

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mme Dessaux et M. Merz, juges

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 53 al. 2 LPGA.

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant russe né le [...] 1974, arrivé en Suisse le 8 juin 2001 et au bénéfice d'une admission provisoire depuis le 11 juin 2003, a déposé le 18 juillet 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, invoquant une atteinte cérébrale et neurologique « *depuis bébé* » en lien avec un traumatisme crânien grave.

Le 20 décembre 2007, le Prof. Q._____, spécialiste en neurologie, a exposé que l'assuré souffrait d'épilepsie et que cette affection n'était pas stabilisée, malgré la prise combinée de plusieurs médicaments.

Dans un rapport du 7 janvier 2008, le Dr O._____, spécialiste en neurologie au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier M._____), a posé les diagnostics incapacitants d'encéphalopathie mixte et d'épilepsie. Il a indiqué que l'assuré, qui n'avait jamais travaillé, disposait d'une capacité de travail de 30% en atelier protégé à raison de deux heures par jour, avec une diminution de rendement de 50%. Le Dr O._____ a en outre produit copie d'un compte-rendu qu'il avait adressé le 22 novembre 2007 au Prof. Q._____. De ce document, il ressortait que l'assuré semblait toujours avoir eu des problèmes scolaires ainsi que des troubles du développement peu clairs et qu'il avait en outre été victime d'un important accident de la voie publique en 1978 [recte : 1987] suivi d'un coma d'une année, après quoi les troubles scolaires s'étaient aggravés et les crises d'épilepsie avaient effectivement commencé. Actuellement, l'intéressé signalait des crises sous forme d'interruption d'une activité, regard fixe, absence de réaction à l'appel durant 20 à 30 secondes et parfois chute soudaine avec perte de connaissance et mouvement tonico-cloniques. Cela étant, il était relevé que l'assuré montrait une participation adéquate, une belle écriture et une mémoire visuo-spatiale dans les normes, mais également un ralentissement, un apragmatisme et des troubles frontaux importants. S'agissant des

problèmes mnésiques, il était précisé que la maladie n'était pas dégénérative.

Par rapport du 12 août 2008, les Drs C. _____ et R. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont retenu que l'assuré présentait un retard congénital ensuite compliqué par un traumatisme crânio-cérébral en 1987 qui aurait provoqué un long coma, et qu'il souffrait en plus d'épilepsie. Ils ont estimé que la capacité de travail était inexistante, même dans une activité adaptée.

Le 8 décembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente, considérant que selon la législation helvétique seule applicable au cas d'espèce, l'intéressé ne remplissait ni les conditions générales d'assurance pour l'octroi d'une rente ordinaire, ni celles pour l'octroi d'une rente extraordinaire. Ainsi, l'office a observé, d'une part, que l'accident subi en 1987 avait aggravé les troubles présents dès la naissance et engendré une pleine incapacité de travail dans toute activité et que, s'agissant d'un cas d'invalidité survenu avant l'âge de dix-huit ans, la survenance de l'invalidité devait dès lors être fixée au 1^{er} avril 1992 (soit au premier jour du mois suivant les dix-huit ans de l'intéressé) ; or, lorsque l'assuré était arrivé en Suisse en juin 2001, il ne comptait pas une année de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité, raison pour laquelle les conditions générales d'assurances concernant la rente ordinaire n'étaient pas remplies. D'autre part, dans la mesure où l'intéressé était arrivé en Suisse à l'âge de 27 ans et bien après la survenance de l'invalidité, il ne satisfaisait pas non plus aux conditions générales d'assurances en matière de rente extraordinaire.

L'assuré a contesté ce projet par courrier du 3 janvier 2009.

Par décision du 2 février 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision susmentionné.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

B. Le 7 février 2011, l'assuré a sollicité le réexamen de son droit à la rente d'invalidité, faisant valoir qu'il séjournait en Suisse depuis dix ans sans interruption et fournissant les coordonnées de ses médecins traitants.

Par communication du 14 février 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, motif pris que les dix ans de résidence en Suisse devaient être accomplis au moment de la survenance de l'invalidité qui, comme exposé dans la décision du 2 février 2009, était fixée au 1^{er} avril 1992.

C. Le 28 avril 2011, l'assuré a introduit une nouvelle demande de prestations AI, motivée comme suit : « *paralysie partielle jusqu'à 6 ans d[ue] à naissance traumatique prématurée - après un an d'hospitalisation a pu commencer à marcher - a commencé à parler seulement à 7 ans - 12 épil[e]psie [-] 13 ans méningite et traumatisme accidentel - a des pertes de mémoire et ne peut pas se concentrer* ».

