

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Marine Girardin, avocate 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. E. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en [...]. En 1995, alors qu'il travaillait dans une exploitation agricole à [...], dans le canton de [...], il a été victime d'un accident, se blessant gravement au bras droit.

Le 29 septembre 1997, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] une demande de prestations de l'assurance-invalidité, laquelle a été refusée par décision du 20 mai 1998. Il a formé un recours à son encontre, d'abord devant le tribunal cantonal de ce même canton, puis devant le Tribunal fédéral des assurances. Ce dernier l'a partiellement admis par arrêt du 7 décembre 2001, annulant ainsi la décision litigieuse et renvoyant le dossier à cet office afin que le droit à une mesure de reclassement soit à nouveau examiné, dès lors qu'un taux d'invalidité de 20 % devait être reconnu à l'assuré.

L'assuré ayant dans l'intervalle déménagé à [...], l'instruction de son dossier a été reprise par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Par rapport d'expertise du 28 juin 2004, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de status après fracture bi-condylienne de l'humérus distal droit, de status après fracture de la tête radiale et de la partie proximale du cubitus droit, de status après syndrome des loges de l'avant-bras droit (le 7 mars 1995), de status après plusieurs greffes de Tiersch sous-cutanées au niveau de l'avant-bras droit, d'inégalité de longueur des membres inférieurs, en défaveur de la droite suite à une fracture du fémur en 1985, et de lombalgies et céphalées chroniques, tout en attestant une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Par rapport d'expertise du 2 janvier 2006, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 F45.4), de trouble de la

personnalité non spécifique (traits de personnalité passive-agressive ; CIM-10 F60.8) et d'exagérations symptomatiques pour différents motifs, notamment économiques (CIM-10 Z76.2). Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était pleine dans une activité adaptée, compte tenu d'une diminution de rendement de 20 %.

Entre les mois de septembre et novembre 2006, l'assuré a effectué un stage d'observation auprès de la Fondation [...], lequel a été interrompu en raison d'un nombre trop important d'absences.

Par décision du 2 avril 2007, confirmant un projet de décision du 22 février 2007, l'Office AI a mis fin aux mesures d'ordre professionnel.

B. Le 18 novembre 2009, E._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI.

Par rapport du 4 décembre 2009, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une aggravation des douleurs de l'assuré et d'une réduction de la mobilité du membre supérieur droit et des cervicales. Il a en outre diagnostiqué un état de stress post-traumatique chronique et d'importants troubles psychiques avec une agressivité et des éclats de colère insupportables et incontrôlables. Selon lui, son patient était totalement incapable de travailler.

Par rapport du 6 janvier 2010, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence le diagnostic de trouble organique de la personnalité (CIM-10 F07.0), tout en certifiant une incapacité de travail de 100 % depuis 1995.

Dans un avis du 12 mars 2010, le Dr J._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), constatant une péjoration de l'état de santé de l'assuré, a requis la mise en œuvre d'une expertise comportant des volets en orthopédie et en psychiatrie.

Par rapport du 21 janvier 2011, les Drs L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts auprès du W._____, ont retenu les diagnostics - avec impact sur la capacité de travail - d'arthrose du coude à droite, d'ancienne fracture complexe du coude à droite (en 1995), d'ancienne fracture du cubitus distal à droite (en 1995), de syndrome douloureux somatoforme persistant (de début indéterminé ; CIM-10 F45.4) et de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (CIM-10 F60.30) avec traits paranoïaques et traits caractériels (depuis le début de l'âge adulte) ainsi que le diagnostic - non incapacitant - d'ancienne fracture du fémur à gauche (en 1983). D'après eux, la capacité de travail de l'assuré était nulle tant dans l'activité habituelle depuis 1995, cela pour des raisons physiques et psychiques, que dans une activité adaptée, cela pour des motifs d'ordre psychique.

Dans un complément d'expertise du 5 avril 2011, le Dr C._____ a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré était nulle du point de vue psychiatrique depuis l'accident de 1995.

Dans un avis du 6 janvier 2012, le Dr J._____ a sollicité une nouvelle expertise psychiatrique au regard des divergences entre les conclusions des Drs B._____ et C._____.

