

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM Métral et Merz, juges
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, 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. Le 15 septembre 1998, I._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), alléguant souffrir de douleurs à la colonne vertébrale et à l'estomac, ainsi que d'un mauvais moral, d'angoisse et de nervosité à la suite d'un accident du travail survenu au mois d'août 1997. Lors de l'instruction subséquente, les documents médicaux suivants ont en particulier été produits :

- un rapport rendu le 14 juin 1998 par le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a notamment mentionné qu'un traitement de Fluctine (réd. : antidépresseur) avait été introduit en faveur de l'assuré;
- un rapport médical du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, du 13 octobre 1998, qui a diagnostiqué un état dépressif et anxieux grave;
- un rapport du Dr R._____, spécialiste en cardiologie, du 2 décembre 1998, qui préconisait en particulier la poursuite du traitement anxiolytique;
- un résumé d'investigation établi le 9 mars 1999 par le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale au centre de consultation psychiatrique et psychothérapeutique, qui a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptomatologie psychotique (F32.3), de syndrome douloureux somatoforme persistant, de personnalité paranoïaque et de difficultés liées à l'emploi et aux conditions économiques.

Par décision du 12 avril 1999, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, retenant une pleine capacité dans l'activité habituelle. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 24 août 2007, l'assuré - alors assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de [...] - a été victime d'un accident de la circulation routière. Par décision du 17 avril 2008, l'assurance-accidents a mis fin à ses prestations avec effet au 31 décembre 2008, se fondant notamment sur un rapport d'expertise rendu le 17 mars 2008 par le Dr Q._____, spécialiste en neurologie. Ce dernier s'est principalement concentré sur les atteintes somatiques à la santé de l'assuré, relevant cependant que "des suites de l'événement, l'assuré (avait) probablement présenté un état de stress post-traumatique, mais (qu')actuellement cet aspect du tableau ne (semblait) plus réellement présent". Dans le cadre de la procédure d'opposition contre cette décision, le Dr L._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) a rendu un rapport d'expertise le 18 octobre 2008. Relevant dans les plaintes subjectives que l'assuré estimait être "absolument normal" et n'avoir "pas perdu la tête..., (n'être) pas fou..., (n'être) pas dépressif..., (être) seulement mal et (être) stressé", l'expert psychiatre s'est en particulier prononcé comme suit :

"(...) **VII. Discussion :**
(...)

Par contre, au tout premier plan de ses expressions personnelles, se trouve la notion de l'ampleur de l'accident, des conséquences potentielles qu'il aurait pu avoir (essence qui s'enflamme, paralysie de lui voir (sic) mort, etc.). L'expertisé a très activement argumenté ceci et il a fait un lien de causalité entre la gravité de l'accident et l'ampleur de sa souffrance cervicale-corporelle. Cette dernière est quasi « à la hauteur », insupportable, permanente, peu influençable par des mesures thérapeutiques. De plus, il existe pour lui une sorte d'évidence qu'il était en parfaite santé auparavant et que sa souffrance physique ne peut être autrement attribuable qu'à l'accident. Visiblement, la notion d'une pathologie dégénérative sous-jacente, non symptomatique jusqu'alors, révélée (sic) par l'accident (hypothèse du docteur J. Roussel), n'a été ni transmise ni comprise par l'assuré.

On trouve donc du côté somatique une situation complètement bloquée avec une très forte tendance revendicatrice et une colère à peine dissimulée contre le cours des choses (en général et en ce qui concerne les traitements médicaux).

De plus, nos observations cliniques montrent la présence d'un cercle vicieux qui renforce la problématique, ceci dans le sens suivant : perception d'une douleurs (sic) - crispation musculaire par réflexe - augmentation de la douleur - perception de la douleur au niveau mental et psychique - crispation - augmentation de la douleur etc. Il ne s'agit pas d'un circuit auto induit ou auto entraînée (sic) par volonté, mais à la fois d'un processus physiologique, en étroit lien avec le système neurovégétatif autonome, à la fois conditionné par l'approche globale de l'assuré d'être convaincu qu'un mal lui a été fait. Comme il y a des éléments de la réalité clairement présente, il ne s'agit ni d'un processus délirant, ni d'une simple majoration de symptômes. C'est bien la dynamique du processus décrit, double, neurovégétatif et issu de la personnalité et de la revendication, qui entretient voir (sic) et aggrave la symptomatologie. La problématique asséculo-logique, la non-reconnaissance, l'incertitude par rapport au futur et la situation financière donne ici le reste ; la situation paraît extrêmement bloquée.

Il existe au stade actuel deux pôles médicaux : d'un côté les appréciations neurologiques (multiples) et qui soulignent le côté bénin relatif de l'affection, de l'autre le médecin traitant qui perçoit et défend la partie subjective de l'assuré. Il s'agit d'un ensemble qui est entremêlé sans même d'ébauches d'apaisement actuel.

