

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 6 janvier 2025

Composition : M. PARRONE, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], requérant, représenté par Me Lionel Ducret, avocat à Vevey,

et

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

Art. 61 let. i LPGA ; 100, 101 LPA-VD

E n f a i t :

A. Le 26 septembre 2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a statué dans un litige opposant Q._____ (ci-après : l'assuré ou le requérant) à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), portant sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité en lien avec une nouvelle demande de prestations déposée le 10 décembre 2021 (cause AI 214/33 - 311/2024). Par son dispositif, la Cour a rejeté le recours, confirmé la décision rendue par l'OAI le 8 juin 2023, mis les frais à la charge de l'assuré et n'a pas alloué de dépens.

B. Les faits suivants ont notamment été retenus :

a) Né en [...], divorcé, père d'un enfant né en [...], titulaire d'un CFC de mécanicien, l'assuré a exercé dans son métier jusqu'en 1997 avant de changer de domaines d'activité à plusieurs reprises. En arrêt de travail dès 2014, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI le 8 avril 2015 en annonçant souffrir de douleurs lombaires.

Cette demande a été refusée par décision du 30 mars 2017, au motif que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle celle de vendeur de voitures qu'il avait déjà exercée. L'OAI s'était fondé notamment sur le rapport d'expertise établi le 5 juillet 2016 par la Dre U._____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation. Retenant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies avec discopathie L5-S1 médiane et paramédiane gauche et, sans répercussion sur la capacité de travail, de discopathie pluri-étagée de L3-L4 à L5-S1 avec arthrose articulaire postérieure en L4-L5 et L5-S1, cette spécialiste avait conclu que les activités précédemment exercées de peintre en bâtiment et de mécanicien sur automobile n'étaient plus possibles mais qu'une capacité de travail entière existait dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : station debout de 2 à 3 heures, station assise prolongée, maintien debout en porte-à-faux du

tronc, mouvements répétitifs en flexion-extension du rachis lombaire, mouvements en rotation, marche sur terrain instable, travail en hauteur et port de charges de 5 à 8 kg occasionnellement.

b) L'assuré a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 décembre 2021 en exposant que son atteinte lombaire s'était aggravée, nécessitant trois interventions chirurgicales en 2019, 2020 et 2021. A l'appui de sa démarche, il a produit un rapport établi le 31 janvier 2022 par le Dr L._____, spécialiste en neurochirurgie, exposant que son patient présentait une situation complexe du point de vue spinal, ayant nécessité trois interventions en février 2019, mai 2020 et juin 2021, et qu'en conséquence, une activité professionnelle était possible à 30 % maximum dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité limitée à 3 heures par jour, sans mouvements de rotation ou de soulèvement de poids supérieurs à 10 kg et sans position assise ou debout de plus de 20 minutes.

Sollicité par l'OAI, le Dr L._____ a produit le 18 février 2022 les rapports de consultation et comptes-rendus opératoires établis depuis février 2019, dont il ressort en particulier que l'assuré a subi une laminectomie L3-L5 le 26 février 2019 (cf. compte-rendu opératoire du 26 février 2019) dans le cadre d'une lipomatose et d'une claudication neurogène (cf. rapport de consultation post-opératoire du Dr L._____ du 8 avril 2019). La persistance de lombalgies invalidantes (cf. rapports de consultation du Dr L._____ des 14 mai 2019, 13 et 20 janvier 2020) avait motivé une intervention en stabilisation unilatérale avec cage intersomatique dans l'espace L4-L5 et L5-S1 le 27 mai 2020 (cf. protocole opératoire du 2 juin 2020). L'assuré avait ensuite rapporté des douleurs dans la fesse droite, puis au genou droit et avait été dirigé vers un spécialiste en orthopédie dès lors que l'IRM du genou droit montrait un début de gonarthrose interne (cf. rapports de consultation du Dr L._____ des 3, 11 septembre et 30 octobre 2020). Un scanner lombaire, réalisé le 12 avril 2021 en raison de nouvelles plaintes de lombalgies invalidantes, avait montré une insuffisance de fusion principalement en L5-S1 avec une chambre de mobilité autour des vis à ce niveau (cf. rapports de