Par rapport d'expertise du 4 juillet 2012, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble anxieux non spécifié (CIM-10 F41.9), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) et de trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61.0). Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était entière sur le plan psychique dans n'importe quelle activité.

Dans un avis du 11 juillet 2012, le Dr [...], médecin auprès du SMR, a estimé que le dossier était « *superposable à celui qui avait abouti à la détermination d'une invalidité de 20%, décidée par le TFA [Tribunal fédéral des assurances] en 2001* ».

Par rapport du 18 septembre 2013, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a relevé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (depuis 1992 ; CIM-10 F43.1), de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (depuis 1992 ; CIM-10 F62.1) et de status post-traumatique du membre supérieur droit après un traumatisme en 1995. Il a évalué la capacité de travail de son patient à 0 %.

Dans un avis du 3 octobre 2013, le Dr [...], médecin auprès du SMR, a considéré que la mise en place de mesures de réadaptation n'avait que peu de chances d'aboutir, dès lors que l'assuré s'était installé dans une identité d'invalidé.

Par décision du 5 mars 2014, confirmant un projet de décision du 22 janvier 2014, l'Office AI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

C. Le 18 juillet 2018, E._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI. Dans ce cadre, il a produit deux rapports des 21 août 2018 et 12 janvier 2019 du Dr B._____, deux rapports des 21 janvier et 15 mars 2019 des établissements hospitaliers Y._____, un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du coude droit du 13 février 2019 et un rapport d'ENMG (électroneuromyogramme) du 19 février 2019 du Dr [...], spécialiste en neurologie.

Par décision du 23 juillet 2019, confirmant un projet de décision du 18 mars 2019, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, au motif que les pièces susmentionnées ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

D. Le 18 août 2022, E._____ a déposé une quatrième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI. A ce titre, il a transmis à cette autorité un rapport du 26 septembre 2022 du Dr B._____, un rapport du 29 septembre 2022 du Dr V._____ et un

rapport du 20 novembre 2022 du Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale.

Par décision du 8 février 2023, confirmant un projet de décision du 1^{er} novembre 2022, l'Office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, dès lors que l'assuré n'avait pas rendu plausible une péjoration de sa situation.

E. Le 21 juin 2023, E._____, sous la plume de Me [...], a déposé une cinquième demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI. A l'appui de celle-ci, outre le rapport d'IRM du 13 février 2019, les rapports des 21 janvier et 15 mars 2019 des établissements hospitaliers Y._____, le rapport d'ENMG du 19 février 2019 et le rapport du 29 septembre 2022 du Dr V._____, il a versé au dossier un rapport de radiographie de la hanche gauche, du coude et de la main droits du 25 août 2018, un rapport de radiographie du coude et de la main droits du 16 janvier 2019, un rapport de radiographie de la colonne lombaire et du sacrum du 14 octobre 2021, un rapport du 12 mars 2023 du Dr A._____ et un rapport du 26 mai 2023 du Dr V._____.

Dans un avis du 25 janvier 2024, le Dr T._____, médecin auprès du SMR, a déclaré que les éléments médicaux produits par l'assuré ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé.

Par projet de décision du même jour, l'Office AI a informé l'assuré qu'il ne comptait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 9 février 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Marine Girardin, a fait part à l'Office AI de ses observations quant à ce projet de décision.

Dans un avis du 9 juillet 2024, le Dr T._____ a maintenu ses précédentes conclusions.

Par décision du 30 juillet 2024, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 25 janvier 2024.