Dans ce contexte, la participation psychiatrique est mineure. Nous avons vu un homme qui ne présente ni une pathologie dépressif (sic) véritable, ni une anxieuse, ni aucune autre. Nous avons décrit une personne très agitée, nerveuse, tendue, logorrhéique, sans écoute, surtout extrêmement remontée contre (au fond) le destin qui lui arrive. L'énergie colérique se cible certes sur le conducteur fautif, les médecins examinateurs et aussi l'assurance, mais elle vise sur le fond le fait même d'être accidenté et de devoir subir les conséquences. Jusqu'à aujourd'hui, l'assuré n'a pas accepté ce destin « malchanceux » et il n'est pas prêt à faire le deuil là-dessus. Ceci maintient voir (sic) aggrave le cercle vicieux décrit.

Comme mentionné auparavant, nous avons exclu un trouble du stress post-traumatique, ceci serait d'ailleurs après plus d'une année peu vraisemblable. Par ailleurs, l'assuré a repris (prudemment) la conduite de voiture ; il existe ni ici ni ailleurs une inhibition anxieuse majeure.

Il n'existe autrement aucun indice pour la présence d'un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme ; l'assuré a fonctionné dans sa jeunesse et à l'âge adulte dans de multiples domaines correctement et à satisfaction. Il est peut-être depuis un certain temps (déjà avant l'accident) dans une vulnérabilité de vie légèrement augmentée, c'est-à-dire dans un statut après deuxième divorce, un fils qui a pris de l'indépendance et sans autres relations affectives assurées.

Force est de constater qu'il n'existe aucune pathologie psychiatrique indépendante voir (sic) sévère. Ceci correspond d'ailleurs à l'auto appréciation de l'assuré qui ne se considère nullement comme malade psychiatriquement. La présence et l'acceptation d'un antidépresseur ne contredit pas cette vision des choses ; comme dans beaucoup d'autres situations, ce type de substance peut avoir un effet équilibrant, voir (sic) partiellement antalgique.

L'autre élément qui nous a frappé lors de la présentation clinique était celle **d'un état tentionnel** (sic) **très important**. Nous pensons qu'ici, d'un point de vue purement médico-théorique (en faisant abstraction de toutes les résistances que l'on peut imaginer chez lui) une approche psychocorporelle de détente, de relaxation ou autre serait indiqué et bénéfique.

VII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons pour l'assuré en question uniquement la notion psychiatrique de :

- **Facteurs psychologiques ou comportementaux, associé à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F. 54 CIM-10).**

On signale dans ce terme diagnostique une souffrance qui existe en parallèle à des problèmes somatiques mais sans pour autant remplir les critères d'un diagnostic psychiatrique véritable. Ceci fait également dans le diagnostic différentiel contraste à la notion d'une simple « majoration » de symptômes pour des raisons psychologiques et sociales (F 68.0).

Ce terme est en même temps strictement subordonné à ce qui a été déterminé sur le plan physique ; nous n'avons ici aucune raison de nous écarter des conclusions des confrères.

(...)"

L'assurance-accidents a confirmé la cessation de ses prestations au 31 décembre 2008 par décision sur opposition du 8 janvier 2009, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 6 décembre 2010 (AA 20/09), puis par arrêt du Tribunal fédéral du 21 septembre 2011 (TF 8C_135/2011).

C. Le 23 mai 2008, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI. Cette nouvelle instruction a porté sur diverses affections somatiques et psychiques, les secondes étant documentées au moyen des pièces suivantes :

- un rapport établi le 21 janvier 2008 par le Dr X._____, chef de clinique au Centre d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du [...], qui a relevé une suspicion de PTSD (réd. : "*Posttraumtaic syndrom disorder*"; trouble de stress post-traumatique), "vu comme le traumatisme a été vécu";

- un rapport de la Dresse N._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) du 12 mars 2008, comprenant les diagnostic et discussion suivants :

"(...) **Diagnostic signe 10 :**

- Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive

Discussion : I._____ est donc un patient de 47 ans qui souffre de douleurs cervicales depuis fin 2007. L'approche psychologique de ce patient reste néanmoins difficile, il semble fermé à aborder toute souffrance psychologique. Il est donc difficile d'exclure totalement la présence d'un PTSD à l'anamnèse mais à priori, nous n'avons pas suffisamment de critères pour retenir ce trouble. Par contre, la baisse régulière du moral et l'inquiétude qui transparait ces dernières semaines, peuvent justifier l'introduction d'un anti-dépresseur de type SNRO telle la Venlafaxine en commençant par un dosage de 37,5mg/jour à augmenter régulièrement jusqu'à obtenir un bon effet sur le status psychologique.

Pour I._____, le monde du travail a été très investi narcissiquement et la perte de son travail demeure un deuil encore inabordable. Cependant, il est fort à craindre que cette perte se répercute également sur la perception douloureuse. La gloire, même éphémère, de son fils, surgissant au même moment que sa propre incapacité, est certainement venue renforcer la blessure et le sentiment de perte. Il n'y a pas d'indication pour l'heure à effectuer un suivi psychiatrique, I._____ est de toute façon trop réticent à cette approche mais je lui ai laissé mes coordonnées et il peut me rappeler à tout moment si son état se péjore ou s'il souhaite recevoir un soutien de ce type.

