

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 12 décembre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Meylan

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], requérant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. i LPGA ; 100 ss LPA-VD

En fait :

A. Le 16 mai 2022, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, dans la cause AI 290/21 - 150/2022, rendu un arrêt dont l'état de fait avait la teneur suivante :

A. a) C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né en [...]. Titulaire d'un « Master of Science in Information Systems » et actif en tant que responsable dans le domaine de l'informatique depuis 2007, il a travaillé en dernier lieu, de novembre 2013 à juillet 2015, en tant que « Manager Risk Assurance » pour le compte de la société X. _____, à [...]. En arrêt de travail depuis le mois d'octobre 2014 en raison d'une très importante fatigabilité (et d'autres troubles neuropsychologiques), il a été annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par l'assureur perte de gain en cas de maladie de son employeur S. _____, dans le cadre d'une procédure de détection précoce. Lors d'un entretien du 26 juin 2015 avec l'OAI, il a notamment été noté ce qui suit (document intitulé « DP - Rapport initial » du 29 juin 2015) :

2. Préambule, analyse de la demande

Anamnèse et informations complémentaires de l'assuré
En 2009, l'assuré est victime d'un accident de la route (choc frontal) induisant un TCC [traumatisme crânio-cérébral].
L'assuré reprend rapidement son activité en tant que manager chez I. _____.

Petit à petit les conséquences du TCC se font ressentir et les LF [limitations fonctionnelles] augmentent (fatigabilité accrue, mémoire, concentration). L'assuré voit sa performance baisser. Il organise son temps et fait les tâches importantes le matin. Il explique qu'il faisait initialement tout seul le travail de 4 personnes. Petit à petit son rendement a diminué de moitié. Il demande un allègement de son cahier des charges. En juin 2013 son employeur lui propose soit de changer d'activité, soit de quitter l'entreprise avec une indemnité.

Parallèlement, l'assurance du conducteur responsable de l'accident attaque l'assuré au pénal (l'assuré aurait dû freiner plus tôt). Ce procès est gagné par l'assuré en 2013.

En novembre 2013, l'assuré est engagé [par] X. _____ [X. _____]. Le travail est très intensif et demande beaucoup d'investissement à l'assuré. Il ne peut pas organiser son emploi du temps comme chez I. _____. Il fait un Burn out en octobre 2014.

Suite à un coaching mis en place par l'APG (Mme G. _____), l'assuré est diagnostiqué HP [Haut Potentiel]. Il apparaît que l'accident a rendu l'assuré vulnérable et les exigences de son activité professionnelle conjuguées à cette vulnérabilité ont mené au Burn out et amplifiés les limitation[s] déjà présentes.

Le 10 août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) en indiquant souffrir d'une très importante fatigabilité, de troubles neuropsychologiques ainsi qu'à la nuque, aux yeux et aux oreilles depuis l'accident de la circulation survenu en novembre 2009.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est notamment vu communiquer le dossier constitué par la S._____. Des renseignements médicaux usuels ont également été recueillis par l'OAI auprès des médecins consultés par l'assuré (rapport du 23 septembre 2015 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie ; rapport du 9 octobre 2015 du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale), produits par la S._____ (parmi d'autres, rapports des 22 janvier 2010 et 19 avril 2011 du Dr F._____, spécialiste en neurologie ; rapport du 17 février 2010 du Dr L._____, spécialiste en ophtalmologie ; rapport du 1^{er} avril 2011 du Dr H._____, spécialiste en neurologie ; rapport du 5 avril 2011 de la Prof. M._____, cheffe du Service de neuropsychologie et neuro-réhabilitation au Z._____ ; rapports des 22 avril et 15 décembre 2011 du Prof. B._____ ; rapport du 12 avril 2012 du Dr K._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie ; rapport d'examen neuropsychologique du 8 janvier 2016 de R._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP ; rapport d'expertise du 4 février 2016 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et T._____, psychologue FSP), ou encore transmis par le conseil de l'assuré, Me Philippe Nordmann (attestation du 13 mars 2015 de la psychologue J._____ ; rapports des 6 mars, 23 mai et 2 novembre 2016 du Dr P._____ ; rapport du 29 mars 2016 du Dr Q._____).

