

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 Mme Pasche et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Q***, recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 36 LAI ; art. 29ss LAVS.

En fait :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), de nationalité serbe et kosovare, né en ***, est arrivé en Suisse en 1987 et y a essentiellement travaillé dans le domaine de la restauration, en tant que sommelier, jusqu'au mois de septembre 1993. Selon les pièces au dossier, il n'a plus exercé d'activité professionnelle régulière depuis lors.

Le 16 septembre 1994, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans ce contexte, il est apparu que l'intéressé présentait une gonalgie droite des suites d'un accident survenu en octobre 1992, des lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs, ainsi qu'une périarthrite de la hanche droite (rapport du 29 août 1994 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique ; rapports des 29 avril 1994 et 17 janvier 1995 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique ; rapports des 10 avril 1995 et 14 mai 1997 du Dr G._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie). Aucun trouble cristallisé n'a été mis en évidence sur le plan psychique (rapport du 4 janvier 1996 du Service universitaire de psychiatrie adulte du Centre hospitalier universitaire vaudois). Par avis des 7 juin et 9 octobre 1997, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a de surcroît retenu un trouble somatoforme persistant et estimé que la capacité de travail était de 50 % dès le mois de septembre 1994, avec une péjoration dès le mois de septembre 1996.

Par décision du 28 novembre 1997, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 1994, suivie d'une rente entière à partir du 1^{er} décembre 1996. Le montant de la rente a été fixé sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de 50'148 fr. et d'une échelle de rente 30.

Sur recours de l'assuré, dite décision a été confirmée le 26 octobre 1998 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS AI [...]).

B. Au cours de l'année 2000, l'assuré a quitté la Suisse pour s'établir au Kosovo.

Par communication du 29 décembre 2000, la Caisse suisse de compensation (ci-après : la CSC ou la Caisse), agissant dans le cadre de ses attributions ensuite du départ de l'assuré à l'étranger, a notamment informé ce dernier que le revenu annuel moyen déterminant était désormais arrêté à 51'912 francs.

S'étant vu transférer le dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés à l'étranger (ci-après : l'OAIE) a entamé dès le mois de juillet 2001 une procédure de révision du droit à la rente.

Par décision du 8 mars 2002, l'OAIE a signifié à l'assuré que les bases de calcul de la rente d'invalidité avaient été modifiées à la suite de la réception d'un compte individuel supplémentaire, entraînant l'application de l'échelle de rente 37.

Par décision du 6 mai 2004, confirmée sur opposition le 19 août 2004, l'OAIE a supprimé le droit à la rente de l'assuré avec effet au 1^{er} juillet 2004, pour défaut de collaboration à la mise en œuvre d'une expertise médicale.

Par jugement du 21 avril 2006, la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité pour les personnes résidant à l'étranger a partiellement admis le recours de l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition susdite, celle-ci étant annulée et la cause renvoyée à l'OAIE afin que l'office se prononce sur la base des pièces au dossier.

A la suite de ce renvoi, divers documents médicaux en albanais et en anglais – traduits en français – ont été versés au dossier, revenant sur les troubles orthopédiques de l'assuré et faisant état d'une incapacité de travail de 40 % sur le plan psychiatrique en lien avec un trouble somatoforme douloureux persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen (rapport du 3 janvier 2006 du Dr L._____, spécialiste en orthopédie ; rapport du 14 septembre 2006 du Dr M._____, médecin ; rapport du 3 novembre 2006 du Dr E._____, neuropsychiatre). Sur cette base, le Service médical de l'OAIE a estimé, par avis du 2 avril 2007, que l'assuré n'était probablement plus en mesure d'exercer des activités uniquement en station debout – telle l'activité de serveur – et qu'il présentait une incapacité de travail de 40 % depuis le mois de décembre [recte : novembre] 2006 dans une activité permettant de s'asseoir et de marcher en alternance.

Procédant le 22 mai 2007 à l'évaluation économique de l'invalidité, l'OAIE a arrêté le revenu sans invalidité sur la base de données statistiques dans le domaine de l'hôtellerie/restauration et – dans la mesure où le salaire envisageable dans une activité simple et répétitive de substitution était supérieur au revenu sans invalidité – a déterminé le revenu d'invalidité sur la base du gain de valide ramené à 60 %. Il en résultait un taux d'invalidité de 40 %.

Par décision du 28 novembre 2007 confirmant un projet du 15 juin précédent, l'OAIE a retenu que l'exercice d'une activité adaptée était exigible et permettrait à l'assuré de réaliser plus de 60 % du gain qui pourrait être obtenu sans invalidité. Il n'y avait dès lors pas lieu d'allouer une rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2004, date à laquelle dite prestation avait été supprimée pour défaut de collaboration.

Statuant le 12 mars 2010 sur recours de l'assuré (TAF C-177/2008), le Tribunal administratif fédéral a partiellement admis ledit pourvoi et réformé la décision du 28 novembre 2007, le droit à une rente entière d'invalidité étant supprimé au 1^{er} février 2008. Il a notamment estimé que l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré à compter du mois

de novembre 2006, en ce sens que l'ancienne activité de serveur n'était certes plus exigible, mais que les troubles orthopédiques étaient désormais compatibles avec l'exercice d'une activité légère, principalement sédentaire, et que la symptomatologie psychiatrique entraînait une incapacité de travail de 40 % (consid. 4). Sur le plan économique, le tribunal a validé la prise en compte des données statistiques dans le domaine de l'hôtellerie/restauration pour le calcul du revenu sans invalidité, ainsi que pour la fixation du revenu avec invalidité, sur la base d'un taux d'occupation de 60 %. Il en résultait un taux d'invalidité de 40 % ne permettant plus de prétendre à une rente d'invalidité (consid. 5). Quant à la suppression du droit à la rente, elle devait intervenir à compter du premier jour du deuxième mois suivant la décision du 28 novembre 2007 (consid. 6).

Par arrêt du 18 juin 2010 (TF 8C_387/2010), le Tribunal fédéral a refusé d'entrer en matière sur le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt susdit.

Par décision du 17 septembre 2010, l'OAIE a arrêté le montant des rentes d'invalidité dues à l'assuré ensuite des jugements précités, tenant compte d'un revenu annuel moyen déterminant de 55'692 fr. et d'une échelle de rente 37.