- un rapport établi le 9 juillet 2008 par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, qui a retenu - en sus d'affections physiques - le diagnostic d'état anxieux avec état dépressif, sans exclure un syndrome de stress post-traumatique de forme atténuée, précisant que l'assuré étant notamment sous traitement d'Exefor (réd. : antidépresseur), ainsi que ce qui suit :

"(...) (Réd. : L'assuré) présente un tableau de cervico-dorso-lombalgies avec une réaction anxieuse et des troubles thymiques s'associant à des difficultés psychosociales consécutives, en particulier au niveau asséculoologique et financier. (...)"

Par décision du 26 mai 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotations rapides, pas d'attitude soutenue de la tête en extension, pas d'exposition aux vibrations, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg). Le recourant ayant contesté la méthode de calcul appliquée par l'OAI, cette décision a été confirmée par arrêt de la Cour de céans du 16 août 2011 (AI 244/10), puis par arrêt du Tribunal fédéral du 21 octobre 2011 (TF 8C_705/2011).

D. Le 10 avril 2013, l'assuré - représenté par l'avocat David Métille - a déposé une demande de révision de la rente d'invalidité. Il a exposé qu'à la suite d'un nouvel accident de voiture survenu le 29 juillet 2012 en Italie, il avait ressenti d'importantes douleurs au niveau de la colonne cervicale. Il a en outre consulté un psychiatre qui a diagnostiqué le 25 mars 2013 une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, entraînant une incapacité de travail de 100%. A l'appui de sa demande, l'assuré a produit les documents suivants :

- un certificat médical établi en Italie le 2 août 2012 faisant état de cervicalgies et de lombalgies post-traumatiques ("*cervicalgie e lombalgie post-traumatiche*");
- un rapport rendu le 25 mars 2013 par les Drs F._____ et B._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), médecins au Centre de psychiatrie et psychothérapie [...], libellé comme suit :

"(...) 1. Les diagnostics retenus par vos soins :

- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (CIM-10 : F62.0)
- Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique (CIM-10 : F32.2)

2. L'influence de ce diagnostic par rapport à la capacité de travail de I._____ dans une activité adaptée.

Les diagnostics retenus entraînent chez I._____ une incapacité de travail de 100%.

3. Est-ce que le patient présente d'importantes difficultés à assumer son quotidien et dans ce cas, comment de telles difficultés se présentent de manière concrète ?

La modification durable de la personnalité et l'épisode dépressif sévère influencent de manière restrictive sur la capacité du patient à assumer son quotidien.

En effet, L'épisode dépressif objectivé chez I. _____ se manifeste par une humeur abaissée, un état de fatigue constante, un manque d'énergie vitale, des capacités de concentration et d'organisation diminuées et un important manque de motivation ainsi que des sentiments de perte d'espoir.

En outre, en rapport à la modification des traits de caractère de sa personnalité, I. _____ présente une attitude permanente d'hostilité et de méfiance, un retrait social, et un état d'hypervigilance. Les troubles mentionnés ci-dessus évoluent de manière chronique depuis plus de deux ans et interfèrent sur le fonctionnement personnel du patient en diminuant de façon significative sa capacité d'assumer les tâches de la vie quotidienne, ce qui est à l'origine d'une détresse importante avec des répercussions défavorables sur ses capacités de maintenir des relations stables ni de s'adapter à tout environnement stressant.

Au vu de ce qui précède, la question d'une hospitalisation de I. _____ en milieu psychiatrique pourrait être indiquée ces prochains jours dans un but de mise à l'abri d'un risque auto ou hétéro agressif.

Rappelons que depuis que I. _____ a été victime d'un accident de la route en août 2007 puis à nouveau en juillet 2012 (percuté par l'arrière). Dans ces contextes, il a développé un état de stress post traumatique puis une évolution péjorative vers un trouble de la personnalité et un tableau dépressif sévère résistant au traitement, compliquant son état psychologique. Compte tenu de la durée des symptômes. De la faible réponse au traitement médicamenteux et de la sévérité du tableau clinique, le pronostic quant à sa capacité de travail ultérieure est réservé.

(...)"

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est prononcé par un avis médical de la Dresse Z. _____ du 2 septembre 2013 qui, se référant à l'absence d'indication d'un suivi psychiatrique mentionnée par la Dresse N. _____ et à l'absence d'atteinte psychiatrique rapportée par le Dr L. _____, a relevé que le problème principal de l'assuré était actuellement d'ordre asséculoologique et financier, mais qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau du ressort de l'assurance-invalidité.

Le 13 septembre 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision de refus d'entrée en matière sur sa demande de prestations, motivé comme suit :

"(...) Votre précédente demande de prestations avait été rejetée par décision 26.10.2013. Cette décision est passée en force suite aux arrêts des Tribunaux cantonal et fédéral qui ont rejeté vos recours. Un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer votre droit aux prestations.

