

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4, 28 et 36 LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, électricien de formation mais ayant essentiellement œuvré dans la construction, marié et père de trois enfants aujourd'hui majeurs, s'est annoncé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 novembre 2011 à l'occasion d'une demande de détection précoce, puis le 20 février 2012 dans le cadre d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en lien avec une maladie rénale chronique nécessitant un traitement de substitution de la fonction rénale par hémodialyse depuis le 14 septembre 2009 (rapports du Service de néphrologie/hypertension du Centre hospitalier [...] [ci-après : le Centre hospitalier K._____] des 5 décembre 2011 et 23 février 2012). Dans ce contexte, une nationalité tantôt serbe, tantôt kosovare a été prêtée à l'assuré. Il est par ailleurs apparu que ce dernier avait précédemment vécu au Kosovo mais également en Allemagne et en Suisse durant différentes périodes.

Les extraits du compte individuel AVS de l'assuré recueillis en cours de procédure ont mis en évidence des périodes de cotisation pour les mois de septembre à décembre 2000 (12'721 fr.), de janvier, octobre et novembre 2001 (8'287 fr.), de mars à avril 2002 (7'275 fr.) et de juillet à août 2012 (2'450 fr.) pour le compte de différents employeurs. A cela s'ajoutaient des périodes de cotisation de novembre à décembre 2010 (760 fr.), de janvier à décembre 2011 (4'612 fr.) et de janvier à décembre 2012 (4'612 fr.) en tant que personne sans activité lucrative (extraits des 8 mars 2012, 10 août 2012, 18 janvier 2013 et 20 décembre 2013).

Par rapport du 10 mai 2012, le Dr S._____, chef de clinique à la Consultation générale de la Policlinique [...], a posé les diagnostics incapacitants d'insuffisance rénale chronique terminale avec diurèse résiduelle sous hémodialyse depuis septembre 2009 et d'état dépressif modéré chronique F32.2 depuis septembre 2009. La capacité de travail était considérée comme nulle dans l'activité habituelle, sous réserve d'une

réévaluation à compter de la date d'une éventuelle greffe rénale, et évaluée à 50 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 12 juin 2012, les Drs B._____ et N._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au Service de néphrologie du Centre hospitalier K._____, ont plus particulièrement indiqué que l'assuré souffrait d'une néphropathie chronique depuis plus de dix ans, ayant fait l'objet d'un suivi médical en Allemagne, dans les Grisons et au Kosovo. Ils ont ajouté que l'intéressé ne travaillait pas mais qu'une activité adaptée à l'état de dénutrition était d'ores et déjà possible à un taux de 50 % ; ce taux pourrait être augmenté ultérieurement, après transplantation rénale.

Interpellé par l'OAI, le Dr H._____, médecin assistant au Service de néphrologie/hypertension du Centre hospitalier K._____, a exposé le 13 décembre 2012 que l'insuffisance rénale de l'assurée était compliquée d'anémie rénale sous EPO (érythropoïétine) et d'hyperparathyroïdisme secondaire et qu'elle entraînait une asthénie importante et une fatigabilité accrue, auxquelles s'ajoutaient des céphalées chroniques post dialyse. La capacité de travail était estimée à 50 %.

En date du 5 juin 2013, l'assuré a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique réalisé - avec le concours d'un interprète de langue albanaise - par le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Dans son rapport y relatif du 19 juin 2013, le Dr Z._____ a retenu pour seul diagnostic un trouble de l'adaptation F 43.23 (avec prédominance de la perturbation d'autres émotions) sans incidence sur la capacité de travail. Il a conséquemment conclu à l'absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique.

Dans un rapport du 26 juin 2013 se fondant sur les éléments qui précèdent, le Dr F._____, du SMR, a estimé qu'en raison de l'atteinte rénale, l'intéressé présentait depuis le 14 septembre 2009 une capacité de

travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. La situation était toutefois susceptible d'amélioration après une greffe.

A la demande de l'OAI, le Service de la population du canton de Vaud (ci-après : le SPOP) a établi le 4 avril 2014 un relevé de la durée des séjours et des différentes autorisations octroyées à l'assuré, montrant que ce dernier - considéré comme étant originaire de Serbie-et-Monténégro - avait vécu du 19 avril 1998 au 18 juillet 2002 dans le canton des Grisons dans le contexte d'une procédure d'asile, qu'il était ensuite revenu en Suisse sans autorisation idoine le 15 mai 2009 et qu'il s'était vu délivrer un titre de séjour le 27 juillet 2011.

Par décision du 10 juin 2014 confirmant un projet du 29 avril précédent, l'OAI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. L'office a plus précisément retenu que ce dernier présentait depuis le 14 septembre 2009 une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, que l'invalidité était conséquemment survenue un an plus tard, en septembre 2010, mais qu'à cette époque l'intéressé ne satisfaisait pas aux conditions générales d'assurance du point de vue des cotisations.

B. En date du 14 juin 2016, X._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, qu'il a motivée en indiquant « *cf. lettre Dr D._____ 31/5/16* ».

Dans une attestation du 22 juin 2016 à l'OAI, le Dr D._____, médecin assistant au Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____, a exposé que l'assuré souffrait d'une maladie chronique nécessitant une prise en charge médicale spécialisée et régulière, avec bilans biologiques, examens et contrôles de la médication.

Par correspondance du 16 août 2016 à l'assuré, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée le 14 juin 2016,

considérée comme une demande de reconsidération de la décision du 10 juin 2014.

C. Le 29 mai 2020, X. _____ a à nouveau introduit une demande de prestations de l'assurance-invalidité. A cette occasion, il s'est déclaré de nationalité kosovare, origine attestée notamment par une autorisation de séjour délivrée le 9 juillet 2018 par les autorités helvétiques et un passeport émis en date du 23 septembre 2011 par les autorités kosovares.

a) Sur le plan des conditions générales d'assurance, un avis émis le 23 juin 2020 par une collaboratrice du Service juridique de l'OAI a posé les éléments suivants :

"[...]

Au dossier, nous avons un questionnaire pour étrangers daté du 4 avril 2014 qui stipule que l'assuré a été domicilié en Suisse pendant les périodes suivantes [...] :

- Du 19 avril 1998 au 29 avril 2002 aux Grisons (permis N)
- Dès le 15 mai 2009 au 26 juillet 2011 (sans permis)
- Puis dès le 27 juillet 2011 (permis B)

Si l'on regarde les CI, nous pouvons constater que l'assuré a cotisé les montants suivants avant la survenance de l'invalidité fixée au 14 septembre 2010 :

- CHF 12'721.- pour les mois de septembre à décembre 2000
- CHF 8'287.- pour les mois de janvier, octobre et novembre 2001
- CHF 7'275.- pour les mois de mars et avril 2002

Selon le chiffre 5011 de la directive sur les rentes, dans la mesure où une personne était assurée durant une période déterminée et était soumise à l'obligation de payer des cotisations, on retiendra l'année entière si le CI de l'assuré fait ressortir, pour l'année considérée, des inscriptions qui atteignent, au moins, les montants des revenus figurant dans l'appendice I des présentes directives. En pareil cas, l'année entière compte comme durée de cotisation, quand bien même la durée effective inscrite dans le CI s'étend sur une période inférieure à une année entière.

Dans l'appendice I de la directive sur les rentes, pour les années 2000, 2001 et 2002, il faut avoir cotisé au minimum CHF 3'543.-/année pour pouvoir compter une année entière de cotisation.

En l'espèce, nous pouvons constater que les CI de l'assuré pour ces trois années sont largement supérieurs au montant minimal de CHF 3'543.-. Cependant, afin de pouvoir retenir une année entière de cotisations en fonction de ces montants, il faut encore que l'assuré ait été domicilié en Suisse durant l'année entière.

