COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

Mmes Berberat, juge, et Coquoz, assesseure

Greffière : Mme Lopez

*****

Cause pendante entre :

A._____, à B***, recourant, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à Prilly,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en ***, a déposé le 25 février 2019 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en mentionnant être en incapacité de travail depuis le 13 juillet 2018 à la suite d'une déchirure ligamentaire au poignet droit.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment recueilli un rapport du 28 octobre 2020 du Dr F._____, médecin traitant, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépression réactive, de trouble post-traumatique, de céphalées, de schwannome, de tendinite de la main droite et de hernie discale C6-C7. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 16 juillet 2020.

Dans un rapport du 5 novembre 2020, la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33), d'état de stress post-traumatique (F43.1), de psychose non organique, sans précision (F29), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation continue (F14.25), de personnalité paranoïde (F60.0), de personnalité dyssociale (F60.2), de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) et d'anxiété généralisée (F41.1). Elle a conclu à une incapacité de travail totale et émis un pronostic défavorable dès lors que les troubles psychiques dont souffrait l'assuré avaient évolué vers la chronicité.

Dans un rapport du 6 octobre 2021, la Dre G._____ a confirmé les diagnostics posés précédemment, en signalant une aggravation de l'état psychique de l'assuré à la suite de plusieurs événements stressants survenus depuis le début de l'année 2021, notamment son divorce. A la date du rapport, l'assuré était hospitalisé en milieu psychiatrique à l'Hôpital I._____, en admission volontaire, depuis le 17 septembre 2021. La capacité de travail était toujours nulle selon la Dre G._____.

A l'initiative du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), une expertise pluridisciplinaire a été réalisée auprès de J._____ SA. Dans leur rapport d'expertise du 13 mai 2022, les Drs K._____, spécialiste en médecine interne générale, O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de status après intervention chirurgicale au niveau du poignet droit après entorse grave, avec suture du ligament scapho-lunaire et du ligament luno-trichétral, associée à une capsulodèse. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont notamment retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, utilisation nocive pour la santé (F14.1), actuellement abstinent, de syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil locomoteur, de déconditionnement physique, de trouble statique du rachis avec scoliose essentiellement thoracique, de hernie discale L5-S1 sans symptomatologie clinique, de cervicalgies sur troubles dégénératifs mineurs, de suspicion de chondropathie fémoro-patellaire gauche, d'obésité de grade 2 (IMC 36 kg/m2), de diabète de type 2 sous metformine, de stéatose hépatique, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de tabagisme chronique et de céphalées chroniques. Sur les plans psychiatrique et de la médecine interne, les experts ont conclu à l'absence de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail. Du point de vue rhumatologique, ils étaient d'avis que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans la dernière activité exercée comme électricien depuis juillet 2018 en raison de l'atteinte au poignet droit, mais que depuis juin 2019, une capacité de travail de 80 % était exigible dans une activité adaptée en limitant l'utilisation du membre supérieur droit, en particulier le port de charges supérieures à 2 kg.

Par décision du 8 mars 2023, se fondant sur les conclusions de l'expertise de J._____ SA, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré, au motif qu'il ne subissait pas de préjudice économique compte tenu de sa capacité de travail résiduelle.

Par arrêt du 23 août 2024 (cause AI 121/23 – 267/2024), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assuré à l'encontre de la décision précitée.

B. Le 20 mars 2025, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en mentionnant des troubles psychiques comme atteintes à la santé.