Avec votre nouvelle demande, vous n'avez pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agit uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Pour cette raison, nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre nouvelle demande.
(...)"

L'assuré a fait part le 15 janvier 2014 de ses objections, concluant avec suite de dépens à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100% dès le 1^{er} octobre 2013, subsidiairement à un complément d'instruction, si nécessaire par la mise sur pied d'une expertise psychiatrique et rhumatologique. Il a pour l'essentiel fait valoir que l'OAI avait retenu, dans sa décision du 26 mai 2010, qu'il n'était pas sujet à des atteintes psychiques particulières malgré de probables symptômes de stress post-traumatique, mais qu'il avait dans l'intervalle souffert d'un état dépressif grave. Il s'est par ailleurs prévalu "d'autres pathologies en sus de celles invoquées lors de la dernière demande". A l'appui de ces objections, l'assuré a produit le rapport des Drs F._____ et B._____ du 25 mars 2013 ainsi qu'un nouveau rapport du 2 décembre 2013, avec la teneur suivante :

"(...) **1. Constatations et diagnostic actuel**

I._____ a bénéficié de décembre 2012 à avril 2013 d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré dans le cadre d'un épisode dépressif sévère, prise en charge relayée par son médecin généraliste, néanmoins nous avons du (sic) revoir le patient au mois d'octobre dernier en raison d'une évolution défavorable de ses troubles psychiques malgré une réadaptation de son traitement médicamenteux.

Ainsi, il continue de présenter un abaissement de l'humeur, une irritabilité, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour ses activités, une augmentation de la fatigabilité et une altération de la capacité

de concentration et de l'attention- En outre il a des idées de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil agité. Une diminution de l'appétit et des idées que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Ces symptômes nous permettent de maintenir chez notre patient le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes.

Le contenu des pensées du patient se focalise sur des souvenirs des deux accidents de la route dont il a été victime et de sentiments d'injustice, ayant l'impression d'avoir tout perdu sans obtenir de réparation satisfaisante à ses yeux. Ces souvenirs intrusifs laissent peu de place à toute autre pensée et le patient revient sans cesse à ce sujet. Cet état entraîne chez lui une importante anxiété, une irritabilité et des accès de colère avec une méfiance altérant ses relations avec son entourage, des souvenirs répétitifs de ses accidents avec des cauchemars autour ces événements nous permettant de retenir le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 : F 43.1).

Les aspects financiers et le conflit avec les assurances sont également une préoccupation qui peut prendre beaucoup de place dans sa pensée. Il ne s'agit pas d'une sinistrose ou d'un trouble somatoforme, mais d'une façon de canaliser sa colère et un trait de caractère paranoïaque de type sensitif, ce qui constitue un obstacle important au suivi psychiatrique.

2. L'influence de ce diagnostic par rapport à la capacité de travail de I. _____ dans une activité adaptée.

L'état de santé psychique actuel de I. _____ ne lui permet pas d'envisager une activité professionnelle lucrative même adaptée.

3. Quel est le traitement médical qui a été prescrit au patient sur un plan psychiatrique ?

Le patient a initialement bénéficié à notre centre d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré incluant la prise d'un traitement médicamenteux notamment d'antidépresseurs associé à un suivi de soutien psychothérapeutique. Cette thérapie est actuellement relayée chez le médecin généraliste du patient avec des échanges ponctuels afin de leur proposer de nouvelles adaptations de la médication.

4. A combien s'élève le nombre de consultations sur un plan psychiatrique depuis le début de l'année.

De décembre 2012 à avril 2013, le patient a été vu à notre centre à une fréquence bi-mensuelle puis à deux reprises au mois d'octobre dernier avant de retourner chez son médecin traitant pour un suivi de soutien avec poursuite de l'administration d'un traitement médicamenteux de psychotropes adapté.

5. Quel est le suivi actuel sur un plan psychiatrique ?

Cf. réponse à la question 4.

6. Quelle est l'évolution probable de l'état de santé sur un plan psychiatrique ?

Les comorbidités (sic) psychiatriques présentés par I. _____ et leur chronicité ainsi que leur résistances aux mesures thérapeutiques instaurées laissent présager une évolution défavorable tant sur le plan de la reprise d'une capacité de travail ni sur le plan d'une amélioration de ses capacités adaptatives d'autonomie dans la société.
(...)"

Le SMR a pris position par un avis médical rendu le 18 février 2014 par le Dr V. _____, qui a relevé que les éléments apportés par l'assuré ne laissent apparaître aucune variation objective du tableau clinique dans le sens d'une aggravation depuis l'expertise du Dr L. _____ du 18 octobre 2008, aucun certificat médical ne confirmant par ailleurs les aggravations somatiques invoquées par l'assuré le 15 janvier 2014.