C. En date du 27 juin 2012, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations et fourni différents comptes-rendus d'exams médicaux effectués au Kosovo, traduits en français. Interpellé par l'OAIE, le SMR a estimé qu'aucune évolution significative n'en ressortait (avis médicaux des 31 octobre 2012, 3 décembre 2012 et 18 février 2013).

Par décision du 27 février 2013, confirmant un projet du 13 décembre 2012, l'OAIE a refusé d'entrer en matière sur cette demande.

Saisi d'un recours de l'assuré à l'encontre de cette décision, le Tribunal administratif fédéral l'a rejeté par arrêt du 20 septembre 2013 (TAF C-1687/2013). La requête en révision de ce jugement ultérieurement

introduite par l'assuré a été déclarée irrecevable par arrêt du 12 mai 2014 (TAF C-1125/2014).

D. Le 18 décembre 2014, l'assuré s'est annoncé une nouvelle fois en vue d'obtenir des prestations de l'assurance-invalidité. Dans ce contexte, il a produit plusieurs documents médicaux rédigés au Kosovo et en Serbie, traduits en allemand, faisant en particulier état d'une cardiomyopathie chronique hypertensive décompensée NYHA I-II (rapport du 22 juillet 2015 du Dr P._____, cardiologue), ainsi que d'une hépatite C, d'une stéatose hépatique et de « *calculosis v fell* » (rapport du 22 août 2015 de la Dre BB._____, spécialiste en médecine interne et gastroentérologie). S'étant vu soumettre ces éléments, le SMR a estimé que l'état de santé de l'intéressé n'avait pas connu d'aggravation plausible depuis la précédente demande, étant souligné que les troubles annoncés sur les plans hépatique et cardiovasculaire n'étaient en tant que tels pas incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée (avis médicaux des 2 juillet et 1^{er} octobre 2015).

Par décision du 7 octobre 2015, confirmant un projet du 13 juillet 2015, l'OAIE a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

En avril 2016, l'OAIE a réceptionné deux rapports confirmant les atteintes précédemment signalées en particulier sur les plans cardiologique et gastroentérologique (rapport du 10 février 2016 du Dr BC._____, traduit en français ; rapport du 12 février 2016 de la Dre BB._____, traduit en français).

L'assuré ayant déféré l'affaire devant le Tribunal administratif fédéral, dite instance a rejeté ce recours, dans la mesure de sa recevabilité, par arrêt du 25 août 2017 (TAF C-7165/2015).

Saisi d'un recours contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable par jugement du 17 octobre 2017 (TF 8C_689/2017). La Haute Cour a ensuite déclaré irrecevable, le 9 février 2018, une demande de l'assuré tendant à la révision de son jugement (TF 8F_14/2017).

E. Au cours de l'année 2018, l'assuré a transmis à l'OAIE plusieurs rapports médicaux émis au Kosovo et en Serbie (traduits en allemand). L'office a en particulier réceptionné plusieurs rapports médicaux mentionnant une réduction importante voire totale de la capacité de travail, dans le contexte d'une cardiomyopathie chronique hypertensive décompensée NYHA I-II, d'extrasystoles ventriculaires vérifiées, d'une symptomatologie algique polymorphe affectant en particulier le genou droit, le dos et la hanche droite, d'un affaiblissement des deux mains avec diminution de la sensibilité/hypoesthésie, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel mélancolique, d'un trouble somatoforme persistant, ainsi que d'un syndrome psycho-organique (rapport du 1^{er} juin 2018 du Dr BC.____ ; rapports des 10 août et 22 novembre 2018 du Dr BD.____, spécialiste en orthopédie et traumatologie ; rapport du 15 novembre 2018 du Prof. W.____, spécialiste en rhumatologie ; rapport du 5 décembre 2018 du Dr BF.____, psychiatre).

Le 28 décembre 2018, l'assuré a sollicité la poursuite de la procédure en lien avec les demandes de prestations déposées les 27 décembre 2011 [sic] et 18 décembre 2014.

Par décision du 6 mars 2019, confirmant un projet du 10 janvier 2019, l'OAIE a retenu qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur l'écrit du 28 décembre 2018 au titre de la révision, respectivement de la reconsidération, mais que cet écrit devait être considéré comme une demande informelle de prestations, la question de l'entrée en matière sur cette demande demeurant réservée.

Saisi d'un recours de l'assuré à l'encontre de cette décision, le Tribunal administratif fédéral l'a rejeté, pour autant que recevable, par arrêt du 22 janvier 2020 (TAF C-1567/2019).

Dans l'intervalle, l'assuré a transmis à l'OAIE un rapport du 27 juin 2019 (traduit en français) du Dr BF.____ confirmant pour l'essentiel les précédentes observations de ce médecin, un rapport du 1^{er} octobre 2019

(traduit en français) de la Dre BG._____, neuropsychiatre, notant en particulier la présence d'atteintes orthopédiques, d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la douleur chronique, ainsi qu'un rapport du 31 décembre 2019 (traduit en français) du Dr P._____, reprenant la teneur des comptes-rendus antérieurs de ce praticien.

Le 24 octobre 2019, à la requête de l'assuré, la CSC lui a adressé un extrait de son compte individuel pour les années 1987 à 1993. Cet extrait n'a pas été contesté.

Au cours du mois de janvier 2020, l'intéressé est revenu en Suisse.

Le 7 mai 2020, l'OAIE a rendu un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

Par acte du 5 juin 2020, complété les 5 août et 15 septembre 2020, l'assuré a contesté le projet susdit. A cette occasion, il a en particulier produit un rapport établi le 14 septembre 2020 par le Dr BJ._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisant mention d'une aggravation sur le plan psychique, avec un trouble dépressif moyen, ainsi que sur le plan physique, avec plusieurs pathologies, la capacité de travail étant nulle dans toute activité.

Aux termes d'un avis du 23 novembre 2020, le Service juridique de l'OAIE a estimé qu'il y avait lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré, la dernière décision rendue sur la base d'un examen matériel du droit à la rente remontant au 28 novembre 2007. Le cas a conséquemment été soumis au Service médical de l'OAIE, qui a indiqué, par avis du 4 décembre 2020, que les constatations médicales au dossier étaient peu cohérentes, contradictoires ou lacunaires et qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Le 25 mars 2021, l'OAIE a transféré le dossier de l'assuré à l'OAI, dans la mesure où l'intéressé résidait désormais dans le canton de Vaud.

