

VD_FINDINFO AI 242/13 - 250/2014 vom 29. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_242_13_-_250_2014

FR: VD_FINDINFO AI 242/13 - 250/2014 du 29 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO AI 242/13 - 250/2014 del 29 settembre 2014

Regeste

RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.09.2014 AI 242/13 - 250/2014

RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, REFUS D'ENTRER EN MATIÈRE SUR CERTAINS GRIEFS, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ | 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 242/13 - 250/2014 ZD13.040516 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 29 septembre 2014 _____ Présidence de M. Merz Juges

: Mmes Dormond Béguelin et Rossier, assesseures Greffière : Mme Rossi

***** Cause pendante entre : P. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Pierre Bloch, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 87 al. 2 et 3 RAI E n f a i t : A. En mars 2007, P. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1955, ressortissant suisse, travaillant dans le domaine agricole, a subi un accident de bûcheronnage par lequel il a été blessé aux deux jambes. A la demande de la Justice de paix des districts du Jura-Nord vaudois et du Gros-de-Vaud (ci-après : la Justice de paix), une expertise psychiatrique de l'assuré a été mise en œuvre auprès des Drs T. _____ et L. _____ du Centre d'expertises du Centre M. _____. Dans leur rapport du 8 octobre 2009, ces médecins ont posé les diagnostics de personnalité paranoïaque (F60.0) et de retard mental léger (F70). Selon les experts, il s'agissait d'affections au long cours. Pour le retard mental, il n'existait pas de traitement curatif. Du fait de cette atteinte, l'assuré ne possédait pas les facultés cognitives suffisantes pour comprendre comment gérer des affaires administratives et financières complexes telles que celles nécessitées par la gestion d'un domaine agricole. De plus, les difficultés relationnelles et sa fragilité narcissique en lien avec son trouble de la personnalité rendaient difficile pour lui de demander de l'aide et surtout de faire confiance à la personne qui le soutenait, qui risquait de devenir persécutante à ses yeux s'il se sentait contrarié. Une assistance dans la gestion de ses affaires financières et administratives paraissait actuellement nécessaire. L'assuré pouvait toutefois comprendre la portée d'une éventuelle mesure. Ses atteintes le limitaient, bien plus qu'il ne voulait l'admettre, dans sa capacité à gérer ses affaires. L'assuré présentait une perturbation sévère de la constitution caractérologique, de longue date, qui perturbait de manière durable sa vie relationnelle

(pauvreté des relations, tendance au conflit) ainsi que sa bonne insertion sociale et professionnelle (style de vie marginal, pas d'emploi fixe), amenant une certaine souffrance personnelle, ce qui définissait le trouble de la personnalité. A la suite de cette expertise, la Justice de paix a désigné, le 24 février 2010, l'Office du Tuteur général (ci-après : l'OTG) comme tuteur au sens de l'art. 369 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012. B. Par pli recommandé du 30 juillet 2010, l'assuré a déposé, avec le soutien de J._____, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), datée du 22 juillet 2010. Il a fait valoir un « grave accident de bûcheronnage (2 jambes cassées) ». Il a joint différents documents de l'Hôpital de B._____ établis entre le 26 mars 2007 et le 30 juillet 2008. Il a indiqué être sous tutelle, sa tutrice étant [...] du « Service des tutelles ». Sur demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'Hôpital de B._____ a déclaré, par courrier du 11 août 2010, que la dernière consultation de l'assuré dans leur établissement avait eu lieu le 9 septembre 2008. Dans la fiche d'examen de l'OAI du 16 août 2010, des problèmes psychiques et des séquelles de l'accident de bûcheronnage de 2007 sont mentionnés comme atteintes à la santé. Par courrier du 20 août 2010, l'OAI s'est adressé à l'OTG pour l'informer de la demande de prestations de l'assuré et pour lui demander d'approuver celle-ci. Sur requête de l'OAI, l'OTG a indiqué, le 19 novembre 2010, que l'assuré avait pris contact avec un spécialiste orthopédique en vue d'une visite médicale qui aurait lieu au plus tôt en mars 2011. A la demande de l'OAI du 23 novembre 2010 de lui communiquer les coordonnées de ce médecin, l'OTG a répondu que l'assuré avait refusé de lui transmettre le nom de ce praticien. Par courrier du 21 janvier 2011, l'assuré s'est adressé personnellement à l'OAI en expliquant que le médecin ne l'examinerait qu'au mois de mars 2011. Il n'a pas donné le nom de ce spécialiste, mais a demandé à l'OAI « de bien vouloir patienter encore jusqu'à ce que le médecin [lui] ai[t] fait le rapport médical ». Le 10 février 2011, l'OTG a informé l'OAI que l'assuré n'avait pas trouvé de médecin spécialiste pour l'instant et qu'il cherchait actuellement à obtenir un premier rendez-vous. Le 1^{er} juillet 2011, l'OTG a déclaré que l'intéressé n'avait finalement pas pris contact avec un médecin spécialiste. Le 17 novembre 2011, il a indiqué que l'assuré avait un nouveau médecin traitant en la personne du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne. Le Dr Q._____ a établi un rapport médical sur formulaire de l'OAI en date du 5 décembre 2011. Il avait vu l'assuré pour la première fois le 17 novembre 2011. Au sujet des diagnostics, il s'est référé aux fractures des deux jambes subies en 2007. Comme « complication actuelle », il a relevé un « kyste tibial droit et troubles neurologiques sensitifs au niveau des deux jambes (paresthésie et hypoesthésie en chaussette) et des troubles circulatoires (pieds froids en permanence et douleurs par temps frais) ». Son constat médical était un « kyste tibial droit, réflexes diminués et asymétriques avec légère faiblesse aux membres inférieurs ». Concernant le taux d'incapacité de travail, il a renvoyé au dossier de l'assurance-invalidité. La capacité physique de l'assuré était selon ce médecin limitée par les troubles sensitifs susmentionnés. Le rendement était a priori réduit, « puisque les troubles sensitifs constituent un facteur limitant de l'efficacité au travail ». Sur proposition du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 15 décembre 2011, l'OAI a confié, le 24 janvier 2012, un mandat d'expertise à la Polyclinique V._____. Les Drs K._____ et W._____, spécialistes en médecine interne, ainsi que le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du Centre d'expertises médicales de la Polyclinique V._____, ont déposé leur rapport d'expertise le 16 mai 2012. Ils n'ont retenu aucun diagnostic avec influence