Le 9 juin 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Pour l'essentiel, l'office a expliqué qu'au vu de la décision de refus de prestations rendue le 2 février 2009, un nouvel examen ne pourrait être envisagé que pour autant que l'intéressé rende plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et était désormais susceptible de changer le droit aux prestations.

Aux termes d'un écrit du 5 juillet 2011, l'assuré a critiqué le projet précité.

Par décision du 23 août 2011, l'OAI a confirmé le projet en cause.

Le 19 septembre 2011, l'assuré a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans le cadre de cette

procédure judiciaire, les documents suivants ont, entre autres, été produits :

- une attestation médicale du 17 août 2010 émanant des Drs S._____ et V._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante à la Policlinique [...] (ci-après : la Policlinique K._____) de [...], dont il ressortait que le recourant souffrait d'une épilepsie grand mal, d'une encéphalopathie mixte, ainsi que de nombreuses comorbidités ;

- un rapport du 3 août 2009 consécutif à une consultation spécialisée de neurologie du comportement, aux termes duquel le Dr O._____ et la psychologue assistante P._____ exposaient ce qui suit :

"Diagnostic(s)

- Encéphalopathie mixte, développementale et post TCC avec épilepsie et déficit cognitif diffus

RAPPEL ANAMNESTIQUE : [...]

Le dernier examen neuropsychologique (22.08.2007) mettait en évidence un ralentissement et un apragmatisme qui participent de manière prédominante au tableau cognitif, ainsi que des troubles frontaux importants (catégorisation impossible, perte de jugement dans le placement des heures au test de la montre, etc).
[...]

EXAMEN DE NEUROLOGIE DU COMPORTEMENT

Plaintes *spontanée[s]* : sa mère [...] relève la présence d'oubli[s] important[s] toujours présent[s] (oubli à mesure). Pour chaque demande (tâche à effectuer, information à retenir, il faut répéter plusieurs fois la consigne et refaire la procédure. Elle décrit également une fatigue importante (besoin de beaucoup de sommeil : sieste pendant la journée) s'était aggravée [c]es dernières années.

Sur demande : le sommeil est bon, mais il est souvent réveillé par des céphalées et des décharges musculaires douloureuses. Sa mère constate toujours des difficultés attentionnelles qui sont plus marquées dans l'après-midi (en lien avec l'apparition d'une fatigue post-prandiale).
[...]

CONCLUSION

Cet examen neurocomportemental, réalisé chez un patient orienté et collaborant, met toujours en évidence des troubles mnésiques sévères dans l'étape du stockage de l'information (rappel différé), tant en modalité verbale que non-verbale (pas de réelle dissociation

entre mémoire verbale et non verbale). On constate toujours un apragmatisme, un fléchissement exécutif (par une impossibilité de catégorisation, un ralentissement, un manque d'initiation et des difficultés d'inhibition)."

- un rapport du 19 juillet 2011 émanant du Dr W._____, chef de clinique à la Polyclinique K._____, et de la Dresse V._____, énumérant comme suit les troubles de l'assuré :

- "1. Epilepsie de type grand mal avec épisodes de crises comitiales récidivants (environ toutes les 3-4 semaines)
2. Encéphalopathie d'origine mixte (développementale et post TCC), avec épilepsie et déficit cognitif diffus
3. Multiples naevi atypiques chez un patient de phototype II. Naevus dermique papillomateux sur la hanche G. Intertrigo interorteil bilatéral et onychomycose de l'hallux G. Hyperkératose plantaire
4. Gastrite chronique minime
5. Antécédent de douleurs thoraciques d'origine peu claire
6. Antécédent de lésions herpétiques du bas ventre récidivantes
7. Rhinoconjonctivite allergique probablement sur pollens et poussières. Urticaire (?) lors de consommation de chocolat ou d'oranges. Antécédent d'asthme dans l'enfance
8. Troubles de la réfraction

[...]

Ad 1 : suivi régulier par le Prof. Q._____. Le patient souffre de céphalées chroniques répondant bien au Dafalgan.

[...]"