En l'espèce, l'assuré était domicilié en Suisse du 19 avril 1998 au 29 avril 2002. Nous pouvons dès lors retenir une année entière de cotisation pour l'année 2000 et une année entière pour l'année 2001. Quant à l'année 2002, puisque l'assuré a été domicilié en Suisse jusqu'au 29 avril 2002, nous pouvons retenir 4 mois de cotisation pour l'année 2002. **Par conséquent, l'assuré a cotisé durant 2 ans et 4 mois en Suisse avant la survenance de l'invalidité.**

Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

A l'époque de notre première décision de refus CGA, s'appliquait la convention de sécurité sociale conclue entre la Suisse et la Yougoslavie. Le 1^{er} janvier 2019, est entré en vigueur la convention de sécurité sociale conclue entre la [S]uisse et la Serbie. Dès lors, l'assuré est désormais soumis à cette dernière convention depuis cette date.

Que ce soit à l'art. 10 la convention entre la Suisse et la Yougoslavie ou à l'art. 14 entre la Suisse et la Serbie, il est prévu que si les périodes d'assurance accomplies par une personne selon les dispositions légales suisses ne permettent pas, à elles seules, de remplir les conditions requises pour avoir le droit à une rente ordinaire, l'institution d'assurance compétente doit prendre en compte les périodes d'assurance accomplies dans l'assurance yougoslave/serbe ou d'un Etat tiers qui a également conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse qui prévoit aussi la totalisation des périodes d'assurance, pour autant que ces périodes d'assurance ne se superposent pas à celles accomplies selon les dispositions légales suisses.

Pour ce faire, il faut toutefois au minimum que l'assuré ait cotisé durant un an à l'AVS/AI suisse, ce qui est le cas en l'espèce.

Afin de déterminer si l'assuré peut justifier de trois ans de cotisation pour avoir droit à une rente d'invalidité, il convient de demander le relevé des cotisations étrangères.

[...]"

Invité par l'OAI le 2 juillet 2020 à indiquer s'il avait cotisé dans un pays conventionné tel que la Serbie ou le Kosovo, l'assuré s'est référé, par écrit non daté indexé par l'OAI le 16 juillet 2020, à des périodes de cotisation entre 1992 et 1997 en Allemagne.

Selon un décompte établi le 11 novembre 2020 par la « *Deutsche Rentenversicherung* » de [...], l'assuré y comptabilisait une période de 67 mois de cotisations réalisée entre 1992 et 1998.

Le 29 janvier 2021, la Centrale suisse de compensation a informé l'OAI que l'intéressé n'avait jamais cotisé au Kosovo.

Sur cette base, aux termes d'un compte-rendu du 4 février 2021, une juriste de l'OAI a retenu que l'assuré remplissait les conditions générales d'assurance et que le droit éventuel prendrait effet « *au moment de la convention entre la [S]uisse et la [S]erbie et au plus tôt six mois après le dépôt de la demande* ».

Un extrait de compte AVS du 5 mars 2021 a en outre montré que l'assuré avait cotisé en qualité de personne sans activité lucrative durant les années 2013 à 2017 et que des cotisations avaient par ailleurs été versées à raison d'une activité salariée de septembre à décembre 2019 puis de janvier à août 2020 ; ces dernières se rapportaient à un emploi de « *surveillant de chantier/administrateur* » exercé vingt heures par semaine (cf. questionnaire pour l'employeur du 29 mars 2021).

b) Sur le plan médical, l'OAI a interpellé le Dr M._____, médecin praticien. Par rapport du 11 février 2021, ce dernier a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis une allogreffe rénale en 2015. En annexe, il a notamment transmis les documents suivants :

- un rapport du 31 juillet 2018 de la Dre J._____, médecin assistante au Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____, dont il ressortait qu'une première greffe rénale avait été réalisée le 25 juin 2015, que le patient avait présenté une néphrite à BK virus à la fin août 2015 et qu'il avait ensuite présenté en mai 2017 une thrombose de la fistule artério-veineuse du membre supérieur gauche inutilisée depuis la greffe, étant en outre connu pour une ostéoporose, un trouble anxiodépressif et une consommation à risque d'alcool ;

- un rapport du 8 décembre 2020 du Prof. C._____, et des Drs P._____, et Q._____, respectivement médecin chef de clinique, chef de

clinique adjoint et médecin assistante au Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____, exposant que le patient avait présenté une péjoration de la fonction rénale dès janvier 2020, qu'un traitement par néphrostomie percutanée et sonde urétérale JJ avait été réalisé le 20 octobre 2020, que l'intéressé avait toutefois consulté les urgences le 4 novembre 2020 en lien avec une bactériémie *Enterococcus faecalis* sur pyélonéphrite du greffon et que l'évolution avait été favorable nonobstant des valeurs de créatinine plus hautes qu'en 2019, la néphrostomie et la sonde JJ ayant conséquemment été retirées le 10 novembre 2020 ;

- un rapport du 16 décembre 2020 de la Dre W._____, cheffe de clinique adjointe Service de médecine interne du Centre hospitalier K._____, expliquant que l'assuré avait été hospitalisé du 5 au 11 décembre 2020 dans le cadre d'une bactériémie à *Enterococcus faecalis* sur probable thrombophlébite septique du membre supérieur gauche ;

- un rapport du 5 janvier 2021 du Prof. C._____, et des Dres Q._____, et G._____, cheffe de clinique adjointe au Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____, indiquant que l'assuré avait été hospitalisé du 24 novembre au 4 décembre 2020 pour une ponction biopsie rénale (PBR) du greffon, une précédente intervention en juillet 2020 ayant dû être reportée en lien avec la progression de l'insuffisance rénale ;

- un rapport du 11 janvier 2021 du Service d'antibiothérapie parentérale du Centre hospitalier K._____, mentionnant que le patient avait été suivi en ambulatoire du 11 décembre 2020 au 4 janvier 2021, en lien avec la récurrence de bactériémie à *Enterococcus faecalis*.

Par rapport du 4 mars 2021 à l'OAI, les Dres A._____, et E._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante au Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____, ont rappelé les antécédents de l'assuré et relevé que ce dernier devait éviter l'effort physique. Pour le surplus, elles ont indiqué ne

pas être en mesure de se prononcer du point de vue de la capacité de travail ; elles ont néanmoins estimé que dans une activité tenant compte de l'atteinte à la santé, quatre à six heures de travail par jour pouvaient raisonnablement être attendues du patient.