Nanti du point de vue du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR ; avis des 14 juillet et 5 décembre 2016), l'OAI a, par décision du 7 décembre 2016 confirmant un projet de décision du 15 juillet 2016, nié à l'assuré le droit à une rente, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité à partir du 1^{er} décembre 2015.

b) Par arrêt du 20 septembre 2018 (CASSO AI 21/17 - 273/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours déposé le 25 janvier 2017 par C._____, annulé la décision rendue le 7 décembre 2016 et renvoyé l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Au vu de profondes contradictions entre le Dr N._____ et le Dr P._____ sur les diagnostics psychiatriques retenus et de leur impact sur la capacité de travail ainsi que de l'obstacle principal à la reprise d'une activité lucrative constitué par l'importante fatigabilité dont se plaignait l'assuré et qui n'avait à aucun moment fait l'objet d'un examen consciencieux et détaillé de la part du SMR, la Cour estimait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant notamment des volets neurologique et psychiatrique, une appréciation neuropsychologique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue.

c) Dans le cadre de l'instruction menée à la suite de cet arrêt, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire à l'Unité d'expertises médicales du Y._____, à [...] (ci-après : Y._____). Dans leur rapport d'appréciation générale interdisciplinaire du 7 avril 2020, les Drs BB._____, spécialiste en médecine interne générale, V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, CC._____ , médecin

praticien, ainsi que W._____, spécialiste en neurologie, sous la supervision de la Dre DD._____, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics incapacitants de neurasthénie (F48.0), d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), ainsi que de syndrome post commotionnel en phase tardive dans les suites d'un TCC sévère avec amnésie circonstancielle le 7 novembre 2009 (F07.2). En guise de conclusions, les experts ont estimé qu'en raison de la diminution des ressources occasionnée par la pathologie psychiatrique, la capacité de travail résiduelle de l'assuré était de 50 % dans toute activité depuis le 8 octobre 2014. Le syndrome post commotionnel tardif était à l'origine d'une baisse de rendement de 20 % ; après discussion consensuelle, les experts ont estimé que la capacité de travail de 50 % prenait en compte cette diminution de rendement de nature neurologique et que, globalement, la capacité de travail était donc évaluée à 50 %. Ils n'avaient pas de proposition thérapeutique à formuler, observant que des mesures de réentraînement pourraient, après une longue interruption de travail, permettre à l'assuré de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis du 15 mai 2020), l'OAI a recueilli un complément d'expertise du 23 juin 2020 dans lequel les experts d'Y._____ ont répondu aux questions suivantes :

1. *Merci d'argumenter vos différences d'appréciation de l'expertise du Dr N._____ qui lui ne retenait pas de neurasthénie qui selon votre appréciation est incapacitante depuis octobre 2014.*

Dans son rapport le Dr N._____ s'est surtout attaché à démontrer les traits de personnalité narcissique de l'assuré soulignant « sa vision mégalomane de lui-même ». La fatigabilité relevée dans les plaintes de l'assuré comme la plainte somatique au premier plan et son manque d'efficacité ne sont pas expliqués, voire pas pris en compte (« les jeux vidéo le détendent ») par l'expert. Dans ce contexte de bonne opinion de lui-même longuement développé par l'expert (« il veut donner une image parfaite de lui-même, n'accepte aucune faille ni aucune insuffisance »), on peine alors à comprendre dans ce rapport pourquoi l'assuré n'est plus en mesure d'utiliser ses compétences spécifiques. Par ailleurs, l'expert minimise les sensations physiques désagréables que nous relevons (étourdissements, dyspepsies, oppression thoracique, sentiment de chaleur) qui sont mentionnés dans ce rapport par « d'autres légers symptômes qui ne sont pas évident[s] à percevoir ». Ainsi pour nous les symptômes principaux de l'assuré ont été minimisés par l'expert précédent et ne sont pas expliqués par le seul diagnostic de traits de personnalité (diagnostic que nous retenons également néanmoins). La fatigabilité aux efforts mentaux, ainsi qu'aux efforts minimes physiques, avec diminution des performances professionnelles et des activités quotidiennes associées aux sensations physiques désagréables définissent, selon les critères de la CIM 10 [Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes dans sa 10^{ème} version], la neurasthénie qui est ainsi pour nous le diagnostic principal retenu.