- un rapport du 8 novembre 2011 du Prof. Q._____, mettant en évidence notamment les points suivants :

"Rappel anamnestique

Ce patient présente une épilepsie généralisée convulsive, malheureusement **réfractaire** sur une probable encéphalopathie d'origine mixte (retard de développement mental et post traumatisme crânien). Un scanner cérébral de contrôle fait en Suisse en 2001 révélait un kyste temporal gauche. En plus, ce patient présente, indépendamment des problèmes de langue française, un retard psychomoteur évident.

Au cours de nos différentes consultations neurologiques, le patient fait d'énormes progrès pour essayer de parler quelque peu le français, mais il persiste un déficit en modalité verbale et non verbale. Ce patient ne peut pas être autonome.

Il se plaint toujours de céphalées chroniques [...].

[...]

APPRECIATION GENERALE

Indépendamment que l'électroencéphalogramme de veille est parfaitement normal. Il n'en demeure pas moins que ce patient a un déficit neurologique et neurocognitif sévère, surtout compte tenu de l'épilepsie qui n'est malheureusement pas stabilisée, malgré quatre anti-épileptiques [...].

[...]

Concernant son avenir socio-économique, ce patient, compte tenu des troubles cognitifs sévères, son épilepsie réfractaire sévère et non stabilisée, on peut envisager dans le futur qu'il travaille dans un atelier protégé, avec des activités routinières et répétitives, peut-être au départ à mi-temps à cause de sa fatigabilité et du manque de concentration.

De ce fait, je pense qu'il est impérieux, non seulement sur le plan médical général, neurologique et humanitaire, que ce patient puisse rester en Suisse, bénéficiant d'un permis B et ensuite de pouvoir recevoir les contributions de l'Office AI comme soutien pour son invalidité qui est malheureusement sévère et définitive."

Statuant le 2 avril 2012 (CASSO AI 267/11 - 119/2012), la juridiction cantonale a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI du 23 août 2011. Elle a considéré en substance que les conditions générales d'assurances n'étaient pas davantage remplies désormais que lors de la décision du 2 février 2009, attendu qu'elles devaient l'être au moment de la survenance de l'invalidité - fixée au 1^{er} avril 1992 par l'OAI (cf. *ibid.* consid. 2). En outre, si la réalisation d'un nouveau cas d'assurance était certes réservée par la jurisprudence fédérale, on ne se trouvait en l'occurrence pas dans une telle hypothèse. D'une part, les affections décrites étaient identiques à celles existant au moment de l'arrivée du recourant en Suisse et ayant initialement causé l'invalidité. D'autre part, aucune modification législative n'était intervenue justifiant un traitement différent du cas du recourant (cf. *ibid.* consid. 3).

Par arrêt du 25 mai 2012 (TF 9C_350/2012), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours déposé par l'assuré à l'encontre du jugement cantonal susdit, considérant que le pourvoi ne satisfaisait pas aux exigences de forme posées par la loi.

D. Le 20 mai 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI visant à l'octroi d'une rente, eu égard à aux atteintes suivantes existant depuis sa naissance : « *paralysie partielle jusqu'à 6 ans*

due à naissance traumatique prématurée - après un an d'hospitalisation a pu marcher; a commencé à parler à 7 ans; 12 ans épilepsie; 13 ans méningite et traumatisme accidentel; a des pertes de mémoire et ne peut pas se concentrer (voir rapport Centre hospitalier M. _____ joint); maux de tête chronique[s] permanent[s]; le vertige ». Dans ce contexte, il a notamment produit deux documents médicaux, soit :

- un rapport du 21 décembre 2011 consécutif à un CT cérébral, aux termes duquel les Drs E. _____ et D. _____, respectivement médecin chef et médecin assistante au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier M. _____, exposaient ce qui suit :

"Indications

Retard mental, encéphalopathie mixte, développemental[e] et post traumatique. Epilepsie complexe généralisée avec de nombreuses crises. En 2001, kyste arachnoïdien temporo-polaire gauche avec effet de masse sur les vaisseaux sylvians, sans déviation de la ligne médiane.

Contrôle du kyste arachnoïdien.

[...]

Examen comparatif du 02.08.2001.

Au niveau temporal gauche, on retrouve le volumineux kyste arachnoïdien mesurant 4,2 x 5,4 x 2,5 cm, inchangé par rapport à l'examen comparatif, de même qu'un effet de masse sur les vaisseaux sylvians.

On retrouve également en regard du kyste arachnoïdien la surélévation de l'aile sphénoïdale.

Pas de déviation de la ligne médiane. Pas de rehaussement suspect."