Le 29 avril 2021, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport établi le 18 janvier 2021 par le Dr BJ._____, faisant état de dorsolombalgies, de douleurs « *articulaires et [illisible]* » et d'un état dépressif, dans le contexte d'un trouble douloureux somatoforme persistant. Le 2 juillet 2021, l'intéressé a de surcroît produit une attestation du Dr BJ._____ du 16 juin 2021, mentionnant une péjoration de l'état de santé physique et psychique, ainsi qu'une capacité de travail nulle. Le 26 novembre 2021, l'assuré a remis à l'OAI une nouvelle attestation établie le 23 novembre précédent par le Dr BJ._____, indiquant que des consultations régulières étaient nécessaires.

Aux termes d'un rapport du 21 janvier 2022 à l'OAI, le Dr BJ._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, et de trouble de la personnalité de type borderline. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré qu'elle était nulle dans toute activité.

Par avis du 2 mars 2022, le SMR a observé que l'historique médical était majoritairement chaotique et marqué par de nombreux diagnostics somatiques et psychiatriques posés par plusieurs médecins au Kosovo et/ou en Serbie, dont les rapports étaient souvent incohérents et contradictoires et seulement partiellement traduits en français. Compte tenu de cette évolution peu claire, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, médecine interne, neurologie et psychiatrie, avec bilan neuropsychologique.

L'OAI a subséquemment réceptionné divers rapports médicaux transmis par l'assuré, indexés le 24 août 2022. Un rapport du 16 mars 2022 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et gastroentérologie, faisait plus particulièrement mention d'une cirrhose Child-Pugh A sur une hépatite C chronique non traitée à ce jour, compliquée d'une hypertension portale avec hypersplénisme, thrombopénie et varices œsophagiennes de stade III, ainsi que d'une vésicule biliaire lithiasique, compliquée d'une cholécystite en avril 2022 traitée par drainage vésiculaire

transbulbaire par prothèse endoscopique puis ligature de varices œsophagiennes menaçantes.

Le 18 octobre 2022, l'assuré a produit une attestation du 28 septembre 2022 du Dr Vu, spécialiste en médecine interne générale, faisant état d'une incapacité de travail totale dans toute activité.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été mise en œuvre auprès de l'Unité [...] U._____ (ci-après : U._____). Dans ce cadre, l'assuré a été vu le 28 mars 2023 par le Dr BL._____, spécialiste en médecine interne générale, le 26 avril 2023 par le Dr O._____, spécialiste en rhumatologie, et le 2 mai 2023 par le Dr BM._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La réalisation de l'expertise a ensuite été interrompue, en raison d'une dégradation des troubles hépatiques nécessitant plusieurs séjours en milieu hospitalier entre les mois d'avril à septembre 2023.

Nanti de ces informations, l'OAI a interpellé les médecins traitants de l'assuré. Dans un rapport du 20 septembre 2023, le Dr Vu a indiqué que l'incapacité de travail était totale dans toute activité compte tenu de l'état de santé du patient. Quant au Dr I._____, il a signalé le 4 octobre 2023 que l'intéressé était atteint d'une cirrhose et que sa capacité de travail était nulle. Le Dr BJ._____ a, pour sa part, établi un compte-rendu le 17 octobre 2023, relevant que l'évolution était stationnaire s'agissant du volet psychiatrique, mais que la situation était en péjoration constante sur le plan physique et que la capacité de travail était nulle dans toute activité « *vu le contexte* ». Dans un rapport du 13 décembre 2023, le Dr BN._____, spécialiste en cardiologie, a de surcroît précisé que l'assuré avait été suivi en 2022 pour des palpitations d'intensité variable, qu'un bêtabloquant avait été prescrit et qu'il n'existait aucune limitation sur plan cardiologique.

Dans le cadre de la reprise du mandat d'expertise susdit, l'assuré a été revu le 9 janvier 2024 par le Dr BL._____. Il a ensuite été examiné le 1^{er} février 2024 par le Dr AA._____, neurologue, et le 5 mars

2024 par AE._____, neuropsychologue. Dans leur rapport d'expertise du 16 avril 2024, les experts d'U._____, se fondant sur les 10^e et 11^e révisions de la Classification internationale des maladies (CIM), ont posé les diagnostics suivants :

- "• Syndrome de détresse physique modéré 60201
- Cervico-dorso-lombalgies chroniques non-spécifiques avec troubles statiques et dégénératifs M542, M549, M545
- Douleurs chroniques des deux genoux prédominant à droite d'étiologie indéterminée M255
- Polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée M255
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral peu sévère à moyen G56.0
- Troubles neuropsychologiques moyens à graves 6E0Z
 - Troubles dysexécutifs cognitifs dans une moindre mesure sur le plan comportemental, défaut d'attention et troubles de mémoire sévères sur le plan antérograde dans une moindre mesure en mémoire immédiate au premier plan auxquels s'associent des difficultés de raisonnement, des perturbations praxiques touchant les praxies constructives, idéomotrices et réflexives
- Cirrhose Child-Turcotte-Pugh B9 en 09.2023 (A6 en mars 2023) MELD 9 pts d'origine mixte sur une hépatite C et NASH avec : DB93.1
 - Actuellement : absence d'ascite ou encéphalopathie hépatique
 - Hépatite C chronique de génotype 1B traitée par Epclusa durant 12 semaines entre le 05.09.2022 et le 05.12.2022 avec réponse virologique soutenue
 - Choc hémorragique sur hémorragie digestive haute sur saignement au sein de la vésicule biliaire aux dépens d'un probable pseudo-anévrisme de l'artère cystique 08.05.2023 avec :
 - o Embolisation par radiologie interventionnelle le 09.05.2023
 - o Colite à Clostridioides difficile le 17.05.2023
 - o Hémorragie digestive haute sur saignement au niveau de trajet d'une ancienne prothèse de cholécysto-bulbostomie avec :
 - o Mise en place d'une nouvelle prothèse de cholécysto-bulbostomie le 14.04.2023 [...]
 - o Récidive d'hémorragie digestive haute le 19.04.2023 sur saignement de la vésicule biliaire au niveau d'un ancien trajet de cholécysto-bulbostomie. [...]