consultation du Dr L. _____ des 30 novembre 2020, 4, 6 janvier, 3 février, 12 et 13 avril 2021), de sorte qu'une intervention visant l'ablation des vis en S1 et le positionnement d'une vis S2, le remplacement de la vis L5 et la mise en place de vis trans-pédiculaires L4-L5 et S1 du côté gauche avait eu lieu le 16 juin 2021 (cf. protocole opératoire du 23 juin 2021). A la suite de cette intervention, l'assuré avait signalé une amélioration certaine de la symptomatologie douloureuse avec néanmoins la persistance d'une douleur paravertébrale, possiblement liée à la présence d'une vis localisée au niveau iliaque droit, mais il avait été renoncé à une nouvelle révision chirurgicale dans la mesure où la symptomatologie était décrite comme supportable par le patient (cf. rapports de consultation du Dr L. _____ des 21 septembre et 23 décembre 2021).

Interrogés par l'OAI, les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne générale, et L. _____ ont indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité dans leurs rapports respectifs des 25 février et 22 avril 2022. Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) n'adhérant pas à cette évaluation (cf. avis médical du 24 mai 2022), un examen clinique a été effectué par le Dr Z. _____, spécialiste en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et réhabilitation auprès du SMR. Dans son rapport du 16 janvier 2023, posant le diagnostic principal de lombalgies chroniques, ce spécialiste a conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment depuis le 21 mai 2014, mais de 75 %, soit six heures par jour, dès la stabilisation de l'état de santé, à distance de la troisième intervention du rachis subie le 16 juin 2021, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges régulier au-delà de 5 kg, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre. Les trois interventions chirurgicales réalisées au niveau lombaire justifiaient par ailleurs une incapacité de travail du 26 février 2019 au 31 janvier 2022, tandis qu'une suture du ménisque interne gauche effectuée en mai 2022 avaient entraîné une incapacité de travail de six semaines.

Contestant le projet de décision de refus de rente rendu le 14 mars 2023 par l'OAI, l'assuré a fait valoir principalement que le SMR avait largement sous-estimé ses douleurs, ainsi que le risque d'une décompensation majeure de la situation à court terme, compte tenu de la complexité de l'atteinte et de son évolution défavorable. Avec ses écritures, il a produit un rapport établi le 12 mai 2023 par le Dr L._____, exposant principalement ce qui suit :

« J'ai revu à la consultation le patient mentionné. Il présente des lombalgies chroniques sans irradiation radiculaire, des troubles neurologiques et de la sensibilité dans les membres inférieurs, principalement dans le territoire L5. Les lombalgies sont supportables mais une mobilisation active du patient et en particulier le port de charges de >10 kg et la position debout de >30 minutes provoquent une symptomatologie douloureuse qui est incompatible avec l'activité professionnelle proposée par l'AI.

Nous avons effectué un nouveau bilan d'IRM et CT-scan qui a été effectué le 19 avril 2023. Il n'y a pas de complication au niveau du site opératoire, néanmoins signalons que le patient présente une rigidité de la colonne qui va de L3 jusqu'à S1. Ceci entraîne certainement une limitation fonctionnelle liée à la douleur mais aussi à la diminution de mobilité du rachis. »

L'OAI a rejeté la seconde demande de prestations par décision du 8 juin 2023, au motif que le droit éventuel à la rente ne pouvait débuter qu'à compter du 1^{er} juin 2022 et qu'à cette date, compte tenu de la récupération d'une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2022, il présentait un degré d'invalidité 30,42 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, tandis que des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

C. L'assuré a recouru auprès de la Cour de céans le 10 juillet 2023. Réitérant les griefs présentés à l'encontre du projet de décision de l'OAI, il s'est fondé essentiellement sur le rapport établi le 12 mai 2023 par le Dr L._____.