2. *Pour quelle raison la neurasthénie qui se serait développée progressivement depuis l'accident de 2009 (si on se réfère aux plaintes) et qui selon l'assuré se répercutait déjà sur le plan professionnel (baisse de rendement selon l'assuré qui l'aurait amené à démissionner en 2013) n'est incapacitante que depuis octobre 2014 ?*

La datation d'une maladie a posteriori est toujours difficile et ne peut s'appuyer que sur des documents médicaux. La neurasthénie s'est probablement développée progressivement dans les suites de l'accident. Selon le récit de Monsieur C._____, il souffrait déjà en 2009 des symptômes de neurasthénie, mais il a repris son travail avec l'espoir que ceux-ci allaient s'atténuer avec le temps, avec le soutien d[u] corps médical qui était rassurant à ce moment. Ces symptômes, ont continué à être présents, avec une augmentation progressive, malgré les différentes consultations médicales et les suivis effectués. Vu les traits de personnalité relevés chez l'expertisé par l'examen psychiatrique, qui présente un perfectionnisme, une méticulosité extrême, une tendance au conformisme, une sensibilité excessive aux échecs et un sens tenace et combatif, nous pouvons constater qu'il a investi et qu'il continue à investir énormément de son énergie pour surpasser ses limitations et pour qu'elles ne soient pas visibles dans son environnement externe. Cet investissement a pu se montrer relativement optimal jusqu'à 2013, mais l'expertisé a progressivement épuisé ses ressources. En 2013, ses limitations ont été constatées par son entourage professionnel, et en juin 2013 il a été convoqué par la direction et il lui a été demandé de changer de poste. L'assuré a pris le choix de changer de travail et d'employeur, continuant la lutte contre les symptômes liés avec sa neurasthénie. Le nouveau projet lui a donné un nouvel élan, remobilisant un peu ses compétences, mais sans diminution de sa symptomatologie. En octobre 2014, il a eu un épuisement professionnel, lié très probablement avec cette lutte interne, étant mis en arrêt maladie à 50% par son médecin généraliste. L'expertisé, était confronté concrètement à ses limites quand, durant son arrêt maladie, il a essayé de faire une formation d'une semaine qu'il avait très envie d'effectuer, mais qu'il a été obligé de vite abandonner. C'est alors depuis octobre 2014 que nous relevons que Monsieur C._____ n'est plus capable de mobiliser suffisamment ses ressources pour surmonter les symptômes de la neurasthénie, et ceci malgré l'énergie investie pour se soigner, tant sur le plan physique que psychologique. La neurasthénie est alors considérée, en raison de ses répercussions, comme incapacitante à partir du premier certificat d'incapacité de travail. Il est cependant possible, sans pouvoir l'affirmer, que le licenciement de 2013 soit déjà la conséquence d'une baisse d'efficacité de l'assuré.

3. *Que s'est-il concrètement passé en octobre 2014 (médicalement objectif) pour valider cette incapacité (hormis les attestations du médecin traitant) ?*

Il n'y a pas de fait médical concret survenu en octobre 2014. La neurasthénie comme déjà indiquée s'est développée progressivement depuis 2009. Un épuisement des ressources de l'assuré a été constaté en 2013, les limitations perçues par lui étant devenues visibles par son entourage professionnel. L'assuré semble avoir espéré que le changement d'emploi en 2013 lui permette de retrouver

de l'élan, ce qui n'a pas été le cas, rencontrant dans ce nouveau poste les mêmes difficultés de performance professionnelle. La date d'octobre 2014 correspond à la mise en évidence par le médecin traitant des limitations fonctionnelles importantes en lien avec la neurasthénie, mais aussi la confrontation concrète du patient à la réalité de ses limitations, confrontation en soi très déstabilisante, vu ses traits de caractère déjà mentionnés.

4. *Vous validez une baisse de capacité de travail en vous basant exclusivement sur des éléments subjectifs. La neurasthénie n'est pas une atteinte incapacitante en tant que telle, c'est son analyse selon les indicateurs de la jurisprudence de juin 2015 qui permet de confirmer ou non son caractère incapacitant. Nous vous remercions de détailler précisément les arguments faisant passer sur une incapacité de 50% (listing des différents indicateurs).*

Comme analysé dans le rapport d'expertise consensuelle, la neurasthénie a été jugée partiellement incapacitante en raison des limitations de l'assuré (capacité réduite d'accomplir les tâches routinières quotidiennes sur la durée, diminution de la capacité de planification et de structuration des tâches, diminution de la capacité d'adaptation et de la flexibilité, limitation de l'usage des compétences spécifiques, diminution de l'endurance, diminution des activités spontanées et diminution des capacités de déplacement) qui se manifestent de manière homogène dans tous les domaines de la vie. Les ressources retenues sont les compétences spécifiques de l'assuré, son profil HP et un entourage (épouse et réseau amical) soutenant. Au vu de ces éléments, en mettant en balance les limitations et les ressources, les experts ont estimé la capacité de travail à 50% dans toute activité.