essentielle sur la capacité de travail et ont posé les diagnostics suivants, qui étaient sans influence essentielle sur la capacité de travail : - status après fractures tibio-péronées bilatérales en 2007, traitées par enclouage - personnalité paranoïaque (F60.0) - retard mental léger (F70) - discrète atteinte poly-neuropathique axonale des membres inférieurs, d'origine indéterminée - hypertension artérielle (HTA) traitée. Ils ont notamment relevé ce qui suit, s'agissant de la description des plaintes actuelles de l'assuré : « Douleurs des jambes : plutôt sous forme d'un tiraillement, fourmillement, s'accroissant au cours de la nuit, surtout s'il fait trop d'activités pendant la journée. Ces sensations sont ressenties en-dessous des genoux, jusqu'aux pieds, qui lui paraissent froids [...] ». Il ressort en outre de l'appréciation médicale notamment ce qui suit : « L'élément marquant, sur le plan de la santé physique, est un accident de travail survenu en 2007, sous la forme d'une chute d'un tronc d'arbre sur les deux jambes de l'assuré entraînant des fractures des deux membres inférieurs (MI). Après traitement chirurgical, l'évolution sera progressivement favorable, la consolidation des fractures prenant cependant une année. [...] Sur un plan orthopédique l'évolution sera marquée par un bon rétablissement, sans limitation fonctionnelle par rapport aux travaux habituels exercés par l'assuré. Dans les suites de l'accident de 2007 l'assuré signale l'apparition de troubles neurologiques, sous forme de sensations dysesthésiques et de troubles de sensibilité aux MI, occasionnant des douleurs survenant à la marche, d'une sensation de semelle sous les pieds, d'une insécurité à la marche et en station debout, sans altération de la force musculaire. Les plaintes se sont amendées depuis 2008 : à cette époque il est signalé que l'assuré devait faire une pause après 1 km de marche, alors qu'actuellement il peut maintenir ses activités au moins pendant une heure avant de ressentir des douleurs. Plusieurs évaluations neurologiques avec imageries multiples et examens EMG ont permis d'exclure des atteintes du système nerveux central ainsi que des affections systémiques. La découverte de discopathies lombaires basses L4-L5 et L5-S1 doit être considérée comme une trouvaille fortuite, une symptomatologie s'y r[e]f[é]rant faisant défaut. Le présent bilan [é]lectro-neuro-myographique évoque toujours une discrète atteinte poly-neuropathique axonale plus que myélinique, rendant une atteinte traumatique peu probable, si ce n'est du point de vue subjectif. Il y a une certaine contradiction entre l'importance des plaintes (douleurs lors d'efforts physiques) et les résultats électro-neurographiques. Les répercussions sur la capacité de travail sont, l'assuré en convient lui-même, en revanche mineures ; seules les activités nécessitant de la marche sur un terrain particulièrement irrégulier et/ou en pente pourraient contribuer à une diminution de rendement, pour autant que cette activité se prolonge dans le temps. Dans les activités habituelles de l'assuré (travaux avec bétail, tracteur, scierie, taille de haies) ces limitations n'atteignent pas un degré significatif. Lors de travaux sur des talus en saison chaude l'assuré dit se reposer de temps en temps vu l'apparition d'œdèmes aux MI. [L'assuré], lors de l'anamnèse systématique, évoque une fatigue, survenant essentiellement en fin de journée ; ni l'examen clinique ni les examens de laboratoire très complets effectués le 31.01.2012 par le médecin traitant permettent d'attribuer cette symptomatologie à une cause organique précise. Une part de cette fatigue peut être expliquée par le fait que l'assuré a pris l'habitude de laisser fonctionner la radio toute la nuit ; des mesures d'hygiène du sommeil seraient dès lors susceptibles d'améliorer la fatigue. De toute évidence, cette fatigue n'a pas de répercussion sur la capacité de travail puisqu'elle n'a pas empêché l'assuré de maintenir ses diverses activités dans l'agriculture. [...] En ce qui concerne les aspects psychiatriques, ils n'ont pas réellement eu des répercussions sur la capacité de travail ; au contraire, on a l'impression