- un rapport d'IRM cérébrale du 29 juin 2012, à teneur duquel les Drs F. _____ et J. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier M. _____, concluaient à une stabilité du volumineux kyste arachnoïdien temporal gauche en comparaison avec le CT cérébral du 21 décembre 2011.

Le 25 juin 2014, un juriste de l'OAI a rédigé l'avis suivant :

"Quatrième demande de rente déposée par l'assuré le 20 mai 2014.

Pour rappel, nous lui avons déjà refusé le droit à une rente ordinaire par décision du 2 février 2009 non contestée, au motif qu'il ne comptait pas une année de cotisations à la survenance de l'invalidité (en 1992, à 18 ans) ; le droit à une rente extraordinaire lui a également été nié. Nous avons ensuite refusé d'entrer en matière sur une deuxième demande par un courrier du 14 février 2011. Enfin, le 23 août 2011, nous avons rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière sur une troisième demande, contre laquelle l'intéressé a recouru sans succès jusqu'au Tribunal fédéral.

Aucune modification législative pouvant concerner l'intéressé n'est intervenue depuis cette dernière décision.

La nouvelle demande étant basée sur les mêmes faits que les précédentes, nous devons la considérer comme une demande de reconsidération de notre dernière décision.

Cette dernière décision ayant été confirmée par le TF, une reconsidération ne peut entrer en ligne de compte. Nous n'entrons donc pas en matière sur cette demande, sans examen sur le fond."

Par communication datée également du 25 juin 2014, l'OAI a signifié à l'assuré un refus d'entrer en matière sur la demande du 20 mai 2014. Il a rappelé que, par décision du 2 février 2009 entrée en force, le droit à une rente ordinaire de l'AI avait été refusé au motif que l'intéressé ne comptait pas une année de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité en avril 1992 ; par la même occasion, il avait également été considéré que le droit à une rente extraordinaire de l'AI n'était pas ouvert. L'office a relevé avoir ensuite refusé, le 14 février 2011, d'entrer en matière sur une deuxième demande. Une troisième demande avait par la suite fait l'objet, le 23 août 2011, d'une décision formelle de refus d'entrer en matière, contre laquelle l'assuré avait recouru en vain jusqu'au Tribunal fédéral. S'agissant de la nouvelle demande déposée le 20 mai 2014, l'OAI a souligné qu'elle reposait sur les mêmes faits et devait par conséquent être considérée comme une demande de reconsidération de la dernière décision du 23 août 2011, laquelle avait été confirmée par le Tribunal fédéral, de sorte qu'une reconsidération n'entraîne pas en ligne de compte.

E. Par acte daté du 23 juillet 2014, envoyé sous pli recommandé le 11 août 2014, L. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours à l'encontre du refus d'entrer en matière

signifié le 25 juin 2014 par l'OAI et a demandé l'annulation de la décision de cet office du 2 février 2009. En substance, le prénommé fait valoir que cette dernière décision est absurde, inexacte et contraire au droit dans la mesure où il lui aurait été impossible de cotiser en Suisse en avril 1992 puisqu'il n'est arrivé dans ce pays qu'en juin 2001.

Prenant position le 15 septembre 2014, l'OAI se réfère à son courrier du 25 juin 2014.

Aux termes d'une écriture du 7 octobre 2014, L. _____ rappelle être suivi depuis 2001 au Centre hospitalier M. _____ pour ses problèmes de santé, soit des grandes difficultés de concentration, des difficultés à parler même dans sa langue maternelle, des maux de tête chroniques, des difficultés respiratoires, des vertiges, des troubles du sommeil et une diminution progressive de la vue et de l'ouïe. Il produit par ailleurs diverses pièces médicales figurant déjà pour l'essentiel au dossier de la cause.

Se déterminant le 22 octobre 2014, l'OAI maintient sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, le recours a certes été interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) – selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment).

Pour autant, la recevabilité du recours introduit le 11 août 2014 par L._____ doit être niée, pour les motifs exposés dans les considérants qui suivent.

2. a) Préalablement, on rappellera qu'à l'origine, l'OAI a rendu le 2 février 2009 une décision de refus de rente considérant que les conditions générales d'assurance n'étaient remplies ni sous l'angle du droit à la rente ordinaire d'invalidité, ni sous l'angle du droit à la rente extraordinaire d'invalidité ; cette décision est entrée en force sans avoir été contestée par voie de recours. L'intéressé ayant ultérieurement sollicité le réexamen de son droit à la rente, l'office lui a fait savoir, le 14 février 2011, qu'il refusait d'entrer en matière sur cette requête. Puis, par décision du 23 août 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée par l'assuré – décision confirmée par arrêt de la Cour de céans du 2 avril 2012, le Tribunal fédéral ayant ensuite déclaré irrecevable le recours interjeté par l'intéressé contre ce jugement.