- Hypertension portale avec hypersplénisme et gastropathie d'hypertension portale (varices œsophagiennes stade I, OGD 10.05.2023)
- Cholécystite chronique avec péritonite biliaire secondaire à une perforation ischémique de la vésicule biliaire ayant comme complication une collection sous-diaphragmatique droite polymicrobienne opéré le 16.06.23
- Péritonite biliaire secondaire à une perforation ischémique de la vésicule biliaire ayant comme complication une collection sous-diaphragmatique droite polymicrobienne avec charge chirurgicale le 13.06.2023 avec : laparotomie avec rinçage péritonéal le 16.06.2023 avec pose des drains
- Cholécystite à *Streptococcus anginosus* d'allure chronique le 14.04.2023 avec perforation de la vésicule biliaire le 19.04.2023 traitée conservativement [...]
- Décompensation œdémateuse et hyponatrémie sur 3ème secteur en août 2023"

Sur les plans rhumatologique et neurologique, les experts O._____ et AA._____ ont conclu à l'absence d'atteinte incapacitante. Au niveau psychiatrique, l'expert BM._____ a estimé qu'en raison du syndrome de détresse physique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 60 % dans une activité adaptée, depuis 2007 au moins. Sous l'angle neuropsychologique, l'experte AE._____ a indiqué qu'il s'agissait du premier bilan réalisé en la matière et qu'il était ainsi difficile de déterminer le début de l'incapacité, étant précisé qu'on ne pouvait exclure une détérioration cognitive ancienne ; elle a estimé, sur le vu de son examen, que seule une activité occupationnelle était envisageable, de l'ordre d'une à deux heures par jour. Dans le cadre de l'évaluation consensuelle, à laquelle était intégré le volet de médecine interne, les experts ont fait état de limitations fonctionnelles en lien avec les troubles psychiatriques et neuropsychologiques, ainsi que d'un déconditionnement physique important limitant l'assuré pour toute activité depuis les hospitalisations survenues en 2023 ; à cela s'ajoutaient des restrictions au niveau des activités manuelles, du port de charges et des activités physiquement lourdes, en lien avec le syndrome du tunnel carpien bilatéral. S'agissant de la capacité de travail, les experts d'U._____ ont estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle depuis au moins 2007 et qu'elle était de 40 % [sic] dans une activité adaptée entre 2007 et mars 2023, pour des raisons principalement psychiatriques et possiblement

neurologiques, puis nulle dans toute activité depuis avril/mai 2023, en raison de l'évolution sur le plan somatique.

Par avis du 15 mai 2024, le SMR a estimé qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions des experts d'U._____ et de retenir, sur cette base, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis 2007, respectivement une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée de 2007 à mars 2023, puis totale à compter d'avril 2023.

Le 23 septembre 2024, le Service de réadaptation de l'OAI a procédé à l'évaluation économique de l'invalidité, fondant ses calculs sur des données statistiques et aboutissant ainsi à un taux d'invalidité de 24,78 % pour l'année 2018.

En date du 23 septembre 2024, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2023. L'office a plus particulièrement considéré que la capacité de travail de l'intéressé avait atteint 60 % dans une activité adaptée durant les mois de décembre 2018 à mars 2023, avant de devenir nulle dans toute activité depuis le mois d'avril 2023. De la comparaison des revenus sans et avec invalidité sur la base de données statistiques pour l'année 2018, il résultait un taux d'invalidité de 25 % inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente d'invalidité. L'aggravation intervenue à compter du mois d'avril 2023 ouvrait ensuite le droit à une rente entière d'invalidité, avec effet au 1^{er} juin 2023 compte tenu d'une invalidité moyenne calculée sur douze mois.

Par décision du 24 décembre 2024, l'OAI a confirmé son projet précité, dont il a repris la motivation. L'office a de surcroît fixé à 572 fr. le montant de la rente mensuelle allouée à compter du 1^{er} juin 2023 - compte tenu notamment d'un revenu annuel moyen déterminant de 27'216 fr. et d'une échelle de rente 17.

F. Agissant le 10 février 2025 par l'entremise de Me Laurent Damond, C._____ a déposé auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal deux recours distincts à l'encontre de la décision précitée, enregistrés sous une cause unique. Principalement, il a conclu à la réforme de la décision susdite et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 28 décembre 2018 sur la base d'un revenu déterminant de 51'912 fr. et d'une échelle de rente 37 ; subsidiairement, il a demandé l'annulation de ladite décision et le renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre préalable, il a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant a critiqué, d'une part, le moment de l'ouverture du droit à la rente. A cet égard, il a argué que son état de santé s'était continuellement aggravé après qu'il avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} septembre 1994, que cette rente avait en outre été supprimée pour des raisons exclusivement administratives, ensuite de son retour en Serbie (sic), et que son incapacité de travail avait conséquemment débuté bien avant la demande de prestations du 28 décembre 2018. Il a estimé qu'il pouvait, dans ces conditions, prétendre à une rente d'invalidité à compter du 28 décembre 2018, respectivement à compter du mois de décembre 2017, soit une année avant le dépôt de sa dernière demande de prestations. D'autre part, l'intéressé a contesté le calcul du montant de sa rente d'invalidité. Sous cet angle, il s'est prévalu du revenu annuel moyen déterminant et de l'échelle de rente retenus à l'époque du précédent octroi de rente. Il a de surcroît soutenu que l'intimé s'était fondé sur le salaire fixe perçu auprès de son dernier employeur en Suisse, sans égard au bonus prévu dans le contrat de travail concerné. En annexe, il a notamment produit des décomptes de salaire portant sur les années 1992 et 1993.

Par décision du 12 février 2025, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 10 février 2025 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Laurent Damond.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 14 mars 2025, se référant à une prise de position de la CSC du 11 mars 2025 transmise avec le dossier de celle-ci. Aux termes de

sa prise de position, la CSC a pour l'essentiel exposé que le calcul de la rente d'invalidité du recourant reposait sur les prescriptions légales en vigueur, selon le plan de calcul « ACOR » du 24 décembre 2024 joint en annexe.

Par réplique du 10 juin 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir qu'il avait bénéficié d'une rente d'invalidité de 2004 à 2008 (sic), que le versement de cette rente avait été suspendu après son départ pour le Kosovo, mais que son droit à la rente n'avait en revanche pas été révoqué ou supprimé au moyen d'une décision administrative. Selon lui, la demande introduite en 2018 visait à obtenir la reprise du versement de la rente initialement octroyée, quand bien même l'OAI avait à tort interprété cette démarche comme une nouvelle demande. Il a estimé que, dans ces conditions, l'office intimé devait reprendre le revenu déterminant retenu pour le calcul de la dernière rente versée.

Dupliquant le 14 juillet 2025, l'intimé a maintenu sa position.