que l'assuré a toujours aimé les travaux dans la nature et qu'il les a exercé[s] avec beaucoup de motivation. En revanche, le trouble paranoïaque complique les aspects relationnels et le retard mental se répercute sur les aspects organisationnels (planification) comme aussi la gestion financière. L'assuré mentionne, par exemple, qu'il éprouve de la peine à se faire payer pour certains travaux effectués pour des particuliers. L'accident survenu en 2007 ne semble pas avoir changé quelque chose au tableau psychologique qui paraît stable et fixé depuis de nombreuses années. En conclusion, bien que l'assuré présente une affection psychiatrique d'importance ayant eu des répercussions sur son intégration sociale, la capacité de travail n'en est pas influencée. Sur le plan physique, une diminution du rendement dans des activités particulièrement lourdes et répétitives est induite par des douleurs aux MI lors de gros efforts et en terrain irrégulier et/ou en pente. De telles activités n'ont pas été exercées par l'assuré et dans son métier habituel la capacité de travail est entière ». Aux pages 14 à 18, le rapport d'expertise inclut une appréciation effectuée par le Dr G. _____, spécialiste en neurologie, qui a également examiné l'assuré. Ce médecin a notamment exposé ce qui suit : « En conclusion, bien que le patient mentionne des troubles apparus dans les suites immédiates de la fracture des 2 jambes, le présent bilan parle à nouveau plutôt en faveur d'une atteinte poly-neuropathique d'autant plus que l'examen clinique révèle une discrète hypo-pallesthésie des membres supérieurs. Il n'y a pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire au vu du résultat de l'IRM. Pas d'éléments non plus en direction d'une atteinte du système nerveux central (cérébral et médullaire) et d'un statut post-compression traumatique et/ou syndrome des loges sur les nerfs SPE et SPI. Il existe une certaine discordance entre l'importance des troubles rapportés par le patient et la discrétion des anomalies objectives. Il semble néanmoins que l'importance des plaintes n'entraîne pas une incapacité de travail significative aux dires du patient. Au terme du présent bilan, sur le plan strictement neurologique, je conclus donc à une discrète atteinte poly-neuropathique axonale sans relation évidente avec l'événement accidentel de mars 2007 si ce n'est du point de vue subjectif. Cette atteinte poly-neuropathique n'est pas cause d'une incapacité de travail significative au vu de son caractère objectivement discret sur le plan objectif. En conclusion, pas d'incapacité de travail significative sur le plan neurologique dans l'activité d'agriculteur ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible ». Le rapport d'expertise des médecins de la Polyclinique V. _____ mentionne de nombreux éléments du dossier, soit notamment l'expertise psychiatrique du 8 octobre 2009. Figure également en page 5 du rapport de la Polyclinique V. _____, comme un des documents les plus récents, la lettre que le Dr R. _____, spécialiste en neurologie, a adressée le 17 janvier 2012 au Dr Q. _____, dont il ressort notamment ce qui suit : « Sensations de picotements, de décharge et de brûlures dans les 2 MI, à partir des genoux, symétriques. Sans atténuation de la symptomatologie et décrit actuellement une sensation de paresthésie fourmillante parfois très intense, permanente, aux deux pieds, à la face antérieure des deux jambes, mais également sur l'ensemble du mollet des deux côtés, remontant jusqu'aux genoux. Sensation de brûlure, de froid très intense, alternant avec une chaleur importante des pieds, empêchant le patient de dormir correctement. Impression d'avoir de fausses semelles sous les pieds ou avoir les jambes dans un étau, surtout en fin de journée. Ressent des difficultés en montant sur une échelle ou des escaliers, avec un trouble de l'équilibre. Après un effort musculaire, crampes jusqu'aux cuisses, le réveillant la nuit. Doit alors prendre des cannes pour se lever, se mobilise, se frictionne la musculature. [...] Status neurologique : trophicité, force et motricité des orteils sp. Sensibilités superficielle altérée, tacto-algique et thermique à

prédominance distale, maximale aux pieds, à la face dorsale sur le bord latéral et médian et à la fesse antérieure des deux jambes, au frottement de la crête tibiale, avec dysesthésies à type de fourmillements et diffusion du stimulus cutané à titre d'échange électrique. Douleurs à la pression cutanée et profonde sur l'ensemble de la jambe. Sensibilité positionnelle très altérée aux orteils sans ataxie proprioceptive aux talons-genoux. Pallesthésie malléole interne et externe 4/8 des deux côtés. Évaluation : possible atteinte neuropathique des petites fibres des MI (polyneuropathie), à prédominance distale (DD : atteinte cordonale postérieure médullaire ou centromédullaire lombaire). L'atteinte symétrique parle en défaveur d'une atteinte cérébrale ». Le Dr D. _____, médecin auprès du SMR, s'est rallié à l'expertise de la Policlinique V. _____ par avis du 1^{er} juin 2012. Dès lors, il a conclu qu'il n'y avait aucune atteinte invalidante à la santé. Par décision du 17 juillet 2012, adressée à l'OTG et conformément à son projet de décision du 5 juin 2012 à l'encontre duquel aucune objection n'avait été formulée, l'OAI a prononcé un refus de rente d'invalidité à l'égard de l'assuré. Il s'est notamment référé au rapport d'expertise du 16 mai 2012. Ensuite de la demande de l'assuré du 20 octobre 2012, l'OAI a derechef transmis à l'OTG, en date du 30 octobre 2012, une copie de sa décision du 17 juillet 2012. Sur requête, l'OAI a envoyé à l'assuré personnellement, le 6 novembre 2012, une copie de ladite décision. C. a) Par courrier du 8 décembre 2012, le Dr Q. _____ s'est adressé à l'OAI notamment en ces termes : « En raison de l'évolution défavorable actuelle de la pathologie neurologique de mon patient susnommé, je viens à travers le présent courrier, solliciter le réexamen de son dossier, en vue de lui permettre de bénéficier de l'AI. Par ailleurs, je me fais également témoin de ce que la décision de refus évoquée ne lui a malheureusement pas été notifiée dans le délai légal, lui permettant ainsi de faire appel. Je rappelle que mon patient a été victime en 2007, suite à la réception accidentelle sur ses jambes, d'un tronc d'arbre scié à la tronçonneuse : - d'une fracture bifocale du 1/3 moyen et distale du tibia et du péroné avec déplacement postérieur et latéral des deux fractures avec raccourcissement, à droite ; - d'une fracture transverse du 1/3 moyen du tibia avec discret déplacement antérieur associée à une fracture bifocale du péroné et une fracture transverse du 1/3 moyen ainsi qu'une fracture courte spiroïde à la jonction du 1/3 moyen et distal présentant un discret déplacement interne, à gauche. - Il a alors bénéficié en urgence d'un traitement chirurgical consistant en une ostéosynthèse tibiale par enclouage centromédullaire avec retrait du clou plus tard après consolidation osseuse. - Comme complication, il a développé des troubles neurologiques sensitifs au niveau des deux jambes sous forme de paresthésie et hypoesthésie en chaussette, des troubles circulatoires et surtout une hyperesthésie douloureuse marquée en particulier par temps froids. L'ENMG réalisé le 06 mars dernier confirme d'ailleurs une atteinte neuropathique périphérique myélinique. A noter que la symptomatologie douloureuse de [l'assuré] s'est exacerbée depuis que la température s'est refroidie et il présente actuellement de façon intermittente une gelure aux membres inférieurs témoignant des troubles circulatoires ; ce qui empêche la poursuite de son activité professionnelle qui se déroule en majorité à l'air libre, à la montagne, en tant qu'agriculteur . Aussi, l'introduction de la présente demande de réexamen de son dossier est-elle fondée à mon sens ». Le Dr Q. _____ a joint à son courrier une écriture que les Drs Z. _____ et N. _____, respectivement médecin associé et médecin assistante auprès du Service de neurologie du Centre M. _____, lui avaient adressée le 6 mars 2012, document déjà évoqué en page 7 du rapport d'expertise susmentionné du 16 mai 2012, ainsi qu'un courriel que lui avait envoyé le Dr R. _____ le 21 mars 2012. Ainsi, les deux médecins du Service de radiologie du Centre M. _____ ont formulé les