Par décision du 8 mai 2014, envoyée le lendemain par courrier "B" pour notification, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, reprenant intégralement les motifs de son projet du 13 septembre 2013. Dans le courrier accompagnant cette décision, il s'est en outre référé aux arguments du Dr V. _____, indiquant encore, en substance, qu'en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, les constatations émanant des médecins consultés par l'assuré devaient être admises avec réserve en raison de leur tendance à se prononcer en faveur de leurs patients.

E. Par acte du 12 juin 2014, I. _____ a interjeté recours contre cette décision - qu'il allègue avoir reçue le 14 mai 2014 pour notification -, reprenant ses conclusions du 15 janvier 2014 et requérant en outre l'octroi de l'assistance judiciaire. Contestant que les rapports des Drs F. _____ et B. _____ doivent être écartés, il a fait valoir que son état de santé psychique s'était aggravé à plusieurs égards (symptômes d'un épisode dépressif sévère; état de stress post-traumatique à la suite de deux accidents; incapacité d'envisager une activité lucrative adaptée en raison de ses troubles psychiques), postérieurement à la demande initiale. Il a soutenu que cette aggravation résultait précisément des contradictions

entre les constatations de l'expert L. _____ du 18 décembre 2008 et celle des Drs F. _____ et B. _____.

Par décision du 14 juin 2014 (AJ 14.023873), le Juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, désignant Me Métille en qualité de conseil d'office.

Répondant le 14 juillet 2014, l'intimé a proposé le rejet du recours. Invoquant divers rapports produits au cours des précédentes procédures d'instruction, il a fait valoir que la problématique d'un stress post-traumatique avait déjà été abordée (rapport du Dr X. _____ du 21 janvier 2008; rapport de l'expert Q. _____ du 17 mars 2008; rapport du Dr K. _____ du 9 juillet 2008) mais n'avait pas été retenue par l'expert L. _____ le 18 octobre 2008. S'agissant de l'accident du 29 juillet 2012, il a soutenu que celui-ci était manifestement de peu de gravité, seule une brève consultation ayant eu lieu quatre jours après l'événement, sans que les douleurs constatées fassent l'objet d'un suivi. Selon l'intimé, le fait que les Drs F. _____ et B. _____ se soient également référés à l'accident du 24 août 2007 plaiderait également dans ce sens. Il a soutenu qu'un état dépressif sévère avait également été relevé par le Dr K. _____ le 9 juillet 2008, sans être retenu par l'expert L. _____ le 18 octobre 2008. Il a enfin relevé que les rapports psychiatriques montraient le recourant comme figé dans la frustration, la colère et l'anxiété, nourries par un sentiment d'injustice, sans que cela soit non plus nouveau au vu des constatations de l'expert L. _____.

Dans sa duplique du 25 août 2014, le recourant a maintenu ses arguments, relevant au surplus que la gravité de l'accident du 29 juillet 2012 n'était pas déterminante pour exclure une modification subséquente de son état de santé.

L'intimé a répliqué le 16 septembre 2014, indiquant ne pas s'être concentré principalement sur le fait que les Drs F. _____ et B. _____ soient les médecins-traitants du recourant, mais sur le fait que le tableau clinique qu'ils avaient dressé était objectivement superposable

à celui de l'expert L._____. Il a par ailleurs souligné que ces praticiens avaient retenu le 25 mars 2013 une évolution chronique depuis deux ans, alors qu'ils n'avaient suivi le recourant que depuis le mois de décembre 2012. Le suivi n'ayant par ailleurs été régulier que jusqu'au mois d'avril 2013 avant de devenir sporadique, il a estimé que l'évolution en question n'était pas irrémédiablement négative mais consistait davantage en des variations. Selon lui il n'est ainsi pas vraisemblable que l'accident du 29 juillet 2012 ait aggravé la problématique du recourant.

Le 13 octobre 2014, le recourant a indiqué ne pas avoir d'éléments supplémentaires à faire valoir, renvoyant à ses précédentes écritures. Le 5 mars 2015, il a notamment produit un rapport établi le 24 novembre 2014 par son médecin traitant le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, rédigé comme suit :

"(...) En effet, la cervicalgie traumatique suite à l'accident du 29.07.14 continue à déployer des effets à l'heure actuelle sur un terrain déjà invalidant. A rappeler que I._____ souffre toujours d'un canal cervical étroit au niveau de C5-C6 et a eu un autre accident en 2007 qui a atteint toute la colonne vertébrale. Ces deux derniers diagnostics rendent la situation algique plus compliquée. Une amélioration à moyen terme, voire long terme, me semble très difficile à atteindre. D'autant plus, suite à l'augmentation des douleurs dans la région lombaire, j'ai effectué au courant du mois de novembre 2014 chez mon patient une résonnance (sic) magnétique montrant une protrusion discale L4-L5 et une hernie discale L5-S1. Evidemment, avec ce nouveau diagnostic, l'algie chez I._____ est difficilement contrôlable malgré un traitement lourd qui, par ailleurs, n'est pas exempté des effets secondaires sur le plan cardiovasculaire et rénal. D'ailleurs, j'ai envoyé un courrier à l'AI pour l'informer de la péjoration de son état de santé. Vous recevrez une copie de cette lettre.