Par rapport du 16 avril 2021, le Dr O._____, chef de clinique adjoint au Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier K._____, a indiqué suivre l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2020. Il a précisé n'avoir jamais attesté une incapacité de travail, bien que l'incapacité d'exercer une quelconque activité professionnelle depuis le début de la prise en charge fût évidente. Sur le plan diagnostique, le Dr O._____ a retenu un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis 2018, une anxiété généralisée (F41.1) depuis une date indéterminée, une personnalité émotionnellement labile type impulsif (F60.3) vraisemblablement depuis le début de l'adolescence, ainsi qu'une suspicion de dépendance à l'alcool (F10.2) depuis 2020. Le Dr O._____ a en outre relevé une consommation sporadique d'alcool, avec suspicion de minimisation de la part du patient, ainsi qu'une anorexie dépressive concourant avec des problèmes dentaires à un état d'hyponutrition. S'agissant du pronostic, le Dr O._____ a expliqué que les complications somatiques présentées par l'assuré étaient incompatibles avec une activité professionnelle et qu'elles étaient de surcroît intolérables de par le fonctionnement psychique du patient, ce qui les rendait encore plus difficilement conciliables avec une quelconque activité professionnelle. En cas d'amélioration de l'état de santé permettant une diminution de la prise en charge très régulière au Centre hospitalier K._____, le fonctionnement psychique de l'intéressé pourrait permettre un investissement dans une activité adaptée à ses besoins ; même dans ce cas, il apparaissait invraisemblable que l'assuré puisse travailler au-delà de 10 à 15 % (voire 10 à 20 %) dans cinq ans. Au niveau du potentiel de réadaptation, le Dr O._____ a précisé qu'actuellement, l'assuré ne disposait pas de ressources lui permettant d'envisager une quelconque activité professionnelle en raison du débordement de ses capacités psychiques ; l'exercice d'une activité adaptée à sa santé était ainsi exigible à raison de « *zéro heure de travail*

par jour ». Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr O._____ a notamment mentionné des restrictions induites par les troubles somatiques, une incapacité concentrationnelle liée à l'effondrement thymique dépressif et à l'anxiété, ainsi qu'une défaillance exécutive, concentrationnelle et mnésique liée aux mêmes affections. En annexe, ledit psychiatre a produit différents documents se rapportant aux précédentes hospitalisations de l'assuré.

Par avis médical du 29 avril 2021, les Drs BB._____ et CC._____, du SMR, ont estimé que la capacité de travail dans une activité adaptée était selon toute vraisemblance de 50 % depuis le dernier avis dudit service établi en 2013. Il y avait de surcroît lieu de retenir une aggravation en lien avec une atteinte à la santé psychique clairement détaillée, incompatible avec toute activité depuis le mois de décembre 2020. Il convenait toutefois de solliciter des informations complémentaires auprès des médecins du Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____ et du psychiatre traitant.

Sur interpellation de l'OAI, le Dr O._____ a indiqué, dans un rapport du 14 septembre 2021, que l'état de santé de l'assuré s'était détérioré depuis son précédent compte-rendu, avec notamment une progressive péjoration de l'épisode dépressif et des consommations d'alcool à visée anxiolytique déclenchant une idéation suicidaire scénarisée par saut dans le vide ou impact véhiculaire. Cette péjoration psychiatrique, amenant le patient à manquer certaines consultations somatiques dans un processus équivalent suicidaire passif [sic], était liée à de récentes complications physiques marquées notamment par une syncope le 2 septembre 2021 avec fracture du radius distal gauche et une seconde syncope le jour suivant avec réception sur le genou gauche. Dans ces conditions, la capacité de travail était considérée comme nulle depuis le début du suivi et ce dans une quelconque activité professionnelle, chez un assuré présentant en particulier une dépression l'empêchant de mobiliser quelque ressource que ce fût.

Sur requête de l'OAI, la Dre G._____ a établi le 21 octobre 2021 un compte-rendu exposant que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était marquée par une dysfonction du greffon, des signes de toxicité aux CNIs (*Calcineurin Inhibitor Toxicity*) avec fibrose de presque 30 % et stigmates de rejet mis en évidence par la biopsie de novembre 2020, un renforcement du traitement antirejet sur apparition de DSA (*Donor Specific Antibody*), des complications d'ordre urologique dans le post greffe avec urinome sur fuite urinaire en 2015 et nécessité de pose d'une néphrostomie de 2019 à 2020 pour défaut d'écoulement de l'urine avec urosepsis en novembre 2020, ainsi qu'une néphrite à BK virus dans la constellation de l'urinome de 2015 ; à cela s'ajoutaient une thrombose de la fistule artério-veineuse au membre supérieur gauche nécessitant une anticoagulation au long cours, des troubles de la mastication sur des problèmes dentaires, une fracture récente du poignet gauche sur un terrain ostéoporotique et un état anxiodépressif avec notion d'épisode d'alcoolisation. Cela étant, la Dre G._____ a indiqué que l'assuré n'était pas en état de travailler, respectivement que la capacité de travail était nulle depuis au moins une année suite à la péjoration de la fonction du greffon.

Par avis médical SMR du 24 novembre 2021, le Dr BB._____ a retenu ce qui suit :

"Cet assuré voit une péjoration de son état de santé, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Le facteur précipitant est une infection au rein qui vient accélérer la dégradation de la fonction rénale et le rejet du greffon. Ceci entraîne une augmentation de la fatigue. Par ailleurs, une ostéoporose induite par l'insuffisance rénale, les traitements corticoïdes et les immunosuppresseurs favorisent certaines LF mentionnées ci-dessous.

Cette situation somatique entraîne une décompensation dépressive et anxieuse ainsi qu'un épuisement des ressources adaptatives de l'assuré. Ces dernières décompensent un trouble de personnalité impulsif et entraîne[nt] des comportements à risque tels qu'une consommation d'alcool, des chutes et d'autres conduites à risque. Le suivi est difficile en raison d'une mauvaise compliance liée au trouble de personnalité, le sentiment de honte de devoir dépendre de son épouse et de ses enfants et la crainte d'un pronostic vital défavorable.

Pour toutes ces raisons, nous validons les estimations des médecins en charge de l'assuré concernant la CTAH et la CTAA, les LF

somatiques et psychiatriques. Nous retenons comme date d'aggravation le 04.11.2020, date de l'infection rénale, de l'aggravation notoire de la fonction rénale et de la nécessité de mise en place d'un traitement psychiatrique encore en place à ce jour. L'épuisement des ressources adaptatives mentionné par le psychiatre est convaincant.

Conclusions

- **Date de l'aggravation : 04.11.2020**
- **CTAH : 0% déjà retenu dans RAF 26.06.2013**
- **CTAA : 0% depuis 04.11.2020**
- **Limitations fonctionnelles** : difficultés relationnelles et régulation des émotions, agressivité, impulsivité, déficit de planification et d'adaptation au changement, faiblesse et fatigabilité accrue, pas d'activité debout, terrain irrégulier, en se penchant, bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genoux, rotation du tronc en position assis/debout, travail en hauteur, charges < 5 kg, Eviter l'exposition au froid ou à la chaleur. Pas de travail de force ou à risque de blessure, nocturne ou horaires irréguliers. Pas d'exposition à des risques infectieux ou de poussière.
[...]"

c) En date du 16 décembre 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2020, puis d'une rente entière à compter du 1^{er} février 2021. Dans sa motivation, l'office a rappelé qu'une convention existait entre la Suisse et le pays d'origine de l'intéressé depuis le mois de janvier 2019 et que, à cette époque, ce dernier présentait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Procédant à l'évaluation théorique de la capacité de gain, l'OAI a retenu que la comparaison des revenus sans et avec invalidité de respectivement 68'376 fr. 57 et 32'478 fr. 87 (moyennant un abattement de 5 % tenant compte du taux d'occupation) mettait en évidence un préjudice économique de 35'897 fr. 70 correspondant à un taux d'invalidité de 52,5 %. Attendu que la demande de prestations avait été déposée tardivement, le droit à une demi-rente fondé sur un taux d'invalidité de 53 % ne pouvait cependant prendre effet que six mois plus tard, à partir du 1^{er} décembre 2020. Compte tenu par ailleurs d'une aggravation considérable de l'état de santé engendrant une incapacité de travail et de gain totale depuis le 4 novembre 2020, la demi-rente devait ensuite être remplacée par une rente entière basée sur un taux

d'invalidité de 100 % à l'issue d'une période de trois mois, soit dès le 1^{er} février 2021.

Par décision du 1^{er} mars 2022, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2020 au 31 janvier 2021, puis à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2021, pour les motifs exposés dans son projet de décision.