conclusions suivantes, à la suite de l'examen qui avait lieu le 6 mars 2012 en raison de troubles sensitifs et douloureux des deux membres inférieurs : « Examen normal des membres supérieurs et anormal au niveau du membre inférieur D sous forme d'une augmentation de la latence, suggérant une atteinte plutôt myélinique. Les résultats sont à interpréter sous réserve d'un examen très difficile (patient très crispé, durée 4h!) avec des artefacts multiples ». Le Dr R. _____ s'est pour sa part prononcé comme suit le 21 mars 2012 : « Je vous remercie de m'avoir informé des résultats des potentiels évoqués sensitifs pratiqués le 06 mars au Centre M. _____. Les résultats, tels qu'ils sont présentés dans le rapport, apportent un indice d'atteinte neuropathique périphérique et l'absence d'indice pour une atteinte médullaire (sous réserve de la qualité de l'examen avec des résultats partiels). Une atteinte cérébrale semble écartée par ces résultats. Cela signifie qu'une atteinte médullaire peut être raisonnablement écartée, sous réserve d'une I.R.M médullaire normale à l'époque (dont je n'ai pas connaissance du résultat). Le traitement antalgique visera donc au traitement de douleurs neuropathiques périphériques [...] ». b) L'OAI a communiqué l'intégralité de l'envoi du Dr Q. _____ du 8 décembre 2012 au SMR, qui s'est prononcé, par le Dr X. _____, ainsi le 10 juin 2013 : « Suite à une expertise pluridisciplinaire réalisée, à la Policlinique V. _____ du Centre M. _____, le 16.05.2012, il ressort que l'accident de travail, avec fractures des 2 jambes de 2007, n'a plus à l'heure actuelle de répercussion sur la capacité de travail. Les experts retiennent bien la présence d'une poly[-]neuropathie des membres inférieurs. Il est décrit : « A l'étude neurographique des membres inférieurs, on note des éléments compatibles avec une atteinte poly-neuropathique axonale modérée . A l'étude myographique de[s] 2 membres inférieurs, on note des signes d'atteinte neurogène périphérique modérée d'aspect plutôt ancien et chronique dans les muscles dépendant des myotomes L5 des 2 cotés et S1 gauche ». Selon les experts, cette atteinte poly[-]neuropathique n'est pas cause d'une incapacité de travail significative au vu de son caractère objectivement discret . Sur la base de l'expertise [de la Policlinique V. _____], nous avons conclu qu'il n'existe aucune atteinte à la santé au sens de l'AI. La décision est entrée en force. Dans un rapport médical du 08.12.2012, le Dr Q. _____, interniste traitant demande de réexaminer le dossier. Pour ce faire il nous décrit l'existence des troubles neurologiques qui ont été décrits dans l'expertise [de la Policlinique V. _____], et dont les experts ont attesté qu'ils n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. Le médecin traitant n'apporte aucun élément nouveau qui nous permettrait de réexaminer le dossier de cet assuré ». Par projet de décision du 12 juin 2013 adressé à l'Office des curatelles et tutelles professionnelles (ci-après : l'OCTP), à savoir anciennement l'OTG, l'OAI a fait savoir qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande que le Dr Q. _____ lui avait transmise le 8 décembre 2012. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si l'assuré rendait plausible que l'état de fait s'était modifié de manière à changer le droit aux prestations après la décision du 17 juillet 2012, qui était entrée en force. Les éléments apportés par le Dr Q. _____ n'étaient pas nouveaux et de ce fait pas susceptibles de modifier la précédente appréciation. Il ne s'agissait que d'une autre appréciation par le Dr Q. _____ d'un même état de fait. Il n'avait donc pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. L'OAI a imparti à l'assuré un délai de trente jours, notamment pour apporter des objections fondées, faute de quoi il rendrait une décision de refus d'entrer en matière. c) Le 11 juillet 2013, le Dr Q. _____ s'est une nouvelle fois adressé à l'OAI en ces termes : « J'ai reçu [l'assuré] en consultation le 09 courant, dans le cadre de son suivi médical. Il en a profité pour me faire part du préavis de refus que l'AI envisage quant à sa