Par avis du 21 mai 2026, la juge instructrice a informé le recourant de la possibilité d'une *reformatio in pejus*, au motif que la décision attaquée reposait sur le calcul d'une « *invalidité moyenne* » qui ne semblait pas conforme à la loi, qu'il en résultait que les périodes d'allocation de rente pourraient être supérieures à celles qui auraient normalement dû être octroyées et qu'il en découlait, de surcroît, que le montant de la rente pourrait devoir être ramené à 515 fr. par mois sur la base de l'échelle de rente 16 et d'un revenu annuel moyen de 23'138 francs. Un délai a conséquemment été imparti à l'intéressé pour retirer son recours ou présenter ses éventuelles déterminations à ce sujet.

Par écriture du 25 juin 2026, le recourant a déclaré maintenir son recours. En particulier, il a soutenu que les revenus perçus au cours des douze mois précédant son accident correspondaient à la somme de 50'089 fr. 95. Il a par ailleurs versé en cause différents décomptes salariaux portant sur la période d'octobre 1992 à septembre 1993, une attestation d'imposition à la source du 31 août 1993 mettant en évidence un salaire

brut de 30'449 fr. 90 réalisé de janvier à août 1993, ainsi qu'un certificat de salaire du 22 septembre 1993 faisant état d'un revenu brut de 30'449 fr. pour la période de janvier à août 1993.

Par déterminations du 10 août 2026, l'intimé a confirmé ses conclusions et renvoyé, pour le surplus, à une prise de position de la Centrale de compensation (ci-après : la CdC) du 4 août 2026. Aux termes de ce document, la CdC relevait que le total des salaires bruts pour les mois de janvier à août 1993 s'élevait à 30'449 fr. 90 selon le certificat de salaire et l'attestation d'imposition à la source produits par le recourant. Sur cette base, il y avait lieu d'admettre une différence de quatre cents francs entre le montant inscrit au compte individuel et le certificat de salaire. En revanche, les décomptes salariaux transmis ne constituaient pas des éléments de preuve suffisamment probants pour revenir sur les inscriptions portées au compte individuel de l'intéressé. Enfin, se référant à une feuille de calcul « ACOR » du 30 juillet 2026, la CdC relevait que la différence de revenus de quatre cents francs supplémentaires pour l'année 1993 ne modifiait pas le revenu annuel moyen déterminant, de sorte que les conclusions du préavis du 11 mars 2025 étaient maintenues.

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 – compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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 en l'espèce litigieux le bien-fondé de la décision du 24 décembre 2024, par laquelle l'OAI s'est prononcé sur la nouvelle demande de prestations déposée le 28 décembre 2018 par l'assuré et a alloué à ce dernier une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2023. Sont plus particulièrement contestés le point de départ du droit à la rente, ainsi que le montant de cette prestation.

Il convient de relever, à ce stade, qu'on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que la requête déposée le 28 décembre 2018 tendait à la reprise du versement de sa rente initiale d'invalidité et que l'OAI n'était donc pas légitimé à se prononcer sur cette requête sous l'angle d'une nouvelle demande de prestations (cf. réplique du 10 juin 2025 p. 2). Quoiqu'en dise l'assuré, force est en effet de constater que cette problématique a déjà été tranchée. On rappellera à cet égard que, par décision le 6 mars 2019, l'OAIE a retenu que la requête introduite le 28 décembre 2018 ne pouvait pas donner lieu à une procédure de révision ou de reconsidération d'une décision antérieure et devait, dès lors, être considérée comme une nouvelle demande informelle de prestations – appréciation que le Tribunal administratif fédéral a confirmée dans son arrêt du 22 janvier 2020 (TAF C-1567/2019), entré en force. La Cour de céans n'a donc pas à revenir sur cette problématique. Sous cet angle, les griefs soulevés par le recourant sont donc dépourvus de fondement.

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. A l'inverse, si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En l'espèce, la présente affaire fait suite à une procédure introduite par l'assuré auprès de l'OAI le 28 décembre 2018. En tant que le recourant estime que cette procédure doit aboutir à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de décembre 2018, respectivement dès le mois de décembre 2017 (cf. mémoire de recours n° 2 du 10 février 2025 pp. 2, 4 et 5), ses prétentions s'inscrivent sous l'empire de l'ancien droit. Dans la mesure où l'intimé considère, pour sa part, que ladite demande a mis en lumière un nouveau cas d'assurance en lien avec une dégradation de l'état de santé dès le mois d'avril 2023, cette problématique relève quant à elle du nouveau droit.

4. 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). Il résulte de l'art. 16 LPGa que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu sans invalidité).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGa, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

d) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas

d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les références).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3). Lorsque le droit à la rente a été précédemment refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite aggravation de l'état de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident n'étant pas à l'origine de ce refus, il s'agit d'un nouveau cas d'assurance ayant pour conséquence que le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b recommence à courir (TF 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références citées).

5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être

établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande déposée le 28 décembre 2018. Aux termes de sa décision du 24 décembre 2024, rendue à la lumière des conclusions des experts d'U._____ validées par le SMR, l'office a reconnu à l'assuré une capacité résiduelle de travail de 60 % dans une activité adaptée de décembre 2018 à mars 2023, correspondant à un taux d'invalidité de 25 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'office a considéré que l'intéressé avait ensuite présenté une aggravation de son état de santé engendrant une incapacité de travail totale dans toute activité dès le mois d'avril 2023, donnant lieu à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2023 sur la base d'une invalidité moyenne.

a) Sur le plan médical, le recourant n'émet aucun grief particulier à l'encontre des conclusions des experts d'U._____.

La Cour de céans ne voit, du reste, aucun motif pertinent incitant à s'écarter de l'évaluation des experts. A cet égard, il y a lieu d'abonder dans le sens du Service médical de l'OAIE (cf. avis médical du 4 décembre 2020) et du SMR (cf. avis médical du 2 mars 2022) pour constater que les rapports médicaux antérieurs à la mise en œuvre de l'expertise reposent sur des motivations sommaires, peu claires ou contradictoires. Ces rapports sont, en d'autres termes, manifestement insuffisants pour permettre une évaluation concrète et objective de la situation. Il apparaît en outre que les rapports médicaux recueillis dans un second temps, au cours des années 2023 à 2024, ne contiennent aucun élément particulier incitant à remettre en question les conclusions de l'expertise ; notamment,

les experts d'U._____ ont dûment intégré à leur appréciation les comptes-rendus établis dans le cadre des hospitalisations intervenues dès le mois d'avril 2023. C'est dire qu'aucun rapport au dossier ne jette le moindre doute sur l'appréciation expertale. Les experts ont, de surcroît, fondé leur analyse sur un examen circonstancié de la situation – satisfaisant notamment, sous l'angle psychique, aux exigences jurisprudentielles spécifiques en termes de procédure probatoire (ATF 141 V 281) – et formulé des conclusions détaillées. Si ces conclusions apparaissent pour l'essentiel claires et convaincantes, elles méritent toutefois d'être précisées sur un point. En effet, dans leur appréciation consensuelle, les experts ont conclu à une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée entre 2007 et mars 2023, principalement pour des raisons psychiatriques et possiblement pour des raisons neuropsychologiques (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2024 p. 8). Le volet psychiatrique de l'expertise fait toutefois état d'une capacité résiduelle de travail de 60 % inchangée depuis 2007 (cf. rapport de l'expert BM._____ du 5 mai 2023 p. 6). Quant aux troubles neuropsychologiques, leur caractère incapacitant pour la période antérieure à l'examen expertal relève d'une simple hypothèse (cf. rapport de l'experte AE._____ du 11 mars 2024 p. 6), ce qui s'avère insuffisant au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 5b supra). Dans ces conditions, il convient d'admettre que l'appréciation consensuelle des experts d'U._____ doit être rectifiée en ce sens que c'est en réalité un taux de 60 % qui doit être retenu s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée entre 2007 et mars 2023, ce qui correspond du reste au positionnement du SMR (cf. avis médical du 15 mai 2024) et – corolairement – de l'OAI. Pour le surplus, les conclusions des experts doivent être tenues pour probantes.

Il y a par conséquent lieu de considérer, en définitive, que le recourant présente une capacité de travail nulle depuis 2007 dans son activité habituelle, pour des raisons psychiatriques (voire neuropsychologiques), qu'il a disposé d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée depuis 2007 pour les mêmes motifs et que, depuis le mois d'avril 2023, sa capacité de travail est nulle dans toute activité ensuite d'une aggravation de son état de santé, en lien avec la

décompensation dès avril 2023 d'une cirrhose hépatique d'origine mixte sur hépatite C et NASH (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2024 p. 7 s. ; cf. avis médical SMR du 15 mai 2024).

b) Du point de vue de l'évaluation de la perte de gain, le recourant ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité en tant que tel, mais le moment de la naissance de son droit à la rente.

aa) L'assuré fait plus particulièrement valoir que son état de santé s'est continuellement aggravé depuis l'octroi initial d'une rente d'invalidité en septembre 1994 et que, si cette rente a été ultérieurement supprimée pour des questions purement administratives, son incapacité de travail s'avère néanmoins antérieure à la demande de prestations du 28 décembre 2018. Il estime en conséquence pouvoir prétendre à une rente d'invalidité dès le mois de décembre 2018, voire dès le mois de décembre 2017 (cf. mémoire de recours n° 2 du 10 février 2025 pp. 2 et 4).

On ne saurait cependant souscrire à la thèse du recourant.

A cet égard, il convient de rappeler que l'intéressé s'est vu octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 1994, suivie d'une rente entière dès le 1^{er} décembre 1996 (cf. let. A supra). Conformément à l'arrêt du Tribunal administratif fédéral du 12 mars 2010, entré en force de chose jugée, cette rente a été supprimée au 1^{er} février 2008 non pas pour des raisons purement administratives, comme le prétend le recourant, mais à l'issue d'une procédure de révision ayant mis en lumière une amélioration de l'état de santé dès le mois de novembre 2006 entraînant un taux d'invalidité de 40 % (TAF C-177/2008 du 12 mars 2010 consid. 4 et 5). Alors domicilié hors de Suisse, singulièrement au Kosovo, l'assuré ne pouvait par conséquent pas prétendre au versement d'une rente correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50 % (art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur au 31 décembre 2007, respectivement art. 29 al. 4 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 ; voir également TAF C-177/2008 du 12 mars 2010 consid. 3.8) ; ce prérequis relève, du reste, d'une condition du droit à la rente (ATF 121 V 264 consid. 5) et pas d'une simple question administrative,

contrairement à ce que semble soutenir le recourant (cf. réplique du 10 juin 2025 p. 1). Tout au plus peut-on s'interroger, au demeurant, sur le calcul de la perte de gain exposé dans l'arrêt du Tribunal administratif fédéral. Dite juridiction a en effet repris l'évaluation faite le 22 mai 2007 par l'OAIE, postulant que le salaire statistique envisageable dans une activité simple et répétitive de substitution était supérieur au revenu statistique sans invalidité dans la restauration, de sorte qu'il y avait lieu de calculer le revenu d'invalidé en se fondant sur le gain de valide ramené à 60 %, aboutissant ainsi à un taux d'invalidité de 40 %. Ce procédé revient à évaluer la perte de gain sur la base d'une comparaison en pour-cent, ce qui est envisageable lorsque salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques (TF C_709/2023 du 8 mai 2024 consid. 5.1 et les références). Or tel n'était pas le cas en l'occurrence, puisque le revenu sans invalidité s'inscrivait dans le domaine spécifique de la restauration, tandis que le revenu avec invalidité relevait quant à lui d'une activité simple et répétitive (cf. fiche d'évaluation de l'OAIE du 22 mai 2007). Toutefois, en tant que cette problématique vise une décision judiciaire ayant acquis force de chose jugée, la Cour de céans s'abstiendra d'émettre de plus amples développements sur le sujet.

Aux termes de son arrêt susdit, le Tribunal administratif fédéral a plus particulièrement retenu que l'octroi initial de rente reposait sur des troubles orthopédiques et psychiatriques, que les troubles orthopédiques s'étaient nettement améliorés (« *stark verbessert* »), qu'ils permettaient dorénavant l'exercice d'une activité légère, principalement sédentaire, et que les atteintes psychiques, qui s'étaient quelque peu détériorées (« *etwas verschlechtert* »), engendraient quant à elles une incapacité de travail de 40 % (TAF C-177/2008 du 12 mars 2010 consid. 4.7). De la présente procédure, il résulte que la situation est demeurée sensiblement inchangée jusqu'au mois de mars 2023, avec la persistance d'une incapacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, essentiellement pour des raisons psychiatriques (cf. consid. 6a supra). Il sied plus particulièrement de souligner que le SMR (cf. avis médicaux des 2 juillet et 1^{er} octobre 2015) comme les experts d'U._____ (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2024 p. 2) ont eu connaissance des développements médicaux survenus depuis la

suppression de rente en 2008 mais qu'ils ne les ont pas jugés déterminants dans un premier temps et que ce n'est, en définitive, qu'avec la décompensation de l'atteinte hépatique intervenue dès le mois d'avril 2023 qu'une évolution notable a été reconnue, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2024 ; cf. avis médical SMR du 15 mai 2024). Cette évolution d'ordre gastroentérologique, clairement distincte des atteintes orthopédiques et psychiatriques à l'origine de l'octroi de rente initial, constitue, par conséquent, un nouveau cas d'assurance donnant lieu à un nouveau délai d'attente conformément à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 4d supra).