Saisi d'une nouvelle demande de prestations déposée le 20 mai 2014 par L._____, l'OAI a relevé, par courrier du 25 juin 2014, que celle-ci reposait sur les mêmes faits que ceux précédemment invoqués et devait par conséquent être considérée comme une demande de reconsidération de la dernière décision du 23 août 2011, demande sur laquelle il n'y avait pas lieu d'entrer en matière dans la mesure où la décision du 23 août 2011 avait été confirmée judiciairement (par la Cour

de céans et non par le Tribunal fédéral, contrairement à ce qui ressort du courrier de l'intimé du 25 juin 2014, la Haute Cour ne s'étant pas prononcée quant au fond) - ce que l'assuré a contesté devant la juridiction cantonale par recours du 11 août 2014.

b) En d'autres termes, il apparaît que le présent recours a été introduit à l'encontre d'une communication portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération.

A ce propos, selon un principe général du droit des assurances sociales, désormais codifié à l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. FF 1991 II 258), l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (cf. ATF 127 V 466 consid. 2c et les références). L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (cf. ATF 133 V 50 consid. 4.1, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; cf. TF 8C_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1 et 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2 ; cf. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 44 ad art. 53 LPGA p. 681). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (cf. ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

Dans ce contexte, la Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC (ci-après : la CCONT, état au 1^{er} janvier 2013), édictée par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), prévoit que lorsqu'il ne peut pas, après un examen sommaire, entrer en matière sur une demande de réexamen (ou de reconsidération) du cas, l'organe d'exécution doit le faire savoir à l'assuré sous la forme d'une

simple lettre sans indication des voies de droit et, en général, sans motivation approfondie (cf. ch. 3013 CCONT). Quant à la jurisprudence, elle a laissé ouverte la question de savoir s'il incombait à l'assureur de statuer ou non par le biais d'une décision en cas de refus d'entrer en matière sur une telle requête (cf. ATF 133 V 50 consid. 4.1.3 ; cf. également Kieser, loc. cit.) – et pour cause, faute de contrôle judiciaire possible quoi qu'il en soit.

c) Dans le cas particulier, l'étude du dossier montre que c'est à juste titre que l'OAI a retenu que la nouvelle demande de prestations introduite le 20 mai 2014 reposait sur des éléments déjà connus, s'agissant tant des antécédents médicaux invoqués (essentiellement liés à l'encéphalopathie mixte [comportementale et post-traumatique] et à l'épilepsie) que de la législation applicable. L'office était dès lors légitimé à interpréter cette requête comme une demande de reconsidération de sa dernière décision rendue le 23 août 2011. Du reste, en tant que le recourant a conclu devant la Cour de céans à l'annulation de la décision du 2 février 2009, on doit convenir qu'il sollicitait en définitive bel et bien le réexamen de sa situation.

Cela étant, au regard des principes exposés ci-dessus (cf. consid. 2b supra), il y a lieu d'admettre qu'en l'espèce l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de reconsidération de l'assuré. A la lecture du courrier litigieux du 25 juin 2014, il apparaît en effet que l'office a simplement informé l'assuré de son refus d'entrer en matière sur la demande de reconsidération pour des motifs formels, considérant que cette requête n'était pas recevable dans la mesure où la décision du 23 août 2011 avait déjà fait l'objet d'un contrôle judiciaire quant au fond (cf. pour des cas analogues : TFA I 857/05 du 6 décembre 2006 consid. 2.2 in fine, U 144/04 du 28 février 2005 consid. 3.2 et I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 1.2). En revanche, l'OAI ne s'est à aucun moment prononcé matériellement sur les conditions d'une reconsidération.

Attendu qu'il ne peut y avoir de contrôle judiciaire en cas de refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération, il s'ensuit

par conséquent que le présent recours ne peut qu'être déclaré irrecevable ; cette conclusion s'impose d'autant plus que la reconsidération d'une décision administrative est exclue lorsque, comme en l'espèce, une autorité judiciaire s'est prononcée sur celle-ci quant au fond. Peu importe, dès lors, que l'office intimé ait communiqué sa position par le biais d'un simple courrier et non d'une décision formelle (au sens de l'art. 56 al. 1 LPGA).