demande et me charge de réagir en tant son [sic] médecin traitant et témoin des maux dont il continue de souffrir et qui lui impose[nt] de maintenir sa demande. C'est donc le sens du présent courrier [...]. Je rappelle que [l'assuré] présente des troubles neurologiques sensitifs au niveau des deux jambes sous forme de paresthésie et hypoesthésie en chaussette, des troubles circulatoires et surtout une hyperesthésie douloureuse invalidante, l'ensemble de ces troubles étant consécutifs à l'accident de travail dont il a été victime en 2007 [... ; réd. : suit une description identique à celle de son courrier du 8 décembre 2012 dudit accident et des suites de celui-ci]. Il avait alors bénéficié en urgence d'un traitement chirurgical consistant en une ostéosynthèse tibiale par enclouage centromédullaire avec retrait du clou plus tard après consolidation osseuse. Depuis lors, il continue de souffrir des troubles neurologiques susmentionnés qui constituent un frein à la poursuite de son activité professionnelle d'agriculteur. D'où la nécessité du réexamen de son dossier avec une attention toute particulière qui ne serait que lui rendre justice. A noter que [l'assuré] sera adressé au Centre d'Antalgie de l'Hôpital de B. _____ dans les tous prochains jours pour avis et prise en charge antalgique ». d) Le 23 août 2013, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, conformément à son projet du 12 juin précédent. D. a) Par acte du 20 septembre 2013, P. _____, agissant personnellement, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 23 août 2013. Il a joint à son recours uniquement une copie du courrier du Dr Q. _____ du 11 juillet 2013 susmentionné. Pour l'essentiel, il a exposé ce qui suit : « Je fais ce recours de principe parce que je n'ai pas encore trouvé un avocat qui veuille bien se charger de mon dossier. En résumé je dois vous dire que j'ai fait une demande d'AI durant l'année 2010 et cela suite à un grave accident de bûcheronnage, où mes deux jambes ont [été] fracturées. Je joins le certificat de Monsieur le docteur Q. _____ et le Docteur H. _____ de l'hôpital de B. _____ va faire également un rapport médical. Je suis indépendant, je suis obligé de travailler un peu mais il n'est pas question que je travaille un horaire normal chez un patron. Conclusion : En me basant sur ce qui précède, je vous demande une prolongation du délai et vous demande de pouvoir apporter un complément à ce recours. Je vous demande également d'annuler la décision de l'Assurance-invalidité du 23 août ». b) Par avis du 25 septembre 2013, un délai au 25 octobre 2013 a été imparti au recourant pour effectuer une avance de frais de 400 fr. et compléter la motivation de son recours. Le même jour, l'intimé OAI a été requis de transmettre son dossier au tribunal. L'avance de frais a été effectuée avec un jour de retard et le recourant ne s'est plus prononcé dans le délai imparti à cet effet. c) A l'étude du dossier de l'OAI, le Juge instructeur de la Cour des assurances sociales (ci-après : le Juge instructeur) a appris que le recourant avait été mis sous tutelle en 2010, notamment en raison de ses problèmes à gérer ses affaires administratives et financières. Le Juge instructeur s'est alors adressé, par courrier du 1^{er} novembre 2013, à l'OCTP, en lui demandant des informations précises et documentées sur le type de curatelle actuellement instituée en faveur du recourant ensuite de l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013 du nouveau droit de la protection de l'adulte et, dans l'hypothèse où la curatelle instaurée devait nécessiter un consentement au recours par le curateur ou la Justice de paix, de se déterminer à ce sujet. Par courrier du 22 novembre 2013, le curateur S. _____, assistant social auprès de l'OCTP, a informé la Cour de ce que le recourant était sous curatelle de portée générale. Il a indiqué qu'il acceptait la décision de l'OAI. Il a précisé que, lors des entretiens avec le recourant, il n'avait « pas été possible de constater par l'observation d'une difficulté physique. Bien au contraire, il débordait de vitalité. S'il y a une invalidité elle est d'ordre psychique. [...] Ce sujet d'une invalidité psychique est complètement