En droit, la Cour a retenu en substance que le recourant avait disposé d'un droit théorique à une rente entière dans le contexte des interventions chirurgicales subies entre février 2019 et juin 2021, que la

dernière intervention lui avait cependant permis de retrouver une capacité de travail résiduelle de 75 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} février 2022, lorsque son état de santé s'était stabilisé, tandis que le droit éventuel à une rente ne pouvait débiter qu'à compter du 1^{er} juin 2022. Reprenant le calcul du préjudice économique sous l'angle de l'arrêt TF 8C_823/2023 du 8 juillet 2024 et de la Lettre circulaire AI n° 445 publiée le 26 août 2024 par l'Office fédéral des assurances sociales, la Cour a considéré qu'il se justifiait d'appliquer un abattement de 10 % sur le salaire statistique pertinent pour déterminer le revenu avec invalidité, afin de tenir compte de limitations fonctionnelles relativement contraignantes ainsi que du taux d'activité réduit. Avec ce correctif, le degré d'invalidité s'élevait à 37 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, il a été relevé notamment ce qui suit :

« 6. [...]

b) Le Dr Z._____ a établi le 16 janvier 2023 un rapport d'examen au sens de l'art. 49 al. 2 RAI, après avoir examiné le recourant en date du 20 décembre 2022. Il convient de relever que le spécialiste du SMR a eu accès à l'ensemble du dossier médical constitué par l'intimé, dont il a donné un résumé au début de son rapport. Il a posé une anamnèse complète fondée sur le dossier ainsi que les déclarations du recourant, comprenant la situation familiale, les activités professionnelles, les antécédents médicaux et les plaintes du recourant sur le plan ostéoarticulaire. A cet égard, il a noté le ressenti de l'intéressé par rapport au résultat des trois opérations subies au niveau lombaire ainsi que les gestes et postures qu'il se sentait capable de faire ou au contraire qui provoquaient des douleurs. Le Dr Z._____ a par ailleurs interrogé l'assuré sur ses habitudes, le déroulement de sa vie quotidienne et son contexte psychosocial. Il a ensuite procédé à un examen clinique complet, incluant un status général, un status neurologique et un status ostéoarticulaire, puis a étudié les rapports d'imageries figurant au dossier, avant de poser ses diagnostics. Dans ce contexte, il a pris soin d'examiner amplement la problématique du genou, qui était très peu documentée dans le dossier. Le spécialiste du SMR a ensuite donné une appréciation du cas détaillée et étayée, au terme de laquelle il a déterminé des limitations fonctionnelles et l'impact des atteintes retenues sur la capacité de travail.

Le rapport du Dr Z._____ répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître la valeur probante d'une expertise médicale.

c) Dans ses écritures, le recourant n'est pas revenu sur la problématique du genou et n'a produit aucun rapport médical susceptible de remettre en doute les conclusions du Dr Z. _____ sur ce point. Il est ainsi constant que cette atteinte n'a pas de caractère invalidant durable hormis la période post-opératoire de six semaines évoquée par le Dr Z. _____.

d) S'agissant de l'atteinte lombaire, le recourant a reproché au Dr Z. _____ de n'avoir pas tenu suffisamment compte de ses douleurs ainsi que d'un risque de décompensation majeur à court terme, éléments qui ne lui permettraient pas de travailler au taux d'activité retenu.

Comme relevé ci-avant, le rhumatologue du SMR a pris note des plaintes du recourant exprimées spontanément, puis l'a interrogé de manière plus ciblée sur le plan ostéoarticulaire. Les plaintes douloureuses de l'intéressé ont ensuite été résumées dans l'appréciation du cas et mises en parallèle avec son fonctionnement au quotidien, ainsi qu'avec les constatations cliniques et le traitement antalgique décrit par le recourant. Le Dr Z. _____ a par ailleurs déterminé les limitations fonctionnelles qui devaient être prises en compte et a posé un pronostic sur l'évolution de la situation, dans lequel il a rappelé en particulier que les troubles lombaires étaient dégénératifs, de sorte que le pronostic était « moyen ».