A l'appui de sa demande, il a produit un rapport du 27 février 2025 de la Dre G._____ posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, d'état de stress post-traumatique, de troubles anxieux généralisés et de troubles mixtes de la personnalité (personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, personnalité paranoïde, personnalité dyssociale). Sans incidence sur la capacité de travail, elle a mentionné des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, actuellement abstinent. Elle a précisé que malgré la mise en place d'un cadre thérapeutique conséquent (contacts réguliers et changement du traitement médicamenteux), l'état de santé psychique de l'assuré s'était dégradé depuis décembre 2024. Le patient présentait notamment une tension interne importante, une anxiété extrême avec des moments de crises d'angoisse accompagnées parfois de manifestations neurovégétatives, une agressivité verbale, des difficultés dans les interactions avec son entourage, ce qui l'isolait de plus en plus, une baisse de la concentration, des difficultés attentionnelles sur des tâches prolongées, des oublis fréquents, une baisse de l'élan vital et une fatigabilité extrême. La psychiatre traitante a ajouté qu'une prise en charge de crise avait débuté le 20 février 2025 au Centre N._____ (ci-après : le N._____). Elle était d'avis que la capacité de travail de l'assuré était de 30 % et qu'il ne pourrait pas travailler à un taux supérieur même dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 20 mars 2025, les médecins du N._____ ont mentionné que l'assuré avait bénéficié d'un suivi intensif du 20 février au 7 mars 2025, à raison d'un à deux entretiens hebdomadaires, afin de prévenir une décompensation aigüe et d'assurer une adaptation thérapeutique ciblée pour ce patient qui présentait un trouble dépressif persistant sur une structure de personnalité borderline, avec une tolérance limitée aux contraintes extérieures et une incapacité actuelle à gérer son quotidien de manière autonome. Au cours de cette prise en charge, un traitement de Quétiapine avait été introduit, de même que du Stilnox qui avait permis une amélioration partielle du sommeil. A l'issue de ce suivi, ils avaient préconisé de maintenir un suivi psychiatrique hebdomadaire auprès de la psychiatre traitante pour assurer une stabilisation à long terme ainsi que la mise en place d'un suivi infirmier à raison d'un entretien hebdomadaire afin d'accompagner le patient dans la gestion des tensions émotionnelles et l'organisation du quotidien.

Après avoir recueilli l'avis du SMR, l'OAI a rendu, le 22 mai 2025, un projet de décision par lequel il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il n'avait pas rendu plausible que sa situation s'était notablement modifiée.

Dans un courrier du 5 juin 2025, faisant suite à un entretien du jour-même avec l'assuré, l'OAI a pris note de l'opposition de ce dernier au projet de décision et lui a octroyé un délai au 31 juillet 2025 pour fournir tout élément susceptible de lui permettre de revoir sa position.

Le 30 juillet 2025, désormais représenté par l'avocat Me Lionel Zeiter, l'assuré a développé ses objections et produit notamment les documents suivants :

- Un rapport d'évaluation psychotechnique du 26 février 2025 du psychologue Q._____ observant notamment que le résultat de l'évaluation pouvait correspondre à des troubles schizo-affectifs (F25), à un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (F90), à des troubles mixtes de la personnalité (F61) en étroit rapport avec un état de stress post-traumatique (F43.1) depuis le jeune âge,

à un trouble anxieux généralisé (F41.1), à une agoraphobie (F40.0) et à des phobies d'impulsion (F40.2). Par ailleurs, sous la rubrique « hypothèses cliniques selon la CIM-10 », il a mentionné un trouble de stress post-traumatique, un épisode dépressif, une phobie spécifique (peur de nuire aux autres) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, à explorer. Il a conclu à une incapacité totale de travail, en précisant que confronter l'assuré à autrui dans un environnement de travail professionnel pouvait l'amener à des passages à l'acte violents.

- Un compte-rendu d'analyses de laboratoire réalisées le 7 juillet 2025.

- Un rapport du 17 juillet 2025 de la Dre G._____ mentionnant, au titre de diagnostics invalidants, des troubles schizo-affectifs, un TDAH diagnostiqué en février 2025, un état de stress post-traumatique et des troubles mixtes de la personnalité (personnalité émotionnellement labile, de type impulsif, personnalité paranoïde). Elle a confirmé que l'assuré présentait une incapacité de travail de 70 %.

- Un rapport du 18 juillet 2025 des médecins du N._____, relatif au suivi mis en place au sein de cet établissement entre le 20 février et le 7 mars 2025, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31).