tabou ». Par acte du 28 novembre 2013, le Juge instructeur s'est adressé à l'OCTP ainsi qu'à la Justice de paix, afin que ceux-ci lui transmettent notamment la décision actuelle instituant la curatelle de portée générale. En date du 3 décembre 2013, l'OCTP a produit une copie de l'avis de nomination du 28 mai 2013 désignant S. _____ curateur à forme de l'art. 398 CC. Par courrier du 6 décembre 2013, le recourant s'est opposé aux déclarations de son curateur contenues dans l'écriture du 22 novembre 2013. Il a déclaré « récuser » son curateur. Le Tribunal de céans a transmis cette lettre à l'OCTP et à la Justice de paix. Par envoi du 20 décembre 2013, la Justice de paix a produit la décision rendue le 2 mai 2013 par le Juge de paix du district du Gros-de-Vaud (ci-après : le Juge de paix) autorisant le curateur du recourant à plaider et transiger dans le cadre de la dissolution d'une société simple de l'intéressé. Le Juge de paix a fondé sa décision sur l'art. 416 al. 1 ch. 9 CC, selon lequel le curateur qui agit au nom de la personne concernée doit requérir le consentement de l'autorité de protection de l'adulte pour faire une déclaration d'insolvabilité, plaider, transiger, compromettre ou conclure un concordat, sous réserve des mesures provisoires prises d'urgence par le curateur. Par un second courrier du 3 janvier 2014, le Juge de paix a informé notamment le Tribunal de céans que la correspondance du recourant du 6 décembre 2013 serait examinée lors de l'audience du 22 janvier 2014. Par ordonnance du 14 janvier 2014, le Juge instructeur a suspendu la procédure de recours contre la décision de l'OAI et demandé au Juge de paix et à l'OCTP de l'informer du sort de la demande de récusation du curateur. Par courrier du 27 janvier 2014, S. _____ a déclaré que le recourant ne s'était pas présenté à l'audience du 22 janvier 2014 et qu'un changement de curateur s'effectuerait à l'occasion du départ à la retraite du curateur actuel en juin 2014. Avec l'accord de la Justice de paix, il a produit une copie de l'expertise du 8 octobre 2009 des Drs T. _____ et L. _____ (cf. ci-avant let. A) qu'il transmettait par la même occasion à l'OAI. Par ordonnance du 27 janvier 2014, le Juge instructeur a repris l'instruction de la cause et imparti au recourant et à l'intimé un délai pour déposer d'éventuelles déterminations. Par écriture du 20 février 2014, l'intimé a déclaré qu'il apparaissait que le curateur actuel n'avait pas été récusé, le recourant ne s'étant pas présenté à la séance du 22 janvier 2014, mais que le curateur prendrait sa retraite dans quelques mois. Il laissait au Tribunal de céans le soin de décider s'il fallait, dans ces circonstances, prolonger la suspension de la procédure jusqu'à la nouvelle nomination. Le 24 février 2014, le Juge instructeur a informé les parties que la Justice de paix avait refusé d'admettre la récusation du curateur. Faute de consentement du curateur au recours déposé par l'assuré, il était envisagé de déclarer le recours irrecevable. Un dernier délai pour se prononcer à ce sujet était accordé au recourant et à son curateur. Le 26 février 2014, Me Jean-Pierre Bloch a formé auprès de la Cour de céans une demande d'assistance judiciaire en faveur du recourant, avec un formulaire signé par le curateur de l'intéressé et une procuration signée par le recourant lui-même. Par décision du 4 mars 2014, le Juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire sous la forme de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch, avec effet au 26 février 2014. Le même jour, il a imparti un délai à Me Bloch pour se déterminer notamment sur la déclaration du curateur, invité par la Cour à donner le cas échéant son consentement au recours, de vouloir accepter la décision de l'OAI. Par courrier du 19 mars 2014, le curateur a déclaré « retirer [s]on opposition au recours » interjeté par l'assuré, tout en demandant « de bien vouloir donner suite au recours ». Par écriture du 2 avril 2014, Me Bloch a expliqué que le recours paraissait recevable, vu le courrier du curateur du 19 mars précédent. Il a demandé qu'un délai lui soit imparti, afin de pouvoir se déterminer sur le fond. Le 3 avril 2014, le Juge

instructeur a accordé à Me Bloch un délai pour déposer ses déterminations sur la recevabilité et sur le fond du recours, tout en réservant explicitement la décision sur la recevabilité du recours à rendre le cas échéant par la Cour dans une composition de trois juges. d) Dans le délai imparti, Me Bloch a déposé, en date du 20 mai 2014, un mémoire ampliatif, dans lequel il a reformulé les conclusions en demandant l'admission du recours et l'annulation de la décision de l'OAI du 23 août 2013, celui-ci étant invité à entrer en matière sur la demande de « révision » formée par l'assuré. Il a renvoyé à l'écriture du Dr Q._____ du 11 juillet 2013, selon laquelle le recourant souffrirait d'une hyperesthésie douloureuse invalidante. Cette affection, associée aux éléments propres à la personnalité du recourant mentionnés notamment à la page 18 du rapport d'expertise du 16 mai 2012, aurait dû amener l'OAI à considérer que l'intéressé « souffre à l'évidence d'une diminution de sa capacité de travail ». Partant, l'intimé aurait dû accepter d'entrer en matière sur la demande de révision. Par écriture du 5 juin 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par acte du 1^{er} juillet 2014, le recourant, par l'intermédiaire de son avocat d'office, a maintenu ses conclusions. Il a reproché à l'intimé de faire preuve de formalisme excessif en soutenant que le dernier certificat médical produit ne devait pas être examiné dans le cadre du présent recours, mais aurait pu permettre, le cas échéant, l'ouverture d'une nouvelle procédure en révision. e) Sur demande du Tribunal, Me Bloch a produit, le 7 août 2014, dans le délai prolongé pour ce faire, la liste de ses opérations. E n d r o i t : 1. Le litige a trait à l'assurance-invalidité. 1.1 Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation à l'art. 52 LPGA, instaurant une procédure d'opposition, et à l'art. 58 LPGA, consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours, les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie 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) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). 1.2 Le recours déposé par l'assuré, agissant personnellement, par acte du 20 septembre 2013 contre la décision de l'OAI du 23 août 2013 respecte le délai de recours de trente jours prévu à l'art. 60 al. 1 LPGA. Il se pose toutefois encore deux questions. La première est de savoir si le recours doit être déclaré irrecevable parce que l'avance de frais a été effectuée avec un jour de retard (cf. art. 47 al. 3 LPA-VD). A cet égard, il faudrait toutefois tenir compte du fait que le Tribunal de céans, pas encore informé de la mesure de curatelle, s'était adressé exclusivement à l'assuré et que celui-ci est sous curatelle de portée générale, notamment en raison de ses difficultés à gérer ses affaires administratives. A cela s'ajoute la deuxième question de savoir si le recours nécessitait l'accord du curateur, voire même de la Justice de paix (cf. d'une part les art. 16 ss CC et, d'autre part, l'art. 416 al. 1 ch. 9 CC, soit la nécessité pour le curateur de requérir le

consentement de l'autorité de protection de l'adulte pour « plaider »), et si ces actes de consentement ont été donnés de manière régulière. Dans un premier temps, dans le délai imparti à cet effet par le Tribunal de céans, le curateur avait laissé entendre qu'il ne donnait pas son consentement au recours de l'assuré. Toutefois, après l'échéance du délai, il ne s'est plus opposé au recours et il s'est finalement même adressé au conseil actuel, afin que ce dernier se charge de la présente cause de l'assuré. Quant à la Justice de paix, elle ne s'est apparemment pas prononcée clairement, du moins pas à l'égard du Tribunal de céans, sur un quelconque consentement au sujet du recours de l'assuré, respectivement des déclarations du curateur (cf. ci-dessus let. D/c). Quoiqu'il en soit, au vu du sort de la cause, ces questions peuvent demeurer indécisées.