Par écrit du 16 mars 2022, l'assuré, désormais représenté par Me Olivier Carré, a relevé que la naissance du droit à une demi-rente d'invalidité devait intervenir au 1^{er} novembre 2020, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations en mai 2020.

Le 24 mars 2022, l'OAI a rendu une décision rectificative, annulant et remplaçant la précédente, allouant à l'intéressé une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2020 au 31 janvier 2021, puis une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2021. Le montant des prestations allouées à ce titre s'élevait ainsi à 553 fr. du 1^{er} novembre au 31 décembre 2020, à 557 fr. du 1^{er} au 31 janvier 2021 et à 1'112 fr. à compter du 1^{er} février 2021.

D. Agissant par l'entremise de son conseil, X. _____ a recouru le 12 mai 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation [recte : réforme] et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} décembre 2016, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre préalable, le recourant a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, l'intéressé a fait valoir qu'il avait payé des cotisations en 2000, 2001 et 2002 pour des montants supérieurs au minimum de la cotisation annuelle, que ces cotisations pouvaient ainsi valoir pour l'année entière mais que l'avis juriste du 23 juin 2020 retenait à tort une condition supplémentaire relative à la constitution d'un domicile en Suisse durant la même période. En conséquence, le recourant a argué que le droit à une rente d'invalidité

aurait dû être reconnu six mois après la demande déposée le 14 juin 2016, soit dès le 1^{er} décembre 2016, en l'absence de décision formelle rendue suite à cette dernière demande. Sous un autre angle, le recourant a soutenu qu'aucun élément ne permettait de retenir une invalidité seulement partielle avant le mois de février 2021, se prévalant à cet égard des avis émis par le Dr M._____, le Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____ et le Département de psychiatrie du Centre hospitalier K._____. Enfin, le recourant a considéré que le droit à une rente entière d'invalidité devait au plus tard s'ouvrir à compter du 1^{er} novembre 2020, se prévalant à cet égard de l'art. 29bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

Par décision du 31 mai 2022, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 mai 2022 et désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 30 juin 2022. L'OAI a notamment rappelé que la prise de position du 16 août 2016 était restée sans suite et a, pour le surplus, renvoyé à l'avis juriste du 23 juin 2020 et à l'avis médical SMR du 6 mai 2021.

Par réplique du 23 août 2022, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Il a plus particulièrement fait valoir que la communication du 16 août 2016 – qui n'avait du reste pas été adressée à son avocat de l'époque, Me Philippe Liechti – ne lui était jamais parvenue, respectivement qu'il incombait à l'OAI d'apporter la preuve de sa notification. Même à admettre la notification de ladite correspondance, le recourant a fait valoir que le libellé de cette missive était difficilement accessible et qu'il n'aurait en conséquence pas pu en apprécier la portée compte tenu de sa méconnaissance du français. Pour ces motifs, l'intéressé a estimé que les prestations de rente auraient dû être servies dès 2016. Le recourant a par ailleurs argué que l'application de la Convention de sécurité sociale entre la Suisse et la Serbie devait à tout le moins conduire à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le mois de janvier

2019 ; au surplus, il a argué que la notification de la lettre du 16 août 2016 à son conseil de l'époque lui aurait permis d'être sensibilisé à l'existence de ce texte et de déposer une nouvelle demande avant le mois de mai 2020.

Dupliquant le 7 septembre 2022, l'intimé a maintenu sa position.

Par écriture du 23 septembre 2022, le recourant a confirmé ses arguments.

Interpellé par la juge instructrice le 12 mai 2023 quant à la nationalité du recourant - kosovare et non serbe selon les pièces au dossier - et à la manière dont avaient été prises en compte les cotisations comptabilisées en Allemagne, l'OAI a reconnu le 6 juin 2023 que le recourant était bien de nationalité kosovare et a pour le surplus renvoyé à l'avis juriste du 23 juin 2020 s'agissant de la question des périodes de cotisation.

Par avis du 14 septembre 2023, la juge instructrice a imparti au recourant un délai au 9 octobre 2023 pour retirer son recours dans la perspective d'une potentielle *reformatio in pejus* de la décision de l'OAI du 24 mars 2022, au motif que les exigences légales en termes de périodes de cotisation semblaient ne pas être réunies pour la période du 1^{er} novembre 2020 au 30 novembre 2021.

Le 5 octobre 2023, le recourant a sollicité une prolongation du délai précité et a demandé à ce que lui soit communiquée « *une jurisprudence spécifique sur la question concernée* ».

Par avis du 10 octobre 2023, la juge instructrice a prolongé au 26 octobre 2023 le délai susdit et a pour le reste indiqué ne rien avoir à ajouter à son précédent courrier du 14 septembre 2023.

Par acte du 19 octobre 2023, le recourant a déclaré maintenir son recours.

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 pascales (art. 38 al. 4 let. a 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. Est litigieux le bien-fondé de la décision rendue le 24 mars 2022 par l'intimé, allouant au recourant une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2020 au 31 janvier 2021, puis une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2021.

3. 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Tel est précisément le cas en l'espèce.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

aa) En matière de rente de l'assurance-invalidité, l'assuré a droit à une telle prestation 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité

de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

bb) La survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références citées ; voir également ATF 147 V 133 consid. 5.3).

A cet égard, on notera encore que le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 et les références citées). Il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (TF 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

c) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

Pour des motifs de proportionnalité, il peut toutefois être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas (ATF 145 V 215 consid. 7 ; 143 V 418 consid. 7.1 ; 143 V 409 consid. 4.5.3).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une décision de refus de rente le 10 juin 2014, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies lors de la survenance de l'invalidité en septembre 2010, en lien avec une atteinte rénale. Le 16 août 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une demande du 14 juin 2016 considérée comme une requête de reconsidération de sa précédente décision. Suite à une nouvelle demande de prestations du 29 mai 2020, l'office a toutefois estimé que l'assuré remplissait désormais les conditions générales d'assurance en matière de rente ordinaire d'invalidité, dès lors que pouvaient désormais être prises en considération les périodes de cotisation réalisées en Allemagne, compte tenu de la convention entre la Confédération suisse et la République de Serbie relative à la sécurité sociale du 11 octobre 2010 (ci-après : la convention du 11 octobre 2010 ; RS 0.831.109.682.1) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Il lui a conséquemment reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2020 au 31 janvier 2021 en lien avec son atteinte rénale, puis à

une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2021 compte tenu d'une aggravation de l'affection rénale cumulée à une décompensation psychique.

Le recourant a critiqué la position de l'intimé en se prévalant, d'une part, d'une période de cotisation de trois ans réalisée entre 2000 et 2002 en Suisse. Sur cette base, il a soutenu que le droit à une rente d'invalidité devait en réalité rétroagir au 1^{er} décembre 2016, soit six mois après la demande introduite le 14 juin 2016. Il a en outre contesté n'avoir présenté qu'une invalidité partielle avant le mois de février 2021 et a soutenu avoir droit, sur la base de l'art. 29bis RAI, à une rente d'invalidité entière depuis le 1^{er} novembre 2020 au plus tard.

b) Dès lors que la décision de refus de prestations du 10 juin 2014 était fondée sur le fait que le recourant, atteint d'une affection rénale, ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité (art. 36 LAI), ce dernier ne saurait en principe prétendre à une rente de l'assurance-invalidité qu'en relation avec un nouveau cas d'assurance. Il n'est en effet pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (TF 9C_884/2011 du 22 décembre 2011 et la référence citée).

c) Sur le plan somatique, force est de constater que l'affection rénale du recourant a perduré sans interruption notable ou rémission depuis la décision du 10 juin 2014, nonobstant la greffe intervenue en 2015 - ainsi qu'en attestent notamment les différents rapports médicaux émanant du Centre de transplantation d'organes du Centre hospitalier K._____ (cf. rapports des 31 juillet 2018, 8 décembre 2020, 5 janvier 2021 et 21 octobre 2021). Cette atteinte a plus particulièrement engendré diverses complications à différents niveaux, en particulier plusieurs infections dans les suites de la greffe de 2015 (cf. *ibid.*) et une artériopathie oblitérante du membre supérieur gauche dans les suites

d'une ancienne fistule artériovoineuse utilisée dans le cadre de l'hémodialyse ayant précédé la greffe (cf. rapport du 31 juillet 2018 de la Dre J._____ p. 2 et rapport de la Dre W._____ du 16 décembre 2020 p. 1) ; on doit également admettre que l'insuffisance rénale a selon toute vraisemblance favorisé l'apparition d'ostéoporose (cf. avis médical SMR du 24 novembre 2021 p. 2). On note pour le surplus des troubles secondaires, liés ou non à l'atteinte rénale, mais dont rien en l'état du dossier n'indique qu'ils seraient en eux-mêmes susceptibles d'être déterminants du point de vue de l'assurance-invalidité (notamment des kystes, céphalées, problèmes dentaires). Attendu que l'essentiel de la symptomatologie somatique demeure rattaché à l'évolution continue de l'atteinte rénale, on ne saurait par conséquent voir ici un nouveau cas d'assurance susceptible de donner naissance à une rente d'invalidité.

Ces éléments ne sont pas réellement contestés dans le cadre de la présente procédure. Les parties s'opposent en revanche autour de la problématique des conditions d'assurance. Si le recourant revient en effet sur la non-réalisation initiale des conditions d'assurance, l'intimé retient pour sa part une modification du régime juridique applicable du point de vue du droit international permettant désormais l'ouverture du droit à une rente d'invalidité à raison de l'affection rénale.

aa) L'art. 36 al. 1 LAI prévoit que l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité.

aaa) Il y a lieu de se référer à l'art. 50 RAVS (règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101) pour déterminer la période de cotisation entrant en ligne de compte (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4^e éd., Genève 2022, n° 3 ad art. 36 LAI ; voir également TF 9C_510/2020 du 2 novembre 2020 consid. 3.2). Cette disposition précise qu'une année de cotisation est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS

(loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle présente des périodes de cotisation au sens de l'art. 29ter al. 2 LAVS - à savoir des périodes durant lesquelles la personne assurée a payé des cotisations (let. a), des périodes pendant lesquelles son conjoint a payé au moins le double de la cotisation minimale (let. b) ou des périodes pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (let. c).

Les Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale (DR), édictées par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), prévoient en outre que dans la mesure où une personne était assurée durant une période déterminée et était soumise à l'obligation de payer des cotisations, on retiendra l'année entière si le compte individuel de l'assuré fait ressortir, pour l'année considérée, des inscriptions qui atteignent, au moins, les montants des revenus figurant dans l'appendice I desdites directives (ch. 5011 DR dans sa teneur en vigueur en 2022, ch. 5018 depuis le 1^{er} janvier 2024). En revanche, si, pour l'année considérée, les revenus inscrits dans le compte individuel de la personne assurée n'atteignent pas les cotisations minimales figurant dans l'appendice I, on prendra en compte un certain nombre de mois de cotisations qui dépendra des cotisations versées (ch. 5012 DR dans sa teneur en vigueur en 2022, ch. 5019 depuis le 1^{er} janvier 2024). Selon l'appendice I précité, la cotisation minimale simple pour un salarié s'élevait à 3'543 fr. pour les années 2000, 2001 et 2002.

bbb) Attendu qu'au plan somatique la nouvelle demande de prestations déposée le 29 mai 2020 repose sur les suites d'une atteinte rénale déjà annoncée par le passé, en 2011/2012 puis en 2016, c'est à juste titre que l'OAI a à cet égard fixé la survenance de l'invalidité au 14 septembre 2010 (cf. avis juriste du 23 juin 2020), comme précédemment (cf. décision du 10 juin 2014), soit à l'issue d'une période d'une année depuis le début du traitement par hémodialyse au Centre hospitalier K._____. Il n'est du reste pas contesté ni contestable qu'à cette époque, l'assuré présentait une incapacité de travail supérieure à 40 % (cf. en

particulier rapport du 10 mai 2012 du Dr S._____, rapport du 12 juin 2012 des Drs B._____, et N._____, rapport du 13 décembre 2012 du Dr H._____, et rapport d'examen SMR du 26 juin 2013 du Dr F._____. Compte tenu des éléments au dossier, la date de survenance de l'invalidité n'a ainsi pas lieu d'être mise en doute ; elle n'est, du reste, pas disputée par le recourant.

On constate par ailleurs qu'au 14 septembre 2010, le recourant, selon les informations extraites de son compte individuel, comptabilisait quatre mois de cotisation pour l'année 2000 (de septembre à décembre), trois mois de cotisation pour l'année 2001 (janvier, octobre et novembre) et deux mois de cotisation pour l'année 2002 (mars et avril). L'addition de ces différentes périodes est ainsi indubitablement inférieure aux trente-six mois requis par l'art. 36 al. 1 LAI. Les cotisations versées en 2000, 2001 et 2002 (à savoir : 12'721 fr. en 2000, 8'287 fr. en 2001 et 7'275 fr. en 2002) dépassent en revanche la cotisation minimale de 3'543 fr. arrêtée pour les années en question (cf. appendice I DR et consid. 5c/aa/aaa supra). Si cette constellation permet théoriquement d'étendre une période de cotisation partielle à l'année entière (cf. consid. 5c/aa/aaa supra), il demeure que ce cas de figure ne trouve cependant pas à s'appliquer lorsque la personne concernée n'était pas assurée durant la période entière correspondante et n'était pas soumise à l'obligation de cotiser. En effet, ainsi que cela résulte de l'art. 50 RAVS en lien avec les art. 1a et 2 LAVS, seule la période durant laquelle une personne a été assurée et soumise à l'obligation de cotiser est considérée comme une durée de cotisation. Ainsi, si une personne n'est assurée et soumise à l'obligation de cotiser que pendant une partie de l'année, il n'est pas possible de considérer que l'année de cotisation est complète et ce, même si le montant des cotisations pour le restant de l'année dépasse la cotisation minimale (ATF 99 V 24 consid. 1 ; TAF C-8/2020 du 1^{er} mars 2023 consid. 4.3 et C-2673/2018 du 30 juin 2021 consid. 9.2.1, avec les références citées ; Ueli Kieser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum AHVG*, 4^e éd., 2020, n° 3 ad art. 29ter LAVS ; Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 921 ; ch. 5013 DR dans sa teneur en vigueur

en 2022, ch. 5020 depuis le 1^{er} janvier 2024). Si en l'espèce les conditions d'une extension de la période de cotisation sont remplies pour les années 2000 et 2001, il apparaît par contre que, pour l'année 2002, l'assuré n'a pas cotisé au-delà du mois d'avril 2002 et n'a de surcroît plus séjourné en Suisse au-delà du mois de juillet 2002, ainsi qu'en a attesté le SPOP aux termes du relevé établi le 4 avril 2014. Il s'ensuit que le recourant - que ce soit par le biais d'une activité lucrative ou d'un domicile en Suisse - n'a pas été assujéti à l'assurance obligatoire (art. 1a LAVS) sur l'ensemble de l'année 2002, étant précisé que la question d'une adhésion facultative (art. 2 LAVS) n'est pas pertinente dans le cas particulier. Aussi l'intéressé ne peut-il se prévaloir d'une période de cotisation fictivement étendue à l'ensemble de l'année que pour les années 2000 et 2001 mais pas pour l'année 2002, période pour laquelle seuls les deux mois de cotisations effectivement portés à son compte individuel (soit mars et avril 2002) peuvent être pris en compte. Il en résulte une période de cotisation en Suisse inférieure à trois ans au moment de la survenance de l'invalidité au 14 septembre 2010. Au surplus, on notera encore que la lacune de cotisation ainsi constatée ne peut plus être comblée à l'heure actuelle, compte tenu du délai quinquennal prévalant en la matière (art. 16 al. 1 LAVS ; cf. ATF 148 V 277 consid. 4.1).

Force est dès lors de constater, comme lors de la décision du 10 juin 2014, que les conditions d'assurance ne sont pas remplies sous l'angle du droit interne.

Peu importe, dans ces conditions, que l'on puisse s'interroger sur la recevabilité même de l'argumentation du recourant, équivalant en réalité à revenir sur le fondement juridique de la décision du 10 juin 2014 au mépris de toute procédure de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

bb) L'affaire présente par ailleurs un élément d'extranéité dans la mesure où le recourant est de nationalité étrangère.

aaa) L'OAI, considérant que l'assuré était de nationalité serbe, s'est plus particulièrement référé à la Convention entre la Suisse et la Serbie, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019. C'est toutefois oublier qu'à l'appui de sa demande de prestations du 29 mai 2020, le recourant a fourni des documents attestant exclusivement une nationalité kosovare. L'OAI l'a du reste reconnu en cours de procédure judiciaire (cf. déterminations du 6 juin 2023). C'est dès lors la Convention de sécurité sociale conclue le 8 juin 2018 entre la Confédération suisse et la République du Kosovo (ci-après : la convention du 8 juin 2018 ; RS 0.831.109.475.1), entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2019, qui s'avère pertinente dans le cas particulier. On précisera néanmoins que ce point ne porte pas réellement à conséquence, dès lors que la réglementation prévue par ces deux textes conventionnels est sensiblement similaire pour ce qui touche à la question de la totalisation des périodes de cotisation (voir en particulier l'art. 14 de la convention du 11 janvier 2010 et l'art. 15 de la convention du 8 juin 2018).

Par surabondance, on relèvera encore que l'avis juriste du 23 juin 2020 fait à tort référence à la Convention du 8 juin 1962 entre la Confédération suisse et la République Populaire Fédérative de Yougoslavie relative aux assurances sociales (abrogée au 1^{er} septembre 2021). Dite convention a en effet cessé de s'appliquer aux citoyens du Kosovo à compter du 1^{er} avril 2010 (voir à cet égard ATF 139 V 263) et n'aurait dès lors pas pu étendre ses effets à un cas d'assurance survenu postérieurement, comme en l'espèce. C'est de surcroît à tort que l'avis juriste susdit mentionne que l'art. 10 de cette convention permettait la totalisation des périodes d'assurance réalisées dans un Etat tiers pour déterminer le début du droit à des prestations d'assurance en Suisse ; tel n'était justement pas le cas (voir également CASSO AI 199/19 - 325/2020 du 24 septembre 2020 consid. 4).

C'est par conséquent à la lumière de la seule convention du 8 juin 2018 qu'il y a lieu de poursuivre l'analyse.

bbb) La convention du 8 juin 2018 s'applique en particulier aux ressortissants des Etats contractants qui sont ou qui ont été soumis aux dispositions légales de l'un des Etats contractants (art. 3 let. a). Elle étend ses effets à la LAI (art. 2 par. 1 let. b) mais, sauf disposition contraire, pas aux traités et autres accords internationaux en matière de sécurité sociale conclus par l'un ou l'autre des Etats contractants avec un Etat tiers, ni à une législation supranationale de sécurité sociale et aux dispositions d'application qui s'y rapportent (art. 2 par. 2). Par ailleurs, à moins que la convention n'en dispose autrement, les ressortissants de l'un des Etats contractants ont, en ce qui concerne l'application des dispositions légales de l'autre Etat contractant, les mêmes droits et obligations que les ressortissants de cet Etat (art. 4 par. 1).

L'art. 15 de la convention vise plus particulièrement la totalisation des périodes d'assurance du point de vue des prestations suisses. Cette norme retient que lorsque les périodes d'assurance accomplies par une personne selon les dispositions légales suisses ne permettent pas, à elles seules, de remplir les conditions requises pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, l'institution d'assurance compétente y ajoute, afin de déterminer la naissance du droit aux prestations, les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales kosovares, pendant lesquelles des cotisations ont été versées, pour autant qu'elles ne se superposent pas aux périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses (art. 15 par. 1). Lorsqu'une personne visée à l'art. 3 let. a ne satisfait pas aux conditions requises pour la naissance du droit, malgré l'application des dispositions du par. 1, l'institution suisse prend aussi en considération les périodes d'assurance et les périodes qui leur sont assimilées accomplies dans un Etat tiers qui a conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse, pour autant que ladite convention prévoit la totalisation des périodes d'assurance pour déterminer la naissance du droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse (art. 15 par. 2). Toutefois, si les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses sont inférieures à un an, les par. 1 et 2 ne s'appliquent pas (art. 15 par. 3).

Sous l'angle du droit transitoire, l'art. 35 précise que la convention ne confère aucun droit à des prestations pour la période précédant son entrée en vigueur (par. 1). Les décisions antérieures à l'entrée en vigueur de la convention ne font en outre pas obstacle à son application (par. 2). Par ailleurs, pour déterminer le droit aux prestations en application de la convention, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies selon la législation de l'un des Etats contractants et des événements assurés intervenus avant la date d'entrée en vigueur de la convention (par. 3). Enfin, les droits des intéressés dont la rente a été refusée ou déterminée avant l'entrée en vigueur de la convention seront, sur demande, révisés d'après dite convention (par. 5 première phrase).

ccc) Dans le cas d'espèce, on précisera tout d'abord que sous l'angle de la convention de sécurité sociale du 8 juin 2018, la demande présentée le 29 mai 2020 par l'assuré peut être assimilée à une demande de "révision" au sens de l'art. 35 par. 5 de la convention susdite.

Cela posé, il est constant que si l'assuré comptabilise certes une période de cotisation inférieure aux trente-six mois requis par la législation suisse, il peut en revanche se prévaloir d'une période de cotisation supérieure à une année en Suisse (cf. consid. 4c/aa/bbb supra), conformément au prérequis posé à l'art. 15 par. 3 de la convention du 8 juin 2018 pour pouvoir prétendre à une totalisation des périodes de cotisation. L'intéressé n'a en revanche pas cotisé au Kosovo (cf. courrier de la Centrale suisse de compensation du 29 janvier 2021), si bien qu'il n'y a pas lieu de prendre en compte une quelconque période d'assurance dans ce pays au sens de l'art. 15 par. 1 de la convention du 8 juin 2018. Reste l'hypothèse prévue à l'art. 15 par. 2 de la convention, soit la prise en considération des périodes d'assurance accomplies dans un Etat tiers. A cet égard, l'office intimé a manifestement considéré, sur la base de l'art. 15 par. 2 de la convention, que les 67 mois de cotisation enregistrés en Allemagne pouvaient être pris en compte pour combler la période d'assurance en Suisse afin d'arriver, s'agissant de l'atteinte rénale, aux

trente-six mois de cotisation requis à l'art. 36 al. 1 LAI. Cette position ne peut toutefois être suivie.

Selon le texte clair de la convention du 8 juin 2018, la totalisation des périodes d'assurance avec les cotisations effectuées dans un Etat tiers ne peut en effet intervenir que pour autant, d'une part, que cet Etat ait également conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse et, d'autre part, que cette convention prévoie la totalisation des périodes d'assurance pour déterminer la naissance du droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Dans le cas particulier, il faut par conséquent examiner ce qu'il en est vis-à-vis de l'Allemagne, pays où l'assuré a cotisé durant 67 mois. Il y a plus particulièrement lieu de se référer à la Convention sur la sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République fédérale d'Allemagne, conclue le 25 février 1964 et entrée en vigueur le 1^{er} mai 1966 (RS 0.831.109.136.1), aux Conventions complémentaires des 24 décembre 1962 (RS 0.831.109.136.11), 9 septembre 1975 (RS 0.831.109.136.121) et 2 mars 1989 (RS 0.831.109.136.122), ainsi qu'à l'arrangement administratif du 25 août 1978 (RS 0.831.109.136.13). Or la lecture de ces textes ne révèle aucune disposition permettant de prendre en considération des périodes d'assurance en Allemagne pour satisfaire aux conditions d'assurance en matière de rentes d'invalidité suisses (voir également à cet égard TFA H 194/02 du 10 octobre 2003 consid. 2.2 et TFA I 435/00 du 3 mai 2000 consid. 1b). De ces éléments, on peut donc déduire que la convention de sécurité sociale entre la Suisse et l'Allemagne ne prévoit justement pas la totalisation des périodes d'assurance du point de vue du droit à la rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, au sens de l'art. 15 par. 2 de la convention du 8 juin 2018. Sous cet angle, il n'est dès lors pas possible de prendre en compte les cotisations réalisées en Allemagne.

Le droit communautaire ne permet pas davantage une prise en compte des cotisations allemandes. On notera en particulier que l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes ou

ALCP ; RS 0.142.112.681) ne relève pas d'une convention bilatérale de sécurité sociale conclue entre la Suisse et un Etat tiers, tel qu'expressément requis à l'art. 15 par. 2 de la convention du 8 juin 2018, mais d'une norme de droit supranational s'inscrivant dans un régime communautaire particulier. L'art. 2 par. 2 de la convention du 8 juin 2018 exclut, du reste, différents textes de son champ d'application matériel (sauf disposition contraire), dont les « *traités et autres accords internationaux en matière de sécurité sociale conclus par l'un ou l'autre des Etats contractants avec un Etat tiers* » et « *une législation supranationale de sécurité sociale, ainsi que les dispositions d'application qui s'y rapportent* ». En tout état de cause, il demeure que celui qui n'est ni suisse, ni ressortissant communautaire n'est pas au nombre des sujets auxquels s'applique l'ALCP et, comme tel, ne bénéficie d'aucun droit à être traité de la même manière qu'un ressortissant suisse ou communautaire résidant en Suisse (TF 9C_873/2012 du 25 février 2013 consid. 4.2.1 et les références citées). Ainsi, l'ALCP, singulièrement la législation communautaire en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, ne sont pas applicables dans le cas d'espèce, faute pour le recourant d'être un ressortissant « *des Etats membres de la Communauté européenne* » (art. 1 ALCP). Au demeurant, il convient de préciser que la rente de l'assurance-invalidité suisse est calculée de manière autonome, sans prise en compte de périodes d'assurance étrangères (ATF 133 V 329 consid. 4.4) ; il n'y a par conséquent pas lieu de procéder à la totalisation et à la proratisation au sens de l'art. 52 al. 1 let. b du Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1), dans la mesure où le calcul opéré selon la législation suisse aboutit le plus souvent à une rente d'un montant égal ou supérieur (art. 52 al. 4 et annexe VIII, partie 1, du règlement n° 883/2004 en corrélation avec l'art. 46 al. 1 du règlement n° 883/2004).

Il découle de ce qui précède que, pour ce qui est du cas d'assurance survenu le 14 septembre 2010 au plan rénal, le recourant ne peut exciper d'aucune norme de droit international afin de satisfaire aux

conditions d'assurances présidant à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité suisse.

cc) Il apparaît en définitive que, pour ce qui est des suites de son atteinte rénale, le recourant ne comptabilise pas au moins trois années de cotisations au sens de l'art. 36 al. 1 LAI – que ce soit en vertu de droit interne (comme lors de la décision du 10 juin 2014) ou de la convention applicable aux ressortissants kosovars depuis le 1^{er} septembre 2019. Il s'ensuit qu'il ne peut prétendre à une quelconque rente d'invalidité du fait de cette atteinte et de ses suites.

C'est en conséquence à tort que l'intimé a reconnu au recourant le droit à une quelconque rente d'invalidité en lien avec l'atteinte rénale susdite.

Dans ces conditions, on peut laisser indécise la question de la nature de la correspondance de l'OAI du 16 août 2016, consécutive à la demande de prestations déposée le 14 juin 2016 en lien avec une attestation du Dr D._____ du 22 juin 2026 se rapportant à la seule atteinte rénale. Il résulte en effet des considérants qui précèdent que le recourant ne présentait, à cette époque, aucune atteinte à la santé susceptible de fonder un droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, faute pour lui de remplir les conditions d'assurance requises en la matière.

d) Il ne fait en revanche aucun doute que la décompensation psychique intervenue en 2020 constitue un nouveau cas d'assurance.

Certes, la situation sur le plan somatique a vraisemblablement joué un rôle dans le développement et l'évolution du débordement des capacités psychiques de l'assuré, la problématique physique étant intolérable de par le fonctionnement psychique de l'intéressé (cf. rapport du Dr O._____ du 16 avril 2021 p. 4) et ayant de surcroît été directement mise en lien avec la détérioration des troubles psychiatriques signalée courant 2021 (cf. rapport du Dr O._____ du 14 septembre 2021

p. 1). Pour autant, force est de rappeler que le recourant ne présentait aucune atteinte psychiatrique incapacitante lors de la décision de refus de prestations du 10 juin 2014, conformément aux conclusions émises à l'époque par le Dr Z._____ du SMR (cf. rapport d'examen clinique psychiatrique du 19 juin 2013), et qu'il a depuis lors développé des affections décrites par le Dr O._____ comme particulièrement intenses, notamment du point de vue de la dépression ; on notera plus spécifiquement que même en cas d'amélioration des troubles somatiques et d'allègement du suivi y relatif, le Dr O._____ a estimé que la capacité de travail ne dépasserait pas 10 à 15 % et ce à l'issue d'un délai de cinq ans (cf. rapport du 16 avril 2021 p. 4). Dès lors, la décompensation signalée au décours de la demande de prestations du 29 mai 2020 doit de toute évidence être considérée comme une atteinte matériellement et temporellement distincte, justifiant une analyse sous l'angle d'un nouveau cas d'assurance.

Sur ce plan, il n'est en outre pas contesté ni contestable que le recourant peut se prévaloir d'une période de cotisation suffisante au regard de l'art. 36 al. 1 LAI.

Il incombe par conséquent à la Cour de céans de déterminer si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité, du fait de ses troubles psychiques.

aa) Dans son rapport du 16 avril 2021, le Dr O._____ a fait état d'un suivi psychiatrique remontant au 1^{er} décembre 2020 et a estimé que l'assuré se trouvait depuis lors dans l'incapacité d'exercer une quelconque activité, évoquant dans ce contexte les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptôme psychotique), d'anxiété généralisée et de personnalité émotionnellement labile type impulsif, une dépendance à l'alcool étant de surcroît suspectée. Le Dr O._____ a plus particulièrement considéré que l'assuré était sous le coup d'un débordement de ses capacités psychiques l'empêchant d'envisager un retour sur le marché de l'emploi et que l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible. Ultérieurement, dans un rapport du

14 septembre 2021, le Dr O._____ a encore signalé une dégradation de l'épisode dépressif et de la consommation d'alcool, estimant que dans ces conditions la capacité de travail devait être considérée comme nulle dans toute activité depuis le début du suivi.

Sur la base de ces éléments, le SMR a retenu que l'atteinte à la santé psychique, clairement détaillée par le Dr O._____, était incompatible avec toute activité depuis le mois de décembre 2020 (cf. avis médicaux des Drs BB._____ et CC._____ du 29 avril 2021), respectivement que l'assuré présentait une décompensation dépressive et anxieuse ainsi qu'un épuisement des ressources adaptatives et que celui-ci était exposé de manière convaincante par le psychiatre traitant (cf. avis médical du Dr BB._____ du 24 novembre 2021). Sur cette base, le SMR - et corrélativement l'OAI - a en définitive retenu une date d'aggravation au 4 novembre 2020, expliquant qu'il s'agissait de la date de « *l'infection rénale, de l'aggravation notoire de la fonction rénale et de la nécessité de mise en place d'un traitement psychiatrique encore en place à ce jour* » (cf. loc. cit.).

bb) Si l'analyse faite par le Dr O._____ ne repose pas à proprement parler sur le schéma usuel à l'aide de la grille d'indicateurs définie par la jurisprudence (au sens de l'ATF 141 V 281), on doit néanmoins admettre que l'examen fait par le psychiatre traitant décrit de manière convaincante la nature et l'intensité des affections retenues, la manière dont celles-ci se reflètent sur le fonctionnement de l'assuré, leur interaction avec les autres comorbidités de l'intéressé et leur portée en termes de traitement et de réadaptation. Les médecins du SMR ont du reste entièrement souscrit aux conclusions du Dr O._____. C'est dès lors à l'unanimité que les médecins intervenus dans la présente affaire ont considéré que l'atteinte psychique du recourant était totalement invalidante et la Cour de céans ne décèle, du reste, aucune raison pertinente de s'écarter de cette évaluation ; le recourant, d'ailleurs, n'en disconvient pas.

La seule discordance constatée concerne le début de l'incapacité totale de travail reconnue à raison de l'atteinte psychique. Si le Dr O. _____ a en effet attesté une telle incapacité à compter du début de la prise en charge initiée le 1^{er} décembre 2020, les médecins du SMR ont quant à eux initialement abondé dans ce sens avant de retenir la date du 4 novembre 2020 en se fondant néanmoins essentiellement sur des éléments relevant du volet somatique qui ne peuvent être pris en compte dans le présent contexte (cf. consid. 5c supra). Attendu que seuls les paramètres en lien avec l'aspect psychique sont ici déterminants, c'est bien au 1^{er} décembre 2020 que doit être fixé le début de l'incapacité totale de travail constatée sur le plan psychiatrique.

Il suit de là, en définitive, que dans la mesure où le recourant présente un nouveau cas d'assurance sous la forme d'une atteinte psychique à la santé rendant totalement inexigible depuis le 1^{er} décembre 2020 l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, il peut se prévaloir d'une invalidité complète justifiant l'ouverture du droit à une rente entière d'invalidité à l'issue d'un délai de carence d'une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit à compter du 1^{er} décembre 2021.

Quant aux arguments du recourant concernant l'ouverture d'un droit à la rente avant cette date (cf. mémoire de recours du 12 mai 2022 p. 5 ss), ils ne peuvent qu'être rejetés. D'une part, l'aspect somatique - respectivement son importance avant la décompensation psychique constatée en décembre 2020 - ne saurait justifier l'octroi de prestations pour les motifs exposés plus haut en lien avec les conditions d'assurance (cf. consid. 5c supra). D'autre part, l'art. 29bis RAI invoqué par le recourant vise les cas de reprise de l'invalidité après suppression de la rente et n'est dès lors clairement pas applicable dans le cas particulier.

8. a) Il suit de là que le recourant ne peut en définitive prétendre qu'à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2021, en lieu et place d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2020 suivie d'une rente entière dès le 1^{er} février 2021 tel que retenu dans la décision attaquée.

Cette issue aboutit par conséquent à un résultat qui est moins favorable pour le recourant, dès lors qu'il se voit en définitive dénier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2020 au 30 novembre 2021 à concurrence d'un montant total de 12'783 francs.

b) Conformément à l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Toute *reformatio in pejus* implique par conséquent que la personne concernée soit expressément informée de cette possibilité afin d'évaluer les mesures à prendre en toute connaissance de cause (ATF 137 V 314 consid. 3.2).

C'est ici le lieu de relever que dans la mesure où l'art. 61 let d. LPGA a pour objectif de faire prévaloir, dans la procédure cantonale, une mise en œuvre correcte du droit matériel sur les intérêts juridiques de l'assuré, cette disposition doit être interprétée dans le respect du principe de la légalité et de l'égalité de traitement. Conformément à son objectif et à sa position systématique, cette disposition ne présuppose pas que la juridiction cantonale ne puisse réformer *in pejus* la décision attaquée que si celle-ci est indubitablement erronée et que la correction revêt une importance considérable (ATF 144 V 153 consid. 4.2.4).

c) En l'occurrence, le recourant a expressément été rendu attentif à la possibilité d'une *reformatio in pejus* par avis de la juge instructrice du 14 septembre 2023 lui impartissant un délai pour retirer cas échéant son recours. Après avoir obtenu une prolongation de délai, le recourant, par acte du 19 octobre 2023, a expressément déclaré maintenir son pourvoi.

Pour le reste, on doit admettre qu'en présence d'une problématique relevant de la stricte application des dispositions légales en matière de conditions d'assurance – sans aucune marge d'appréciation à

ce niveau – et compte tenu des montants visés par la réforme en question (12'783 fr.), l'intérêt subjectif du recourant à la protection de ses intérêts juridiques ne l'emporte pas, *in casu*, sur les principes de la légalité et de l'égalité de traitement au point qu'il faille renoncer à réformer la décision du 24 mars 2022 à son détriment.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 24 mars 2022 réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la partie recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisque X. _____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 31 mai 2022.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Me Olivier Carré a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 12 mai 2022 et peut donc prétendre à une équitable indemnité pour son mandat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Par courrier du 10 novembre 2022 complété le 19 octobre 2023, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans la présente cause entre le 12 mai 2022 et le 19 octobre 2023, faisant état de 20 heures et 51 minutes. S'il convient d'en tenir compte dans une certaine mesure pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour

le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, les 6 heures et 20 minutes consacrées à la rédaction d'une réplique de cinq pages apparaissent clairement excessives, en comparaison avec les 3 heures facturées pour la rédaction d'un mémoire de recours de neuf pages. On observe également plusieurs contacts téléphoniques ou épistolaires ainsi que des conférences (avec d'autres avocats, l'OAI, la caisse AVS, le Dr M. _____, l'assuré ou certains membres de sa famille) pour plus de 7 heures, dont le lien avec la conduite de la présente affaire apparaît discutable et qui dépassent manifestement les besoins de la présente procédure judiciaire. On relève de surcroît 2 heures et 35 minutes d'étude du dossier et de recherches juridiques en 2023, qui n'ont néanmoins débouché sur la production d'aucune prise de position au fond mais uniquement sur l'envoi de deux courriers à la Cour de céans en octobre 2023, l'un pour demander une prolongation de délai et l'autre pour maintenir la position défendue jusqu'alors. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 13 heures, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 2'646 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3 bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales**

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2021.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Olivier Carré, conseil d'office de X._____, est arrêtée à 2'646 fr. 20 (deux mille six cent quarante-six francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour X._____),
- 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 :