Se déterminant le 8 septembre 2025 sur les nouvelles pièces produites par l'assuré, le SMR a conclu qu'elles n'apportaient aucun élément médical nouveau comparativement à l'expertise réalisée 2022. Il a notamment estimé que la psychiatre traitante retenait les mêmes diagnostics que ceux énoncés lors de la première demande de prestations et qui avaient fait l'objet d'une analyse par l'expert psychiatre de J._____ SA. S'agissant des troubles cognitifs et affectifs mentionnés dans le rapport d'évaluation du psychologue Q._____, le SMR a observé que cette

évaluation ne contenait pas de tests de validité des symptômes. Le SMR a ensuite relevé que les limitations fonctionnelles énoncées par les médecins du N._____ étaient inchangées par rapport à l'expertise de J._____ SA et que le traitement était strictement inchangé depuis lors. Le SMR a aussi noté que les analyses de laboratoire de juillet 2025 mettaient en évidence un sous-dosage des médicaments, comme à l'époque du rapport d'expertise. Le rapport du N._____ rapportait par ailleurs des troubles psychosociaux chroniques, notamment financiers en lien avec une plainte contre le service social, qui ne relevaient pas de l'assurance-invalidité.

Par décision du 8 septembre 2025, l'OAI a confirmé le refus d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assuré.

C. Par acte de son conseil du 9 octobre 2025, A._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il entre en matière sur sa demande de prestations du 20 mars 2025. En substance, il a fait valoir que les pièces médicales produites rendaient vraisemblable une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 8 mars 2023, de sorte que l'intimé aurait dû entrer en matière sur sa demande, cas échéant en organisant une nouvelle expertise qui pouvait se concentrer sur sa situation psychique.

Dans sa réponse du 18 décembre 2025, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du 8 septembre 2025.

Par réplique du 16 février 2026, le recourant a confirmé ses moyens et conclusions.

Le 20 février 2026, il a produit un rapport du 10 février 2026 du Dr R._____, médecin généraliste traitant, concluant à une incapacité de travail nulle en raison des atteintes psychiques.

Le 6 mars 2026, le recourant a encore produit une attestation de suivi infirmier du 20 février 2026 de l'infirmière S._____.

En droit :

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 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. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 20 mars 2025.

3. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement

être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) 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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

d) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), 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).

e) 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. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et 6 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

4. **a)** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 20 mars 2025. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si le prénommé a établi de façon plausible, dans les documents transmis à l'intimé à l'appui de sa dernière demande de prestations, que son invalidité s'est modifiée depuis la décision du 8 mars 2023. Dans ce contexte, les rapports médicaux produits au stade du recours ne peuvent pas être pris en considération (cf. consid. 3e supra).

b) Dans sa précédente décision du 8 mars 2023, l'intimé s'était basé sur l'expertise de J._____ SA pour conclure que le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, mais que sa capacité de travail était limitée à 80 % dans une activité adaptée en raison de son atteinte au poignet droit.

Il y a donc lieu d'examiner si le recourant a rendu plausible l'aggravation de son état de santé psychique depuis la décision précitée, étant précisé qu'il ne prétend pas que son état se serait modifié sur le plan somatique. Se basant sur l'avis du SMR, l'intimé a estimé que tel n'était pas le cas. Cette appréciation ne peut pas être suivie.