1.3 Vu l'objet du litige, la valeur litigieuse excède 30'000 fr., raison pour laquelle la cause relève de la compétence de la Cour des assurances sociales dans une composition ordinaire de trois juges (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD et 83c LOJV).

2. Dans la demande de « réexamen » du 8 décembre 2012 adressée par le Dr Q. _____ à l'intimé, il est mentionné que la décision de refus du 17 juillet 2012 n'avait « pas été notifiée dans le délai légal, lui permettant ainsi de faire appel ». L'intimé avait adressé et notifié ladite décision à l'OTG, vu que le recourant était au bénéfice d'une tutelle au sens de l'ancien art. 369 CC, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012. Le recourant a ensuite pu en prendre connaissance, puisque, notamment le 20 octobre 2012, il a demandé à l'intimé la transmission d'une copie supplémentaire. Il n'y a pas eu de recours, ni de demande de restitution de délai dans les délais légaux (cf. art. 41 et 60 LPGA), de sorte que la décision du 17 juillet 2012 était entrée en force, lorsque le Dr Q. _____ s'est adressé à l'intimé par écriture du 8 décembre 2012. L'objet du recours n'est donc pas la décision de refus du 17 juillet 2012. Dans la présente procédure judiciaire, le recourant, représenté par un conseil d'office, n'a d'ailleurs pas remis cela en cause et notamment pas exposé qu'un motif de restitution existait par rapport à un recours contre cette décision, ni qu'un tel motif avait été invoqué dans le délai de l'art. 41 LPGA par demande motivée tout en accomplissant l'acte omis. La décision du 17 juillet 2012 est donc définitivement entrée en force et est uniquement litigieux le refus de l'intimé, par décision du 23 août 2013, d'entrer en matière sur la demande de « réexamen » introduite par courrier du Dr Q. _____ du 8 décembre 2012.

3. 3.1 Lorsqu'une rente AI a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] tel qu'en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, auparavant art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b). Par ailleurs, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas de conclure à l'existence d'une aggravation qui justifierait une révision de la décision d'octroi ou de refus de rente. La procédure de révision selon l'art. 17 LPGA ne sert pas à remettre en cause une décision rendue à la suite d'une appréciation divergente d'un état de fait qui n'a pas connu de modification notable (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70, p. 203, consid. 3a ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en

matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande et a procédé à l'examen de la révision sur la base de l'art. 17 LPGa (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

3.2 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGa), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'ancien art. 73 RAI (art. 43 al. 3 LPGa depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 et 4.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). En l'occurrence, l'intimé a respecté ces principes en donnant au recourant, avec son projet de décision du 12 juin 2013, la possibilité de se prononcer et d'apporter d'autres moyens de preuve pour rendre plausible une éventuelle aggravation ou modification de son invalidité (cf. TF 9C_789/2012 précité). C'est ce que le recourant a en effet tenté de faire en demandant à son médecin traitant, le Dr Q. _____, de s'adresser une nouvelle fois le 11 juillet 2013 à l'intimé. Contrairement à ce que soutient le recourant en invoquant un formalisme excessif dans son écriture du 1^{er} juillet 2014, le Tribunal cantonal ne doit effectivement pas tenir compte de rapports médicaux produits postérieurement à la décision attaquée. Toutefois, cette constatation faite par l'intimé dans son mémoire du 5 juin 2014 est en l'espèce sans incidence, puisque tous les documents médicaux produits dans la procédure l'ont été avant que la décision attaquée ait été rendue le 23 août 2013. Cela concerne notamment l'écriture que le Dr Q. _____ avait adressée le 11 juillet 2013 à l'intimé et que le Tribunal de céans prendra donc en compte lors de l'examen de la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de « réexamen » formulée en décembre 2012.