Dans ce contexte, I._____ développe un état anxio-dépressif qui nécessite une prise en charge par le centre [...].

En ce qui concerne les frais de traitement postérieurs à fin novembre 2012, je ne pourrai pas vous répondre de façon précise car I._____ a eu un accident en 2007 touchant toute la colonne vertébrale et est connu pour un canal cervical étroit de longue date. Avec l'accident en question, les problèmes algiques, déjà bien présents auparavant, deviennent plus lourds pour le patient. S'il n'y avait pas eu les 2 premiers évènements, probablement, on arriverait à mieux gérer les problèmes algiques de I._____.

J'espère que ces quelques lignes vous seront utiles dans la défense des intérêts de mon patient. Il est vraiment dans l'incapacité de travailler, même, dans un milieu protégé.

(...)"

Le 5 mars 2015, Me Métille a également produit une liste de ses opérations, alléguant un temps de travail total de dix-huit heures (dix heures et quarante-cinq minutes ayant été effectuées par une stagiaire) ainsi que des frais, charges et crédit par 15 francs.

Le 9 avril 2015, le recourant a encore produit un rapport des Drs F. _____ et B. _____ du 25 mars 2015, avec la teneur suivante :

"(...) 1. Quelle a été l'évolution de ses troubles psychiques depuis votre dernière consultation ?

I. _____ nous est adressé à nouveau en janvier 2015 par son médecin traitant pour évaluation du traitement médicamenteux et de l'évolution du trouble psychique.

Les troubles psychiques connaissent une évolution défavorable. Le patient présente toujours une humeur basse, une importante irritabilité, un manque d'intérêt et de plaisir pour les activités auparavant plaisantes, une importante fatigabilité, une altération de la capacité de concentration et d'attention, des idées de dévalorisation, une attitude pessimiste face à l'avenir, un sommeil agité, une diminution de l'appétit et le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Les souvenirs des deux accidents de la route dont il a été victime continue (sic) à s'imposer à lui de façon intrusive et sont source d'une importante anxiété, pouvant par moment causer des palpitations, une oppression thoracique.

2. Les diagnostics précédemment posés sont-ils toujours présents ?

Oui, nous retenons toujours le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 : F43.1).

3. Etes-vous en mesure de confirmer le maintien d'une totale incapacité de travail ?

Le patient a actuellement une capacité de travail nulle.

4. A quelles conditions le patient serait-il en mesure d'intégrer à nouveau le marché du travail ?

Afin que le patient puisse intégrer à nouveau le marché du travail, il serait nécessaire que l'évaluation du tableau clinique soit favorable. Hors, l'évolution est défavorable, la souffrance psychique très importante et incompatible avec une activité lucrative, et ceci depuis décembre 2012, date à laquelle nous avons vu pour la première fois le patient

5. Quel est le traitement médical envisagé ?

Traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré dans notre Centre, sur la base d'un entretien mensuel. La souffrance à l'évocation des événements traumatiques est intense, l._____ ne peut tolérer des séances plus rapprochées.

6. Toute(s) autres remarque(s) utile(s) ?

Compte tenu de l'évolution du tableau clinique, du peu d'impact du traitement médicamenteux et psychiatrique, nous craignons une évolution défavorable tant sur le plan de la reprise d'une capacité de travail que de sa santé psychique, l'état de stress post-traumatique pouvant évoluer, en cas de séquelle chronique et irréversible de ce trouble, en modification durable de la personnalité.
(...)"

Se déterminant le 30 avril 2015, l'intimé a fait valoir que les rapports produits par le recourant étaient postérieurs au prononcé de la décision de refus d'entrer en matière litigieuse du 8 mai 2014, de sorte qu'ils n'entraient pas en considération pour le sort de la présente cause. Il en a toutefois déduit une aggravation plausible de l'état de santé du recourant postérieurement à la décision entreprise qui, en cas de confirmation de cette dernière, serait considérée comme une nouvelle demande de révision sur laquelle il serait entré en matière. Il s'est référé à cet égard à un avis médical du SMR rendu le 20 avril 2015 par le Dr V._____, dans lequel on peut lire ce qui suit :

"(...) Le courrier du Dr C._____ du 24 novembre 2014 (in TCA 11 mars 2015) annonce une « cervicalgie traumatique suite à l'accident du 29.07.2014 », il s'agit-là d'un fait nouveau pour lequel je vous remercie de nous fournir le rapport de police et l'hospitalisation et/ou le passage en service d'urgence vu l'ampleur des souffrances rapportées par le Dr C._____. De plus une IRM a été effectuée par le Dr C._____ en novembre 2014 du fait de l'augmentation des douleurs (depuis juillet 2014 ?). Il convient de nous soumettre cette imagerie médicale ainsi que les comptes rendus de consultations spécialisées réalisées depuis juillet 2014.

Remerciez le Dr C._____ de nous préciser les effets secondaires au traitement lourd (*cardio-vasculaire et rénal*) et de réaliser à ce sujet et à nos frais une consultation de pharmacologie auprès du service de pharmacologie par courriel (...) ou par téléphone (...) et de nous envoyer copie à réception.