Dans ces conditions, on ne voit pas que le droit à la rente puisse naître au jour du dépôt de la demande, le 28 décembre 2018, et encore moins que la rente puisse être allouée rétroactivement pour les douze mois précédant cette date, soit à compter du mois de décembre 2017 (d'autant moins que, depuis le 1^{er} janvier 2008, le versement de tels arriérés de rente n'est plus prévu par l'art. 48 al. 2 LAI), contrairement à ce que soutient le recourant.

bb) Pour le reste, l'évaluation du préjudice économique réalisée par l'intimé appelle certains commentaires.

aaa) Dans un premier temps, l'OAI a retenu que la comparaison des revenus fondée sur l'année 2018 donnait lieu à un taux d'invalidité de 25 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

A ce propos, il convient tout d'abord de souligner que l'année déterminante – à savoir l'année de naissance de l'éventuel droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1) – est non pas l'année 2018 mais l'année 2019, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

Attendu par ailleurs que, d'une part, le recourant n'a plus exercé d'activité professionnelle régulière après avoir mis fin à son activité de sommelier en septembre 1993 et que, d'autre part, il n'a pas repris

d'activité lucrative dans une profession adaptée, c'est à juste titre que l'OAI a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité à l'aune des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiés tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless/Jenny Castella, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^e éd., Bâle 2025, n° 25 et n° 33 ad art. 16 LPGa). Ainsi, il y a lieu d'arrêter le revenu sans invalidité du recourant à 51'588 fr. 16 sur la base du salaire moyen de 4'029 fr. pour les hommes dans le secteur de l'hébergement/restauration (ESS 2018, Tableau TA1_tirage_skill_level, total hommes, niveau de compétence 1, lignes 55-56), moyennant la prise en compte d'une durée de travail de 42,3 heures – et pas 41,7, comme l'a retenu l'OAI – dans la branche de la restauration (Tableau « *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* », publié par l'Office fédéral de la statistique) et après indexation à 2019 (+0,9 % [tableau « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* », publié par l'Office fédéral de la statistique]). En ce qui concerne le revenu avec invalidité, celui-ci s'élève à 38'255 fr. 16 compte tenu du salaire moyen de 5'317 fr. pour les hommes dans des activités manuelles simples (ESS 2018, Tableau TA1_tirage_skill_level, total hommes, niveau de compétence 1), moyennant une durée de travail de 41,7 heures dans cette branche économique (Tableau « *Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique* », publié par l'Office fédéral de la statistique), une indexation à 2019 (+0,9 % [tableau « *Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024* », publié par l'Office fédéral de la statistique]), un taux d'activité de 60 %, ainsi qu'un abattement de 5 % eu égard au taux d'occupation que le recourant ne conteste en rien. Il résulte de la comparaison de deux revenus précités un degré d'invalidité de 25,85 %, lequel n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente, faute d'atteindre le seuil de 40 % fixé à l'art. 28 al. 1 let. c LAI.

Sur ce plan, la décision entreprise n'apparaît donc pas erronée dans son résultat.

bbb) Dans un second temps, l'OAI a estimé que l'entière incapacité de travail dans toute activité survenue à compter du mois d'avril 2023 donnait lieu à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2023, sur la base d'une invalidité moyenne.

Il n'est certes pas discutable qu'une incapacité de travail totale dans toute activité a pour corollaire un taux d'invalidité de 100 %, sans qu'il y ait lieu à cet égard de procéder à des calculs plus approfondis.

Force est en revanche de constater que la notion d'invalidité moyenne n'existe pas en assurance-invalidité. Si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (voir TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). A l'évidence, la notion d'invalidité moyenne sur laquelle se fonde l'office intimé pour déterminer le droit à la rente est dépourvue de base légale et, partant, viole le droit fédéral.

Attendu qu'en l'espèce la décompensation somatique survenue en avril 2023 et à l'origine d'une incapacité de travail totale dans toute activité correspond à un nouveau cas d'assurance (cf. consid. 6b/aa supra), elle ne peut, en conséquence, donner lieu à l'ouverture d'un droit à la rente qu'à l'issue du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 4d supra), soit au 1^{er} avril 2024.

7. Le recourant conteste, par ailleurs, le montant de sa rente d'invalidité.

a) S'agissant du calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur

l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) – en particulier les art. 29bis ss – sont applicables par analogie, conformément à l'art. 36 al. 2 LAI.

Tel que le prévoit l'art. 29bis al. 2 LAVS, le calcul de la rente est déterminé en fonction de plusieurs facteurs, à savoir les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative, ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de référence ou décès).

b) Sur un premier plan, le recourant soutient que c'est à tort que l'intimé – par la CSC, respectivement la CdC – s'est fondé sur une échelle de rente 17, considérant quant à lui que c'est l'échelle 37 retenue à l'époque de l'octroi de rente initial qui aurait dû être reprise (cf. mémoire de recours n° 1 du 10 février 2025 p. 3 s.).

aa) Les rentes ordinaires sont servies sous forme de rentes complètes aux assurés qui comptent une durée complète de cotisation et sous forme de rentes partielles aux assurés qui comptent une durée incomplète de cotisation (art. 29 al. 2 LAVS).

La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS). Sont notamment considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29ter al. 2 let. a LAVS), pendant lesquelles son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29ter al. 2 let. b LAVS), ou pour lesquelles des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent être prises en compte (art. 29ter al. 2 let. c LAVS). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale ou qu'elle présente des périodes de cotisations au sens de l'art. 29ter al. 2 let. b et c LAVS (art. 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur

l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). Lorsque la durée de cotisations n'est pas réputée complète, les périodes de cotisations accomplies avant le 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 20 ans sont prises en compte pour combler les lacunes de cotisations apparues depuis cette date (art. 52b RAVS). Les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations (art. 52c, première phrase, RAVS).