3.3 Dans

son mémoire du 20 mai 2014, le recourant renvoie à l'écriture précitée du Dr Q. _____ du 11 juillet 2013. Il souffrirait d'une hypersthésie douloureuse invalidante. Cette affection, associée « aux éléments propres à [sa] personnalité [...] mentionnés notamment à la page 18 de l'expertise de la Policlinique V. _____ » aurait dû amener l'intimé à considérer que sa capacité de travail est diminuée et à entrer en matière sur la demande de révision. De plus, dans son courrier du 8 décembre 2012, le Dr Q. _____ avait retenu que le recourant avait développé des troubles neurologiques sensitifs au niveau des deux jambes sous forme de paresthésie et hypoesthésie en chaussette, des troubles circulatoires et surtout une hyperesthésie douloureuse marquée. L'électroneuromyogramme (ENMG) réalisé le 6 mars 2012 avait confirmé l'atteinte neuropathique périphérique myélinique. 3.4 Dans le rapport d'expertise de la Policlinique V. _____ du 16 mai 2012, les experts avaient reconnu une – certes discrète – atteinte poly-neuropathique axonale des membres inférieurs. Les experts avaient toutefois conclu que cette atteinte ne causait pas une incapacité de travail significative dans l'activité professionnelle du recourant dans l'agriculture. Dans cette mesure, ils avaient notamment aussi relevé la sensation de froid décrite par le recourant (cf. p. 8 du rapport d'expertise et courrier du Dr R. _____ du 17 janvier 2012). Le Dr Q. _____ est d'un autre avis que les experts de la Policlinique V. _____. Selon lui, lesdits troubles sont invalidants, du moins en tant qu'agriculteur avec des activités qui se déroulent en majorité à l'air libre. En définitive, il s'agit toutefois de la part du Dr Q. _____ d'une autre appréciation d'un même état de fait. Ce médecin n'a pas exposé, ni démontré, que l'état de santé du recourant s'était aggravé, voire que son invalidité avait augmenté de manière notable depuis la dernière expertise, respectivement depuis la décision de l'OAI du 17 juillet 2012. Au contraire, il ressort de ses écritures des 8 décembre 2012 et 11 juillet 2013 que ses allégations concernent déjà la période avant que le rapport d'expertise et la décision du 17 juillet 2012 aient été rendus. Ainsi, le Dr Q. _____ déclare dans son courrier du 8 décembre 2012 que l'ENMG réalisé le 6 mars 2012 confirmait l'atteinte neuropathique périphérique myélinique. Non seulement cet examen est antérieur au rapport d'expertise, mais celui-ci avait également retenu l'ENMG du 6 mars 2012 (cf. p. 7 de l'expertise). De plus, dans son courrier du 11 juillet 2013, le Dr Q. _____ a lui-même affirmé que les troubles qu'il faisait valoir pour le réexamen existaient déjà immédiatement après le traitement chirurgical, suivi du retrait du clou en 2007/2008, donc bien avant la première décision de refus de rente de juillet 2012, en indiquant que « Depuis lors, il continue de souffrir des troubles neurologiques susmentionnés qui constituent un frein à la poursuite de son activité professionnelle ». Dans cette mesure, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification de l'invalidité de manière à influencer ses droits au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. Dès lors, en application de cette disposition, il n'est à juste titre pas entré en matière sur la demande de « réexamen » du 8 décembre 2012, complétée par l'écriture du Dr Q. _____ du 11 juillet 2013. 3.5 En ce qui concerne l'expertise psychiatrique que la Justice de paix avait mise en oeuvre en 2009, le rapport rédigé à cette occasion avait déjà été versé au dossier de l'intimé à l'occasion de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité. La Policlinique V. _____ avait tenu compte de cet élément lors de sa propre expertise en 2012. Ce rapport de 2009, produit une nouvelle fois par le curateur en janvier 2014, n'est donc pas nouveau pour la procédure en assurance-invalidité et ne peut donc justifier une procédure de révision. 4. Faute de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant, une révision en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA est également exclue. Certes, sur la base de cette disposition

peuvent être invoqués des faits « nouveaux » qui existaient déjà lors de la première décision de refus, en l'occurrence celle du 17 juillet 2012, mais qui n'étaient pas encore connus ou ne pouvaient pas encore être prouvés malgré toute la diligence du requérant. Cependant, une appréciation divergente par un médecin, en l'espèce par le Dr Q. _____, d'un même était de fait que celui qui a été apprécié par les experts de la Policlinique V. _____, le SMR et l'OAI, ne permet pas une révision selon la disposition précitée (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 3). 5. Le recourant ne peut pas non plus invoquer une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Cette disposition permet à l'assureur de revenir sur les décisions formellement passées en force, lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Une telle reconsidération ne peut toutefois être imposée par la voie judiciaire (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; ATF 106 V 78 consid. 2). De plus, vu le rapport d'expertise de la Policlinique V. _____ du 16 mai 2012 – documenté, circonstancié et bien motivé, qui retient une capacité de travail entière –, la décision de l'intimé du 17 juillet 2012, qui se fonde sur cette expertise, n'apparaît pas manifestement erronée. Le recourant et le Dr Q. _____ n'ont d'ailleurs même pas démontré que l'expertise de la Policlinique V. _____ ou la décision de l'intimé aurait ignoré des éléments qui sont objectivement vérifiables et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts de la Policlinique V. _____ (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; TF 9C_314/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2). 6. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté dans la mesure où il est recevable, la décision de non-entrée en matière de l'intimé du 23 août 2013 étant confirmée.

7. 7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours est soumise à des frais judiciaires selon l'art. 69 al. 1bis LAI. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés en l'espèce à 400 fr., que le recourant a déjà versés, et sont mis à sa charge, vu qu'il succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Pour cette même raison, le recourant n'a pas droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA). 7.2 Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Pierre Bloch, avec effet au 26 février 2014 (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations faisant état d'un temps consacré à la défense des intérêts du recourant de six heures et trente minutes et de 50 fr. de débours globaux. Après examen, le temps passé à la réalisation des opérations listées paraît adéquat. Le tarif horaire applicable est de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Le conseil d'office fait aussi valoir 120 fr. de frais de vacation au greffe du Tribunal de céans pour consultation du dossier. Ce montant ne peut être retenu, puisque, sur demande, le Tribunal transmet gratuitement le dossier pour consultation aux études des avocats suisses. Dans cette mesure, ne seront pris en considération que 13 fr. supplémentaires de frais de renvoi du dossier au Tribunal (PostPac Priority jusqu'à 5 kg avec signature). Ainsi, l'indemnité d'office de Me Bloch doit être fixée au montant de 1'331 fr. 64 ([6,5 h x 180 fr.] + 63 fr. [débours] + 98 fr. 64 [TVA à 8%]), arrondi à 1'332 francs. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable. II. La décision

de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 23 août 2013 est confirmée.

III. Les frais judiciaires de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.

IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Pierre Bloch, conseil du recourant, est arrêtée à 1'332 fr. (mille trois cent trente-deux francs).

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :
La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Pierre Bloch, avocat (pour P. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, 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). La greffière :

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