Cela étant, le recourant n'a pas précisé de quelle manière ses douleurs auraient été minimisées par le rhumatologue du SMR. Il n'a en particulier pas mentionné d'éléments de l'anamnèse que ce spécialiste aurait omis ou mal retranscrit, s'agissant en particulier du déroulement de son quotidien ou de ses loisirs. Il n'a pas non plus indiqué sur quels éléments médicaux il se fondait pour évoquer le risque d'une décompensation majeure, les rapports du Dr L. _____ des 31 janvier 2022 et 12 mai 2023 ne posant pas de tels pronostics. Les griefs du recourant à cet égard doivent ainsi être écartés. »

D. Par requête adressée le 31 octobre 2024 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, représenté par Me Lionel Ducret, Q. _____ a demandé la révision de l'arrêt du 26 septembre 2024. Il a conclu à l'admission de son recours, à la réforme de la décision rendue le 8 juin 2023 par l'OAI en ce sens qu'une capacité de travail nulle, subsidiairement de 75 % au maximum, lui est reconnue et le droit à une rente d'invalidité ouvert pour un taux d'invalidité de 100 %, subsidiairement d'au moins 44,25 %, les frais judiciaires étant en outre mis à la charge de l'OAI ainsi que des dépens en sa faveur d'un montant de 2'849 fr. 95 en sus des dépens liés à la requête en révision. Il a fait valoir qu'il avait appris le 24 octobre 2024 qu'il devrait subir une nouvelle intervention chirurgicale le 1^{er} novembre 2024. La programmation de

cette quatrième intervention était un fait ou moyen de preuve important propre à modifier l'appréciation de l'autorité de céans quant à l'octroi de la rente d'invalidité ou encore concernant le taux d'invalidité. Signalant qu'il adressait également un recours contre l'arrêt du 26 septembre 2024 auprès de Tribunal fédéral, le requérant a produit le formulaire de consentement éclairé établi le 24 octobre 2024 par le Dr L. _____ en relation avec une intervention comprenant une hémilaminectomie lombaire L2-L3 et L3-L4, une prolongation de spondylodèse intersomatique par cage et une spondylodèse postérieure L2-L3 et L3-L4 par vissage pédiculaire, ainsi qu'une convocation datée du même jour pour une consultation préopératoire le 25 octobre 2024 et une hospitalisation le 1^{er} novembre 2024.

Répondant le 28 novembre 2024, l'intimé a conclu que le requérant n'avait pas invoqué un fait nouveau important qui était de nature à modifier l'état de fait à la base de la décision entreprise et à conduire à une solution différente en fonction d'une appréciation juridique correcte.

E. Parallèlement, l'assuré a déféré l'arrêt du 26 septembre 2024 devant le Tribunal fédéral par acte du 31 octobre 2024 et a requis la suspension de la procédure dans l'attente que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statue sur sa requête de révision.

Le Tribunal fédéral a ouvert la cause sous la référence 9C_625/2024 et a rendu le 26 novembre 2024 une ordonnance de suspension jusqu'à droit connu sur la demande de révision.

E n d r o i t :

1. La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt rendu le 26 septembre 2024 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en matière d'assurance-invalidité (cause AI 214/33 - 311/2024).

a) En vertu de l'art. 61 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), la procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales conformément aux art. 56 ss LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021).

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 (art. 61 let. i LPGA). Cette disposition impose aux cantons de prévoir, en son principe, la possibilité d'une révision en présence des deux motifs classiques de celle-ci mentionnés à l'art. 61 let. i LPGA (Jean Métral, *in* Commentaire romand de la LPGA, n° 133 ad art. 61 LPGA ; cf. aussi ATF 111 V 51).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est réglée aux art. 100 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36).

Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, une décision sur recours ou un jugement rendus en application de la présente loi et entrés en force peuvent être annulés ou modifiés, sur requête, s'ils ont été influencés 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 cette 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 en vertu de l'art. 102 LPA-VD.

c) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, aux conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (cf. TFA H 87/02 du 5 juin 2002 et les références citées ; cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012 n. 2 ad art. 105 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 LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; 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, nn. 2 et 3 ad art. 125 LTF). 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., nn. 3 et 5 ad art. 125 LTF).

e) En l'occurrence, la demande de révision de l'arrêt rendu le 26 septembre 2024 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été déposée à juste titre auprès de la même instance (cf. art. 102 LPA-VD). Il lui appartient de statuer sans attendre l'issue du recours également interjeté par le requérant le 31 octobre 2024 devant le Tribunal fédéral, dite procédure ayant du reste été suspendue à cette fin par ordonnance du 26 novembre 2024.

Remise à un bureau de poste Suisse le 31 octobre 2024 et fondée sur des pièces datées du 24 octobre 2024, dite demande respecte les délais posés par l'art. 101 LPA-VD. Elle est en outre recevable à la forme.

2. a) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux visée par l'art. 61 let. i LPGA et les faits et moyens de preuve visés par l'art. 100 LPA-VD s'apprécie de la même manière qu'en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2).

b) Sont ainsi concernés 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 (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_12/2014 et 1F_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque de diligence lorsque la découverte des faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (TF 8C_824/2014 du 29 décembre 2014, consid. 2 et les références citées).

c) Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical (ou 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 le médecin ou 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 (ATF 144 V 245 consid. 5.2 ; 127 V 353 consid. 5b).

d) 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 (TF 8D_10/2022 du 2 mai 2023 consid. 4.1.2 ; 1C_557/2020 du 3 février 2021 consid. 3 ; cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n. 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

3. a) A l'appui de sa demande de révision, le requérant a fait valoir qu'il ignorait, avant que l'arrêt du 26 septembre 2024 soit rendu, qu'une quatrième intervention chirurgicale serait nécessaire, de sorte que l'organisation de celle-ci à fin octobre 2024 pour le 1^{er} novembre 2024 constituait un fait ou moyen de preuve important qui démontrait ses allégations relatives au risque d'aggravation qu'il présentait. A ses yeux,

cet élément était propre à modifier l'appréciation de l'autorité de céans quant à l'octroi de la rente d'invalidité ou au taux d'invalidité, l'arrêt attaqué retenant que son état de santé s'était stabilisé après la troisième chirurgie lombaire.

b) Il convient de relever préliminairement que le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Dans l'arrêt visé par la demande de révision, la Cour de céans statuait sur le recours déposé par le requérant contre la décision de refus de prestations rendue par l'intimé le 8 juin 2023. La Cour n'avait donc pas à prendre en compte d'éléments de fait postérieurs à cette date. Or, le fait apporté par le requérant à l'appui de sa demande de révision est la programmation, le 24 octobre 2024, d'une nouvelle intervention chirurgicale pour le 1^{er} novembre 2024. Il s'agit donc d'éléments non seulement postérieurs à l'arrêt du 26 septembre 2024, mais également largement postérieurs à la décision du 8 juin 2023. Ils ne peuvent donc justifier en soi une révision de l'arrêt du 26 septembre 2024. Reste à déterminer s'ils constituent un moyen de preuve pertinent pour prouver l'état de fait existant au 8 juin 2023.

c) Le requérant se prévaut ainsi d'un moyen de preuve nouveau, susceptible de démontrer l'allégation présentée dans son recours, selon laquelle son état de santé n'était pas stabilisé au moment de la décision.