F. **a)** Le 6 septembre 2024, E._____, par l'intermédiaire de sa mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme (*recte* : son annulation) et au renvoi de la cause à l'Office AI, afin que ce dernier entre en matière sur sa demande de prestations du 20 [*recte* : 21] juin 2023. Il a joint à son recours – entre autres pièces – un rapport de radiographie de la colonne lombaire du 15 février 2024.

b) Par réponse du 4 octobre 2024, l'Office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

c) Par réplique du 18 novembre 2024, E._____ a maintenu ses conclusions. Un rapport du 2 octobre 2024 du Dr A._____ et un rapport du 11 novembre 2024 du Dr V._____ étaient annexés à son acte.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile – compte tenu des fêtes judiciaires d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 juin 2023 par le recourant.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1^{er} décembre 2023 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande, le 21 juin 2023 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une

modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation 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 la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales 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. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 5 mars 2014 refusant au recourant le droit à une rente d'invalidité - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 30 juillet 2024, un changement

important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il s'agit au contraire de se limiter à déterminer si le recourant, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 30 juillet 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 5 mars 2014.

b) A ce titre, la décision du 5 mars 2014 précitée s'est essentiellement fondée sur le volet orthopédique du rapport d'expertise du 21 janvier 2011 du W._____ et sur le rapport d'expertise psychiatrique du 4 juillet 2012 du Dr D._____. Sur le plan physique, le Dr L._____ a retenu les diagnostics d'arthrose du coude droit, d'ancienne fracture complexe du coude droit (en 1995), d'ancienne fracture du cubitus distal droit (en 1995) et d'ancienne fracture du fémur gauche (en 1983). Ces atteintes à la santé entravaient, selon lui, le recourant dans l'utilisation en force de son membre supérieur droit et dans la réalisation de mouvements répétitifs de flexion et extension du coude et du poignet droits ; les marches de longue durée n'étaient au demeurant pas recommandées. Si le recourant n'était plus capable d'exercer son activité habituelle, il était en mesure de travailler à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées. Sur le plan psychique, le Dr D._____ a, lui, mis en évidence les diagnostics de trouble anxieux non spécifié (CIM-10 F41.9), de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10 F68.0) et de trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61.0). Il a estimé que ces atteintes n'étaient à l'origine d'aucune limitation fonctionnelle ni incapacité de travail, quel que soit le type d'activité.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 21 juin 2023, le recourant a transmis - par rapport à ses précédentes demandes déposées en juillet 2018 et en août 2022 - trois rapports de radiographie, à savoir ceux du 25 août 2018 (hanche gauche, coude et main droits), du 16 janvier 2019 (coude et main droits) et du 14 octobre

2021 (colonne lombaire et sacrum), et deux rapports médicaux, soit ceux du 12 mars 2023 du Dr A. _____ et du 26 mai 2023 du Dr V. _____. Il a en outre produit, à l'occasion de la procédure de recours, un rapport de radiographie lombaires du 15 février 2024, un rapport du 2 octobre 2024 de son médecin traitant et un rapport du 11 novembre 2024 de son psychiatre traitant. Ces dernières pièces ne peuvent toutefois pas être prises en compte pour déterminer si le recourant a rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant donné que le juge est, dans cette perspective, tenu de se prononcer sur la situation qui prévalait au moment où l'intimé a statué (cf. *supra* consid. 3c).

c) Ainsi, sur le plan psychiatrique, il ne ressort pas du rapport établi le 26 mai 2023 par le Dr V. _____ l'existence d'une péjoration significative de la situation psychique du recourant par rapport à celle qui prévalait en 2014. Ce spécialiste, lequel a toujours considéré la capacité de travail de son patient comme étant nulle, ne fait en effet pas état d'une évolution clinique objective majeure. Il ne mentionne à cet égard aucune nouvelle pathologie, les diagnostics d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) – lequel avait été écarté par le Dr D. _____ dans son rapport d'expertise du 4 juillet 2012 –, de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (CIM-10 F62.1) et de status post-traumatique du membre supérieur droit après un traumatisme en 1995 ayant déjà été consignés dans son rapport du 18 septembre 2013. Il reconnaît de plus expressément ne pas pouvoir poser d'autres diagnostics. La symptomatologie décrite, notamment les difficultés attentionnelles, les troubles du sommeil, l'anxiété, l'irritabilité, l'agressivité et le sentiment de colère, avait de surcroît déjà été exposée par l'expert psychiatre. En définitive, le Dr V. _____ relève uniquement un enkystement de la situation, dans le sens d'une chronicisation des troubles. Dans ces conditions, ses explications ne permettent pas de discerner une aggravation de l'état de santé psychique du recourant depuis la décision du 5 mars 2014 et de remettre en question l'appréciation opérée à l'époque par le Dr D. _____.