5. *Concernant le diagnostic d'état post commotionnel en phase tardive, merci d'argumenter plus précisément vos différences d'appréciation de la FF. _____ qui réfutait le lien entre la symptomatologie et l'accident (confirmé par le TCA).*

La décision de la FF. _____ s'est fondée sur l'avis du Dr GG. _____, neurologue et médecin[-]conseil, qui dans son appréciation du 04.07.2013 ne retenait que le diagnostic d'entorse cervicale écartant toute lésion cérébrale de nature traumatique en se basant sur le rapport des urgences qui ne mentionnait pas de céphalée ni d'imagerie cérébrale. Cependant, les conséquences cérébrales d'un whiplash lors d'un accident à haute cinétique et la notion d'amnésie circonstancielle mentionnée par l'assuré (rappelée par le Pr H. _____ en avril 2011) ne sont pas discutées dans ce rapport. Par ailleurs les plaintes d'origine céphaliques sont apparues dans les 24h suivant l'accident justifiant alors des imageries. Ainsi le Pr B. _____, neurologue, en février 2011 mentionne pour sa part une commotion cérébrale, et le Dr F. _____, autre neurologue, indique en 2010 un « syndrome subjectif post-traumatique ». En raison des circonstances de l'accident, de l'amnésie circonstancielle et des symptômes présentés au décours et toujours présents (céphalées, troubles cognitifs, ralentissement psychomoteur, acouphènes, difficultés d'accommodation), nous avons retenu du point de vue neurologique le diagnostic de syndrome post commotionnel en phase tardive. Le diagnostic psychiatrique posé par le co-expert de

neurasthénie peut faire discuter la coexistence des deux entités, de nombreux éléments cliniques étant communs. Cependant, le diagnostic psychiatrique ne prend pas en compte l'antécédent d'accident de la voie publique et ne saurait rendre compte de l'amnésie circonstancielle. Après discussion consensuelle, les deux diagnostics ont alors été retenus.

Dans un avis médical du 14 septembre 2020, le SMR a retenu que, même si le diagnostic de neurasthénie portait à questionnement, les répercussions psychiques étaient importantes et pouvaient justifier une baisse de la capacité de travail de l'assuré à 50 %. S'agissant de l'atteinte neurologique, le syndrome post-commotionnel (non incapacitant mais justifiant une baisse de rendement de 20 % sur un 100 %) et la neurasthénie (incapacitant à 50 %) regroupaient les symptômes communs de céphalées, vertiges, fatigue, irritabilité, trouble du sommeil, trouble de la concentration, altération de la mémoire, diminution de la tolérance au stress, pouvant s'accompagner de sentiments dépressifs ou anxieux. Le diagnostic de syndrome post-commotionnel n'était pas irréfutable au vu des explications complémentaires de l'expert neurologue et il convenait de conclure que l'atteinte psychiatrique, à elle seule, justifiait la diminution de la capacité de travail de 50 %. Cette baisse englobait l'éventuelle perte de rendement observée sur le plan neurologique.

Par projet de décision du 2 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2016.

A l'appui de ses objections du 18 janvier 2021, l'assuré a reproché à l'expertise de n'avoir pas suffisamment examiné en détail la plupart de ses problèmes, en particulier de fatigue, d'ouïe (acouphènes continus), de vue et de douleurs/blocages au haut du dos et de la nuque depuis l'accident de 2009. Il contestait également les termes de la comparaison des revenus effectuée pour déterminer son degré d'invalidité.

Après avoir requis le point de vue du SMR (avis du 8 février 2021), l'OAI a également soumis la contestation de l'assuré à une spécialiste de sa division de réadaptation, laquelle a pris position sur le calcul du préjudice économique dans une communication interne à l'OAI du 1^{er} mars 2021.

Le 18 mars 2021, l'OAI a informé le représentant de l'assuré que les arguments soulevés dans le cadre de ses objections formulées le 18 janvier 2021 n'étaient pas susceptibles de remettre en cause le bien-fondé de son projet de décision du 2 novembre 2020. Ses explications étaient les suivantes :

Vous vous questionnez en premier lieu sur le degré d'invalidité. Le service de réadaptation a pris connaissance des éléments relevés. Après analyse de la situation, nous relevons que le salaire de Fr. 120'300.- en 2015 indiqué par X. _____ correspond au salaire perçu chez l. _____.

Selon les rapports divers en notre possession, il est mentionné le salaire de Fr. 120'300.- + bonus cible Fr. 16'800.-/an + une somme forfaitaire de Fr. 6'000.-

Concernant le Bonus, X. _____ [X. _____] M. JJ. _____ nous a informé que l'entreprise a changé de système, mais le principe reste le même. Le bonus est en fonction des performances du collaborateur et celles de l'entreprise. Il est prévu, mais le montant peut être celui indiqué ou un peu plus haut (très exceptionnel) ou aucun bonus. Le montant n'est donc pas pérenne. Dans ces conditions, nous nous basons uniquement sur le salaire annuel contractuel soit Fr. 120'300.-, ce qui correspond au revenu à prendre en compte sans atteinte à la santé.

Dans une activité qui tient compte des limitations fonctionnelles, Monsieur C. _____ peut valoriser ses connaissances et compétences professionnelles. Après analyse de la situation, nous prenons le niveau 2 de l'ESS ([Enquête suisse sur la structure des salaires] auparavant niveau 3) car cela correspond plus à sa situation actuelle. Le revenu d'invalidité à prendre en compte s'élève donc à Fr. 40'670.19 en 2015 selon ESS TA1 2014 indexé à 2015 pour la branche économique 62-63, niveau compétences 2.

Comparaison des revenus :	
Revenu sans atteinte à la santé	CHF120'300.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF40'670.19
Perte de revenu	CHF79'629.81
Degré d'invalidité	66,19 %

Concernant l'aspect médical, la situation a été prise en compte dans sa globalité dans la dernière expertise du 7 avril 2020 dont les conclusions (invalidant celles du Dr N. _____) ont été suivies. Il n'y a pas d'aggravation des atteintes existantes ou de nouvelle atteinte depuis.

Toujours en désaccord avec l'analyse du cas effectuée par l'OAI, l'assuré a produit des rapports des 24 février et 17 novembre 2020 établis par le Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Z. _____, auxquels était joint un rapport de prise en charge de physiothérapie du 10 décembre 2020 auprès du cabinet KK. _____ à [...].

Après avoir soumis ces pièces médicales au SMR (avis du 7 juin 2021), l'OAI a, par décision du 9 juillet 2021, alloué à l'assuré un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1^{er} février 2016.

Sur la base de cet état de fait, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a tout d'abord considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par Y. _____ et son complément, laquelle retenait - à la suite d'un examen circonstancié de la situation - une capacité résiduelle de travail de 50 % dans toute activité en raison de la présence de multiples limitations fonctionnelles depuis octobre 2014. Elle a ensuite constaté que les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'OAI ne prêtaient pas le flanc à la critique et, partant, confirmé le degré d'invalidité de 66 % et le droit à un trois-quarts de rente depuis le 1^{er} février 2016. Enfin, la Cour des assurances sociales a, en réponse à un grief de l'assuré portant sur le calcul du montant de la rente, observé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause le revenu

annuel moyen sur la base duquel le montant de la rente d'invalidité était calculé, dès lors que le montant - de 8'008 fr. - prétendument ignoré par la caisse de compensation compétente était inscrit au compte individuel de l'assuré.

B. a) Par acte du 8 juin 2022, C. _____ a, par l'intermédiaire de son conseil, déposé une demande de révision de l'arrêt du 16 mai 2022. En substance, il faisait valoir qu'il s'apprêtait, le jour même où cet arrêt lui a été notifié, à déposer des déterminations faisant état de plusieurs erreurs - pour un montant total de 97'054 fr. - entre les salaires qu'il avait effectivement perçus et les montants inscrits dans son compte individuel, avec pour conséquence que le revenu annuel moyen retenu pour fixer le montant de sa rente était trop bas. Les différences étaient les suivantes :

Années	Selon Caisse compensation	Selon certificats de salaire	Différences
2008	Fr. 93'820.-	Fr. 109'781.-	Fr. 15'961.-
2009	Fr. 106'524.-	Fr. 112'680.-	Fr. 6'156.-
2010	Fr. 107'955.-	Fr. 114'348.-	Fr. 6'393.-
2013	Fr. 127'759.-	Fr. 172'053.-	Fr. 44'294.-
2014	Fr. 91'971.-	Fr. 116'221.-	Fr. 24'250.-

Il précisait par ailleurs que la demande de révision était déposée dans les délais, expliquant que ce n'était qu'à réception, le 7 avril 2022, du détail du calcul de rente établi par la Caisse de compensation LL. _____ qu'il avait constaté, sur la base de ses anciens certificats de salaire, que son compte individuel contenait des erreurs portant sur des montants importants.

b) Dans sa réponse du 18 août 2022, l'OAI a conclu au rejet de la demande de révision. Tout en s'interrogeant sur la recevabilité d'une telle demande eu égard au dépôt par l'assuré d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral, il estimait que les éléments avancés par l'assuré à l'appui de sa demande de révision ne pouvaient constituer des faits nouveaux au sens entendu par la jurisprudence.

A l'appui de sa réponse, l'OAI a également produit des déterminations datées du 16 août 2022 de la Caisse de compensation LL._____. Tout en estimant que les différences constatées étaient vraisemblablement liées à la prise en considération dans les certificats de salaire de revenus non soumis à cotisation, la Caisse avait invité l'assuré à lui faire parvenir les justificatifs des périodes concernées afin de pouvoir procéder à des investigations complémentaires auprès des caisses de compensation concernées.

c) Dans ses déterminations du 20 octobre 2022, C._____ a contesté le raisonnement de la Caisse de compensation LL._____, estimant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des certificats de salaire qu'il avait produits. S'agissant du caractère inconnu des faits allégués à l'appui de la demande de révision, il sautait aux yeux. Les erreurs n'avaient été mises en évidence qu'au moment où il avait pu procéder à des vérifications sur la base du détail du calcul établi par la Caisse de compensation LL._____. Dans la mesure où la Caisse admettait qu'il convenait de procéder à des vérifications complémentaires, la découverte de divergences entre les salaires attestés par les certificats de travail et le compte individuel constituait en elle-même un fait nouveau pertinent.

C. a) Par acte du 9 juin 2022, C._____ a également interjeté auprès du Tribunal fédéral un recours en matière de droit public contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 16 mai 2022 (cause 9C_298/2022).

b) Par ordonnance du 15 septembre 2022, le Tribunal fédéral a suspendu la cause jusqu'à droit connu sur la demande de révision déposée par C._____ contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 16 mai 2022.

E n d r o i t :

1. La présente affaire porte sur la révision de l'arrêt rendu le 16 mai 2022 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

2. a) La procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales, conformément aux art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), doit en particulier satisfaire aux exigences mentionnées à l'art. 61 let. a à i LPGA. L'art. 61 let. i LPGA prévoit plus spécifiquement que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

b) L'art. 61 let. i LPGA impose seulement aux cantons de prévoir, en son principe, la possibilité d'une révision en présence des deux motifs classiques de celle-ci, à savoir lorsque des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement. Pour le reste, la procédure de révision est régie par le droit cantonal (JEAN MÉTRAL, in Commentaire LPGA, n° 133 ad art. 61 LPGA ; cf. aussi ATF 111 V 51).

c) Aux termes de l'art. 100 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; BLV 173.36), un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2). L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé. L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision (cf. art. 102 LPA-VD).