Cet argument tombe à faux. Il est constant que le requérant souffre de lombalgies chroniques résultant de troubles dégénératifs connus de longue date puisqu'ils avaient déjà motivé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en avril 2015. S'agissant

de la demande de prestations déposée en décembre 2021, l'intimé a d'abord interrogé les médecins traitants, puis a sollicité l'avis du Dr Z._____ pour déterminer la capacité de travail objective du requérant. Le spécialiste du SMR a communiqué ses conclusions le 16 janvier 2023, fondées non seulement sur un examen du requérant mais également sur l'ensemble des pièces médicales versées au dossier de l'intimé, parmi lesquelles figuraient notamment les rapports de consultations et protocoles opératoires établis en temps réels entre 2019 et 2021 par le Dr L._____. Le fait qu'une quatrième intervention pourrait se révéler nécessaire à l'avenir ressortait des derniers rapports postopératoires, puisque le Dr L._____ exposait qu'une douleur paravertébrale persistait après la troisième intervention, possiblement liée à la présence d'une vis localisée au niveau iliaque droit, mais qu'il avait été renoncé à une nouvelle révision chirurgicale dans la mesure où la symptomatologie était décrite comme supportable par le patient. En présence d'une atteinte dégénérative, le risque d'une aggravation à moyen ou long terme est notoire. Cette problématique n'a évidemment pas échappé au Dr Z._____, qui a néanmoins constaté une stabilisation de la situation après six mois postopératoires de la troisième intervention et a posé un pronostic « moyen » concernant l'évolution probable de l'état de santé. Après avoir eu connaissance du projet de décision de l'intimé, le requérant a produit un nouveau rapport du Dr L._____ daté de mai 2023. Le spécialiste traitant n'y faisait pas état d'une péjoration de l'état de santé du requérant depuis ses précédentes évaluations. Le recours auprès de la Cour de céans était fondé sur ce même rapport.

Or, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), le droit à une rente d'invalidité existe si la personne concernée présente une incapacité de travail d'au moins 40 % depuis plus d'une année et se trouve, au terme de cette année, invalide à 40 % au moins, le droit à la rente prenant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). Des aggravations ou améliorations notables du taux d'invalidité peuvent ensuite justifier une révision du droit à la rente dès qu'elles ont

duré trois mois sans amélioration notable (art. 88a RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). En d'autres termes, une fois les délais d'attentes des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI échus, la situation est considérée comme stable lorsqu'elle a duré trois mois sans interruption notable.

Ainsi, le fait que l'état de santé du requérant se soit dégradé postérieurement à la décision du 8 juin 2023, respectivement qu'une quatrième intervention se soit concrétisée en novembre 2024, ne saurait remettre en cause le constat d'un état de santé resté relativement identique entre février 2022 et juin 2023, donc stable du point de vue du droit à la rente. Pour le surplus, le grief selon lequel la probabilité de péjoration à moyen terme de son état de santé n'aurait pas été suffisamment pris en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail revient à solliciter une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui ne peut justifier une révision.

d) Le requérant a aussi fait valoir que le risque de péjoration, désormais avéré compte tenu de la quatrième opération programmée, devait justifier un abattement plus important sur le revenu statistique pour fixer le revenu sans invalidité.

Ce faisant, le requérant tend également à obtenir une nouvelle appréciation juridique de faits déjà connus. La Cour de céans a procédé à un calcul du préjudice économique en appliquant, sur le revenu statistique pertinent pour établir le revenu avec invalidité, un abattement de 10 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles et du taux d'activité, en application de la jurisprudence topique. Savoir si un abattement plus important s'imposait compte tenu d'autres circonstances ne peut être discuté dans le cadre d'une révision.

4. a) Il s'ensuit que la demande de révision de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 26 septembre 2024 (AI 214/23 - 311/2024) doit être rejetée.

b) Il est renoncé à la perception de frais judiciaires au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD). La partie recourante n'a pas droit à des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. La demande de révision formée par Q. _____ le 31 octobre 2024 est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni 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 Lionel Ducret (pour Q. _____),
- 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, IIIe Cour de droit public (cause 9C_625/2024).

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 :