d) Sur le plan somatique, le Dr A. _____ fait en premier lieu état, dans son rapport du 12 mars 2023, des diagnostics d'arthrose post-traumatique de l'articulation radio-capitale et huméro-ulnaire à droite, de cervico-brachialgie droite résiduelle invalidante et de faiblesse importante de la main droite et des quatrième et cinquième doigts de cette dernière en position flessum pouvant évoquer un syndrome de Volkmann (myonécrose). Cela étant, on ne saurait déduire de ces éléments une évolution défavorable des atteintes touchant le bras droit (en particulier le coude et la main) et la nuque du recourant. En effet, dans le volet orthopédique du rapport d'expertise du 21 janvier 2011, le Dr L. _____ avait déjà observé, à la lumière du dossier radiologique, la présence d'une importante arthrose au coude droit, tout en considérant que cette dernière entraînait des limitations fonctionnelles dans l'utilisation du bras droit. Il avait par ailleurs mesuré une flexion de cette articulation limitée à 90°, soit une flexion nettement moins importante que celle calculée en 2023 par le Dr A. _____, à 130°, ce qui tend plutôt à démontrer une amélioration de la situation à ce niveau. L'expert avait en outre déjà mis en évidence de fortes douleurs, qui irradiaient du coude à la nuque. Il avait au surplus souligné une déformation en griffe des deux derniers doigts de la main droite, étant précisé que ni lui ni le médecin traitant n'ont attesté de limitations fonctionnelles spécifiques en lien avec cette atteinte. Quant à la dyslipidémie, quand bien même il s'agit *a priori* d'un nouveau diagnostic, le médecin traitant ne prétend à aucun moment que cette pathologie a une répercussion sur la capacité de travail de son patient. Partant, sur le vu de ce qui précède, il sied de constater que le recourant n'a pas rendu plausible une péjoration de son état de santé en ce qui concerne son membre supérieur droit et sa nuque.

Le Dr A. _____ relève également, sur la base du rapport de radiographie du 14 octobre 2021, des douleurs lombaires sur troubles statiques avec scoliose sinistro-convexe et lordose lombo-sacré accentuée dans le cadre d'une importante bascule du bassin à droite. Or, en 2011, le recourant n'avait fait part d'aucune plainte dans cette région au Dr L. _____. Ce dernier n'avait pas non plus décrit de lombalgies, son examen clinique n'ayant révélé aucun point douloureux à la colonne

lombaire et dorsale, ni signalé de limitations fonctionnelles en lien avec des troubles du rachis. Il s'agit donc d'éléments nouveaux, lesquels sont, selon le médecin traitant, « *de nature à limiter le travail en station debout prolongée* ». Le fait que l'expert ait évoqué une importante raideur du rachis lombaire, avec une distance « *doigts-sol* » de 30 cm, ne saurait à cet égard remettre en cause cette conclusion, dès lors qu'il n'avait pas fait mention de l'existence d'une scoliose et d'une lordose dans son rapport, alors même qu'il était en possession des résultats d'imagerie de la colonne lombaire du recourant. Certes, ces constatations médicales ne sont pas suffisantes pour se prononcer de manière définitive sur les effets des troubles lombaires posé sur la capacité de travail du recourant. Elles rendent toutefois plausible une aggravation de son état de santé sur le plan somatique, laquelle est susceptible d'exercer une influence sur sa capacité de travail.

e) Il s'ensuit que l'office intimé a violé le droit fédéral en refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 21 juin 2023 par le recourant. Il convient en conséquence de renvoyer la cause à cette autorité, afin qu'elle entre en matière sur cette demande puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir la situation sur le plan physique.

5. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 30 juillet 2024 par l'intimé annulée. La cause est renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 21 juin 2023 par le recourant.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) Par décision du 9 septembre 2024 du juge instructeur, la partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 30 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 21 juin 2023 par E._____.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 E._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Marine Girardin (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :