rendue le 17 janvier 2024 par l'intimé - en tant qu'elle prononce la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante - doit être confirmée par substitution de motifs, dès lors que l'octroi de cette prestation était manifestement erroné. C'est également à juste titre que cette autorité a prononcé cette suppression à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, à savoir le 1^{er} mars 2024, conformément à l'art. 88^{bis} al. 2 RAI.

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 janvier 2024 par l'Office de 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 B._____.

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 :

- B._____,
- 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 :