Le courrier du Dr B._____ à l'avocat de l'assuré est daté du 25 mars 2015 commence par cette phrase (...) laissant entendre qu'il n'y avait plus de suivi fin 2014... Des troubles de l'attention sont apparus depuis le rapport de mars 2013 ainsi que des idées de dévalorisation ce qui aggrave le tableau de 2 critères/symptômes dépression de la CIM-10. Le PTSD est toujours évoqué. Une aggravation est donc aussi rendue plausible sur le plan psychiatrique depuis fin 2014 - janvier 2015.

Merci de demander au psychiatre de l'assuré de nous fournir les dates de consultations psychiatriques d'octobre 2014 à décembre 2014 et de réaliser à nos frais un monitoring plasmatique des médicaments psychotropes prescrits à la prochaine consultation de l'assurée (sic).

Ne pouvant écarter des séquelles de l'accident évoqués (sic) par le Dr C. _____ (29 juillet 2014), il convient d'informer le service du tiers responsable, la fiche R contenant habituellement les rapports de police nous sera précieuse pour apprécier le delta V, le Dr C. _____ évoquant un « coup du lapin » (accident de juillet 2012 en Italie) dans son courrier du 24 novembre 2014. Dans ce même courrier un signe de Lasègue est évoqué à 45° à droite ce qui va dans le sens d'un (sic) modification significative des dorsolombalgies.
(...)"

Le recourant a déposé ses "ultimes déterminations" le 21 mai 2015, relevant en substance que l'accident du 29 juillet 2014 par le Dr C. _____ dans son rapport du 20 avril 2015 correspondait en réalité à l'accident ayant eu lieu le 29 juillet 2012 en Italie, comme cela ressortait des autres pièces du dossier. Prenant acte du fait que le SMR s'était dit prêt à entrer en matière sur une aggravation de son état de santé dès la fin de l'année 2014, le recourant a soutenu que cette aggravation était survenue plus tôt, soit dès le 29 juillet 2012, les diagnostics de la Dresse F. _____ étant constants depuis le 25 mars 2013.

Par le même envoi, Me Métille a produit une liste d'opérations complémentaire - datée du 31 août 2015 - faisant état de deux heures et quarante minutes de travail - comprenant notamment vingt minutes pour l'examen d'une éventuelle détermination supplémentaire de l'intimé et la transmission de cette écrite au recourant - et 20 fr. 60 de frais, charges et crédit.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité

(art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

c) L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La décision litigieuse du 8 mai 2014 a été envoyée pour notification le lendemain par courrier "B". Le 9 mai 2014 étant un vendredi, on peut porter crédit au recourant lorsqu'il allègue n'avoir reçu cette décision que le 14 mai 2014, l'intimé ayant au demeurant fait valoir des arguments de fond dans la présente procédure, sans contester la recevabilité du recours. Le délai a dès lors couru à compter du 15 mai 2014 pour échoir le 14 juin 2014. Déposé à cette date, le recours - qui remplit les conditions légales de forme - est ainsi en principe recevable (cf. cependant *infra* consid. 2).

2. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question excédant l'objet de la contestation, sauf exceptions non réalisées en l'espèce (ATF 130 V 501 consid. 1.2; ATF 122 V 34 consid. 2a et réf. cit.).

b) Seul est en l'espèce litigieux le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations du recourant du 10 avril 2013, à l'exclusion de la question de l'étendue de son éventuel droit aux prestations. La conclusion principale du recourant tendant à l'octroi d'une rente est ainsi irrecevable (cf. également *infra* consid. 3/a).

3. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Ces exigences doivent 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; ATF 109 V 108 consid. 2a). 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

b) 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. 2 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'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (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. 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 précité consid. 2.3; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande,

l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et réf. cit.).

4. a) Les médecins consultés ont envisagé ou retenu un état dépressif ou anxieux grave (Dr P._____ le 13 octobre 1998 et Dr H._____ le 9 mars 1999, qui mentionne également une symptomatologie psychotique), un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive (Dresse N._____ le 12 mars 2008), un trouble de stress post-traumatique (rapports du Dr X._____ le 21 janvier 2008; expert neurologue Q._____ le 17 mars 2008), voire les deux affections (Dr K._____ le 9 juillet 2008). D'autres ont relevé que le recourant consommait des antidépresseurs (Dr S._____ le 14 juin 1998 et Dr R._____ le 2 décembre 1998). A aucun moment les critères spécifiques au diagnostic d'épisode dépressif sévère n'ont toutefois été mentionnés. L'intimé a nié le caractère invalidant des atteintes précitées dans ses décisions des 12 avril 1999 et 26 octobre 2010, la seconde étant fondée sur l'avis de l'expert psychiatre L._____ qui a exclu tout diagnostic psychiatrique dans son rapport du 18 octobre 2008.