Par ailleurs, il n'y a pas non plus de déni de justice vu que l'OAI a (sommairement) examiné la demande du 20 mai 2014.

d) Par surabondance, bien que cette problématique n'ait pas été abordée par les parties, on peut néanmoins encore s'interroger sur le point de savoir si, saisi d'une demande de reconsidération d'une décision ayant fait l'objet d'un contrôle matériel par une instance judiciaire, l'OAI n'aurait pas dû transmettre l'affaire à la Cour de céans comme objet de sa compétence, sous l'angle d'une éventuelle révision de l'arrêt du 2 avril 2012.

En effet, une décision juridictionnelle passée en force ne peut être modifiée que dans un procès en révision du jugement (cf. art. 61 let. i LPGA). Lors qu'est demandée la reconsidération d'une décision reposant sur un jugement, les directives de l'OFAS prévoient que l'organe d'exécution qui reçoit une telle demande, en tant qu'il est lié par une décision juridictionnelle nantie de l'autorité matérielle de la chose jugée, ne peut pas prendre une décision qui contredit le jugement rendu ; les demandes présentées en ce sens par les assurés ou par les personnes tenues de payer des cotisations doivent dès lors être comprises comme des demandes de révision du jugement et transmises à l'instance qui a prononcé ledit jugement (cf. ch. 2066 et 3015 CCONT). La question de savoir s'il aurait dû en aller de même dans le cas particulier – s'agissant de la reconsidération d'une décision administrative sur laquelle une instance judiciaire s'est prononcée matériellement (cf. dans ce sens RCC 1982 p. 87 s. évoquant dans ce contexte la possibilité d'une révision judiciaire) – peut cependant demeurer indécise dans la mesure où il

apparaît que, même à admettre que la Cour de céans doive se saisir de l'affaire sous une telle perspective (cf. dans ce sens TFA I 857/05 précité consid. 3), cette analyse n'aurait de toute manière guère d'influence sur la suite à donner aux prétentions de l'assuré.

A cet égard, on notera qu'un jugement entré en force peut être annulé ou modifié, sur requête notamment, si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque (cf. art. 100 al. 1 LPA-VD). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (cf. art. 53 al. 1 LPGA) ou de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (cf. ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b ; cf. TF 9C_677/2014 & 9C_678/2014 du 4 février 2015 consid. 8.2).

En l'espèce, l'assuré a justifié sa démarche en insistant sur des faits déjà connus, s'agissant en particulier de son état de santé ; sur ce point, on relèvera qu'il a d'ailleurs produit des comptes-rendus d'investigation des 21 décembre 2011 et 29 juin 2012 attestant l'absence d'évolution sur le plan cérébral depuis 2001. L'assuré n'a en revanche pas invoqué - ni a fortiori démontré - l'existence d'éléments nouveaux

susceptibles d'être significatifs du point de vue du droit à la rente mais qui n'auraient pas pu être allégués dans le cadre de la précédente procédure judiciaire ouverte devant la Cour de céans. Ce constat s'impose en particulier en ce qui concerne les différents antécédents médicaux mentionnés par l'intéressé dans son écriture du 7 octobre 2014 et pour lesquels, selon ses dires, un suivi au Centre hospitalier M. _____ aurait été instauré depuis 2001. De fait, l'essentiel des troubles évoqués peut - faute d'indication contraire - être rattaché aux différentes constatations médicales antérieures figurant au dossier que l'administration n'avait par ailleurs pas contestées ; quant aux problèmes d'ouïe, mentionnés pour la première fois le 7 octobre 2014, il s'impose de constater que l'intéressé n'a pas fourni de détails ni d'éléments de preuve à ce sujet et n'a pas davantage expliqué en quoi le trouble allégué pouvait revêtir un quelconque impact du point de vue du droit à la rente. Partant, ces circonstances amènent à conclure à l'absence de faits ou de moyens de preuve nouveaux.

Il suit de là que même à supposer que la Cour de céans doive se considérer comme saisie sous l'angle d'une révision de son arrêt du 2 avril 2012, cet examen ne permettrait pas davantage de faire droit aux prétentions de l'assuré.

3. a) En définitive, le recours interjeté le 11 août 2014 par L. _____ doit donc être déclaré irrecevable.

b) Au vu de la nature de l'affaire, on renoncera à la perception de frais de justice (cf. art. 50 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa).

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

I. Le recours déposé le 11 août 2014 par L._____ est irrecevable.

II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- L._____,
- 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 :