d) La voie de la révision n'est pas subsidiaire par rapport à la voie du recours au Tribunal fédéral. De l'art. 125 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110), qui règle la relation entre les moyens extraordinaires de droit cantonal et le recours en matière de droit public, il résulte en effet que l'instance précédant le Tribunal fédéral ne peut pas refuser d'entrer en matière sur une demande de révision au seul motif qu'un recours contre le jugement dont la révision est demandée a été introduit devant le Tribunal fédéral (cf. ATF 138 II 386 consid. 6 ; cf. également PIERRE FERRARI, in Bernard Corboz/Alain Wurzbürger/Pierre Ferrari/ Jean-Maurice Frésard/Florence Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2^e éd., Berne 2014, n° 2 et 3 ad art. 125 LTF p. 1431 s.). Ainsi, une partie qui, avant la fin de la procédure fédérale, pense avoir découvert un motif de révision du jugement cantonal doit former une demande de révision devant l'instance cantonale, tout en requérant la suspension de la procédure fédérale pour éviter que le Tribunal fédéral statue matériellement sur le recours pendant la procédure de révision cantonale (cf. ATF 138 II 386 consid. 7 ; cf. FERRARI, op. cit., n° 3 et 5 ad art. 125 LTF p. 1432 ; voir également JEAN-FRANÇOIS POUURET/SUZETTE SANDOZ-MONOD, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, vol. V, Berne 1992, n° 2 ad art. 138 aOJ ; URSINA BEERLI-BONORAND, Die ausserordentlichen Rechtsmittel in der Verwaltungsrechtspflege des Bundes und der Kantone, thèse, Zurich 1985, p. 82).

e) En l'espèce, il appartient en conséquence à la Cour de céans de statuer sur la demande de révision sans attendre l'issue du recours interjeté devant le Tribunal fédéral le 9 juin 2022 contre l'arrêt du 16 mai 2022, dite procédure ayant du reste été suspendue à cette fin par ordonnance du 15 septembre 2022.

f) L'arrêt du 16 mai 2022 ayant été rendu par la Cour, la présente demande de révision ressortit à la compétence de la Cour (cf. art. 102 LPA-VD).

3. a) La notion de fait ou moyen de preuve nouveau s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision

administrative (cf. art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (cf. TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2 et TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1, *in* SVR 2010 IV n° 55 p. 169).

b) Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte du fait, et non au fait lui-même. 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 du jugement entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver 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 du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le

jugement (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 1 et la jurisprudence citée).

c) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. CDAP RE.2011.0007 du 29 juillet 2011 consid. 2 ; cf. BENOÎT BOVAY/ THIBAUT BLANCHARD/CLÉMENCE GRISEL RAPIN, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n° 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

4. a) En l'occurrence, il ressort du dossier que la décision rendue le 9 juillet 2021 par l'office intimé contenait, outre la motivation relative à l'octroi de la rente et les bases de calcul de celle-ci, un aperçu des différents comptes individuels du requérant. Ainsi, au moment où la décision litigieuse lui a été notifiée, le requérant disposait de tous les éléments de fait et de tous les moyens de preuve nécessaires pour mettre en évidence, par le biais d'une comparaison des données à sa disposition avec ses anciens certificats de travail, les divergences alléguées dans le cadre de la présente demande de révision et, partant, critiquer valablement - dans le délai de recours - le montant du revenu annuel moyen pris en considération pour fixer le montant de la rente. Il n'y a pas lieu de suivre le requérant lorsque celui-ci soutient - de manière clairement contraire aux faits - qu'il n'avait pu se rendre compte des divergences susmentionnées qu'à réception, le 7 avril 2022, du détail du calcul de la rente transmis par la caisse de compensation.

b) Dans les faits, il apparaît que le requérant cherche, par le biais de la demande de révision qu'il a déposée le 8 juin 2022, à compléter l'argumentation du recours qu'il avait interjeté à l'encontre de la décision rendue le 9 juillet 2021 par l'office intimé. La voie de la révision n'est cependant pas ouverte pour développer une nouvelle argumentation qui,

par négligence, n'a pas été soumise à temps (cf. TF 2F_3/2020 du 24 juin 2020 consid. 2.6). Faute pour les circonstances invoquées par le requérant de constituer un cas de révision, la demande de révision doit par conséquent être rejetée.

c) Pour autant, une révision ultérieure du montant de la rente n'est pas nécessairement exclue. Il appartient toutefois au requérant d'obtenir au préalable une rectification des inscriptions au compte individuel auprès de la caisse de compensation concernée (cf. art. 141 al. 3 du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants [RAVS ; RS 831.101]).

5. a) Les frais de la procédure, arrêtés à 600 francs, doivent être mis à la charge du requérant (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 105 LPA-VD).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le requérant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** La demande de révision déposée le 8 juin 2022 par C. _____ est rejetée.
- II.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de C. _____.

III. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Copie du présent jugement est également adressée pour information à :

- Tribunal fédéral, Ile Cour de droit social (cause 9C_298/2022).

Le présent jugement 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).

La greffière :