Dans leurs rapports des 25 mars et 2 décembre 2013 - qui sont seuls pertinents, à l'exclusion de ceux produits postérieurement à la décision litigieuse du 8 mai 2014 -, les Drs F._____ et B._____ ont retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. Ces praticiens se sont fondés sur des éléments (hostilité et méfiance permanente; hypervigilance; retrait social) qui sont largement superposables aux constatations de l'expert psychiatre L._____. Cependant, si certains rapports médicaux existant au 26 mai 2010 mentionnent un état anxieux avec état dépressif (Dr K._____ le 5 juillet 2008), une baisse régulière du moral (Dr N._____ le 12 mars 2008) ou une souffrance (Dr L._____ le 18 octobre 2008), aucun des

médecins précités n'a préconisé de traitement psychothérapeutique, ni n'a relevé l'existence de critères spécifiques au diagnostic d'épisode dépressif sévère, ces critères étant potentiellement significatifs d'une aggravation. Or, dans leur premier rapport, les Drs F. _____ et B. _____ ont relevé une diminution des capacités de concentration et d'organisation du recourant. Dans le second, ils ont également fait état d'une altération de la capacité de concentration et de l'attention, ainsi que d'idées de dévalorisation.

Se prononçant le 20 avril 2015 sur le rapport Drs F. _____ F. _____ et B. _____ du 25 mars 2015, le SMR (par le Dr V. _____) a pertinemment relevé que ce rapport n'entraîne pas en considération dans le cadre de la présente cause, mais a admis une possible aggravation de l'état de santé psychique justifiant une entrée en matière. Il a en effet exposé qu'il y était fait mention de troubles de l'attention et d'un sentiment de dévalorisation, ces symptômes constituant une aggravation du tableau clinique du recourant. Si cette appréciation est convaincante, on constate toutefois que les Drs F. _____ et B. _____ avaient déjà fait état de ces deux critères dans leurs rapports des 25 mars et 2 décembre 2013 (cf. paragraphe précédent).

C'est ainsi à tort que l'intimé a nié la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé psychique du recourant dans sa décision du 8 mai 2014.

b) Cela ne signifie pas encore que le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité est avéré (cf. à cet égard *supra* consid. 2/b). Il appartenait en revanche à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de révision et d'instruire de façon circonstanciée la question d'une éventuelle atteinte invalidante à la santé.

C'est le lieu de préciser qu'une fois que l'OAI entre en matière, toutes les atteintes physiques et psychiques doivent être prises en considération, conformément à la maxime inquisitoire (art. 43 al. 1 LPG). Dans le cas d'espèce, une aggravation de l'état de santé somatique du

recourant a été alléguée par le Dr C. _____ dans son rapport du 24 novembre 2014. Tout porte à croire que ce praticien a commis une erreur de plume quant à la date de l'accident du 29 juillet 2012 (et non pas 2014) et que c'est bien à cet événement qu'il s'est référé, seul l'accident du 24 août 2007 étant en particulier mentionné parmi les antécédents du recourant. Quoi qu'il en soit, il appartiendra à l'intimé d'instruire également le volet somatique du dossier, dans la mesure où l'avis médical du SMR du 20 avril 2015 admet la survenance d'un fait nouveau à cet égard et préconise une instruction.

5. a) Il s'ensuit l'admission du recours – dans la mesure de sa recevabilité (cf. *supra* consid. 2/b) – et le renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du recourant du 10 avril 2013, instruisse la cause et rende une décision sur le droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-invalidité.

b) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. Le recourant obtenant gain de cause, il a par ailleurs droit à des dépens à la charge de l'intimé arrêtés, selon l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]), qui sont en l'espèce fixé à 2'000 fr., débours et TVA compris.

c) Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de défense du recourant, qui est au bénéfice de l'assistance judiciaire, il convient de fixer la rémunération d'office de son conseil d'office (art. 118 al. 1 let. a et c et art. 122 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Métille a en l'occurrence produit sa liste d'opérations et une liste complémentaire les 5 mars et 21 mai 2015. A l'exception de vingt minutes comptabilisées pour l'examen et la transmission d'une

future écriture de l'intimé, non requise auprès de ce dernier, les opérations recensées n'appellent pas de remarque particulière. Sous déduction de la rémunération correspondante (64 fr. 80), on admettra ainsi les montants allégués par Me Métille à concurrence d'un total de 2'857 fr. 45, débours et TVA inclus.

Cette indemnité étant couverte par les dépens (cf. point précédent) à hauteur de 2'000 fr., le solde de 857 fr. 45 est provisoirement supporté par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis, dans la mesure de sa recevabilité.

- II. La décision rendue le 8 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour entrée en matière, instruction et décision sur le droit de I. _____ aux prestations de l'assurance-invalidité.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens, TVA et débours compris.

V. Il est alloué à Me David Métille, conseil d'office de I._____, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 857 fr. 45 (huit cent cinquante-sept francs et quarante-cinq centimes), TVA et débours compris.

VI. I._____, est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me David Métille (pour I._____),
- 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).

Le greffier :