En effet, si dans un premier temps la Dre G._____ a fait état d'une péjoration de l'état psychique de son patient depuis décembre 2024 en mentionnant certes des diagnostics évoqués et examinés dans le cadre de la première décision de refus de prestations (cf. son rapport du 26 février 2025), elle a posé par la suite de nouveaux diagnostics qui n'ont pas fait l'objet d'une étude lors de la première demande de prestations. Il en va ainsi du TDAH et des troubles schizo-affectifs en particulier. A cet égard, le psychologue Q._____ a conclu que les résultats de l'évaluation psychotechnique pouvaient correspondre à ces deux diagnostics, ainsi qu'à la présence également d'une agoraphobie et de phobies d'impulsion en sus des diagnostics posés précédemment. A noter également que les rapports produits par le recourant rendent vraisemblable une aggravation du trouble dépressif, dès lors que les experts de J._____ SA avaient conclu à l'époque que le prénommé présentait des variations de l'humeur avec des troubles dépressifs de sévérité légère qui correspondaient aux critères d'une dysthymie, alors que la Dre G._____ a constaté en février 2025 un épisode dépressif sévère, en détaillant les symptômes présentés par le recourant (notamment tristesse, fluctuations importantes de l'humeur, perte de l'élan vital, absence de plaisir, insomnie avec cauchemars, sentiment de culpabilité, vision négative de soi, de l'entourage et du futur, tension interne importante, fatigabilité, baisse de la concentration, oublis fréquents). Un épisode dépressif sévère a également été retenu par les médecins du N._____, qui ont mis en place un suivi intensif du 20 février au 7 mars 2025, à raison d'un à deux entretiens par semaine afin de prévenir une décompensation aigüe dans un contexte de péjoration d'un trouble dépressif récurrent sur une structure de personnalité de type borderline.

Il ressort en outre des rapports de la psychiatre traitante et des médecins du N._____ que le traitement médicamenteux du recourant a

dû faire l'objet d'une adaptation en février 2025, avec l'introduction notamment du Brintellix, étant précisé que ce médicament n'est pas mentionné dans le rapport d'expertise de J._____ SA. Par ailleurs, depuis février 2025, en sus du suivi psychiatrique habituel, le recourant bénéficie d'un suivi infirmier hebdomadaire destiné à l'accompagner dans la régulation émotionnelle et l'organisation du quotidien. Le traitement du recourant ne peut dès lors pas être considéré comme « strictement inchangé » par rapport à 2022, comme l'a retenu le SMR dans son avis du 8 septembre 2025, mais semble au contraire s'être intensifié. Concernant la prise en charge du recourant, les médecins du N._____ ont précisé que son niveau de tension psychique constant et sa fragilité face au stress extérieurs nécessitaient un suivi régulier et un cadre thérapeutique structurant afin de limiter les risques de désorganisation psychique et de passage à l'acte impulsif.

De même, les limitations fonctionnelles du recourant n'apparaissent pas inchangées par rapport à 2023 comme l'affirme le SMR. La décision du 8 mars 2023 écartait la présence de limitations fonctionnelles d'ordre psychique sur la base de l'expertise de J._____ SA, alors que les rapports produits par le recourant font état de diverses limitations fonctionnelles susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail. Si la psychiatre traitante a certes énuméré des limitations fonctionnelles qui, pour la plupart, étaient déjà attestées par elle dans le cadre de la première demande de prestations, les pièces médicales donnent à penser que les limitations du recourant se sont accentuées. Des limitations d'ordre psychique ont par ailleurs été retenues par les médecins du N._____, lesquels ont notamment conclu à la présence d'une altération significative de l'adaptation sociale et professionnelle, avec une incapacité à gérer les contraintes administratives et relationnelles de manière adaptée. Selon eux, le recourant montrait une rigidité cognitive avec des mécanismes défensifs de rationalisation et de revendication le plaçant dans une dynamique conflictuelle avec son environnement. Enfin, comme l'a observé le SMR, le rapport d'évaluation psychotechnique du psychologue Q._____ fait état de troubles cognitifs et affectifs, et on ne saurait retenir, sans plus

ample instruction, que ces troubles ne sont pas rendus plausibles du simple fait que des tests de validité des symptômes n'ont pas été réalisés.

En définitive, il y a lieu de constater que les allégations du recourant relatives à l'aggravation de son état de santé psychique sont rendues plausibles par les pièces médicales versées au dossier de l'intimé. Il incombait par conséquent à cet office d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et d'instruire le cas du recourant, en vue d'établir clairement les atteintes psychiques dont il souffre, ainsi que leur caractère invalidant. 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 médicale du recourant.

5. **a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 8 septembre 2025 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 20 mars 2025 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause, 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.

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 8 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 20 mars 2025 par A._____.

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 A._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

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

- Me Lionel Zeiter (pour le recourant),
- 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 :