Lorsqu'un assuré ne compte pas une durée complète de cotisation, il a droit à une rente ordinaire partielle et non à une rente ordinaire complète (art. 29 al. 2 let. b LAVS). La rente partielle est une fraction de la rente complète, déterminée conformément aux art. 34 à 37 LAVS (art. 38 al. 1 LAVS). Lors du calcul de cette fraction, il est notamment tenu compte du rapport existant entre les années entières de cotisations de l'assuré et celles de sa classe d'âge (art. 38 al. 2 LAVS). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions plus détaillées sur l'échelonnement des rentes (art. 38 al. 3 LAVS). A cet égard, l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) établit des tables de rentes dont l'usage est obligatoire (art. 53 al. 1 RAVS). Afin de déterminer l'échelle de rente applicable en cas de versement d'une rente partielle, l'art. 52 RAVS prévoit d'effectuer un rapport en pourcent entre les années entières de cotisations de l'assuré et celles de sa classe d'âge.

bb) En l'espèce, il y a lieu de rappeler que la rente initiale d'invalidité, fondée sur des atteintes orthopédiques et psychiatriques, a été supprimée au 1^{er} février 2008 et que le droit à la rente aujourd'hui litigieux résulte d'un nouveau cas d'assurance survenu en avril 2024, lié à la décompensation d'une atteinte hépatique dès le mois d'avril 2023 (cf. consid. 6b/aa supra). On ne voit pas, dans ces conditions, en quoi il se justifierait d'appliquer à la détermination du montant de la nouvelle rente d'invalidité la même échelle de rente que celle antérieurement appliquée à la rente initiale. En particulier, la présente affaire doit être distinguée d'un cas de renaissance de l'invalidité en raison d'une même atteinte à la santé

(art. 32bis RAI) ou d'un cas de modification du taux d'invalidité et d'augmentation corrélative du droit à la rente à la suite d'une aggravation de l'état de santé (ATF 147 V 133 consid. 5) – situations dans lesquelles il y a lieu de conserver, pour le calcul du nouveau montant de rente, les mêmes bases que celles appliquées pour la rente précédemment allouée. Sous cet angle, on ne peut donc qu'écarter les griefs du recourant visant à la prise en compte de l'échelle de rente 37.

Pour le reste, il apparaît que le recourant ne conteste pas formellement le calcul du nombre d'années de cotisations retenu par l'intimé. A cet égard, il appert que le plan de calcul « ACOR » du 24 décembre 2024 – à l'instar de celui du 30 juillet 2026 – retient plus particulièrement (sur la base des extraits de compte AVS de l'intéressé, que ce dernier ne conteste pas sur ce point), une durée de cotisations provenant d'une activité lucrative de 13 ans et 1 mois, tenant compte de 12,6 années de cotisations personnelles entre 1988 et 2022 auxquelles s'ajoutaient 1 mois de cotisations de jeunesse en 1987 et 6 mois de cotisations durant l'année d'ouverture du droit en 2023. Dans la mesure toutefois où ce calcul repose sur un événement assuré survenu en juin 2023 (cf. plans de calcul « ACOR » des 24 décembre 2024 et 30 juillet 2026), alors même que la survenance du cas d'assurance doit être fixée au mois d'avril 2024 (cf. consid. 6b/aa supra), les données retenues par l'autorité doivent par conséquent être adaptées.

Ainsi, eu égard au moment de la survenance du cas d'assurance en avril 2024, il convient de reconnaître à l'assuré 13,6 années de cotisations personnelles entre 1988 et 2023 (art. 29bis al. 2 LAVS), 1 mois de cotisations de jeunesse en 1987 (art. 52b RAVS) et 4 mois de cotisations durant l'année d'ouverture du droit en 2024 (art. 52c, première phrase, RAVS), soit 13 années et 11 mois de cotisations. Il résulte des Tables de rente 2023 (valables dès le 1^{er} janvier 2023 et applicables pour la fixation de la rente en 2024) établies par l'Office fédéral des assurances sociales que, pour les personnes nées en 1967, la durée de cotisation de cette classe d'âge est de 36 ans pour obtenir une rente complète de l'échelle 44. Ainsi, le rapport en pour-cent entre les années entières de cotisation de l'assuré

et celles de sa classe d'âge donne un facteur de 36,11 % ($13 / 36 \times 100$), correspondant à l'échelle 16 (cf. Table des rentes précitée, rubrique « *Indicateur d'échelles* » ; art. 52 al. 1 RAVS), et non pas à l'échelle 17 contrairement à ce qui ressort de la décision attaquée.

c) Sur un second plan, le recourant conteste le revenu annuel moyen retenu par l'intimé.

aa) D'une part, l'intéressé fait valoir que les montants pris en considération sont inexacts et ne tiennent, notamment, pas compte des bonus versés par son dernier employeur (cf. mémoire de recours n° 1 du 10 février 2025 p. 3 s. ; cf. déterminations du 25 juin 2026).

aaa) En vertu de l'art. 30ter al. 1 LAVS, il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires. Les revenus de l'activité lucrative obtenus par un salarié et sur lesquels l'employeur a retenu les cotisations légales sont inscrits au compte individuel de l'intéressé, même si l'employeur n'a pas versé les cotisations en question à la caisse de compensation (art. 30ter al. 2 LAVS). Les revenus sur lesquels les salariés doivent payer des cotisations sont inscrits au compte individuel sous l'année durant laquelle ils ont été versés (art. 30ter al. 3, première phrase, LAVS).

L'art. 141 RAVS prévoit que tout assuré a le droit d'exiger de chaque caisse de compensation qui tient pour lui un compte individuel un extrait des inscriptions faites, portant des indications relatives aux employeurs (al. 1, première phrase). Lorsqu'il n'est demandé ni extrait de compte, ni rectification, ou lorsqu'une demande en rectification a été rejetée, la rectification des inscriptions ne peut être exigée, lors de la réalisation du risque assuré, que si l'inexactitude est manifeste ou si elle a été pleinement prouvée (al. 3). Il convient à cet égard, pour des motifs de sécurité juridique, de se montrer strict en matière d'appréciation des preuves, surtout lorsqu'une telle affirmation est faite après plusieurs années, à l'occasion d'un litige portant sur la fixation des rentes (ATF 117 V

261 consid. 3 et les références ; 110 V 97 consid. 4a et la référence ; TFA H 15/01 du 6 mars 2001 consid. 2a et les références). Il appartient à l'intéressé d'établir l'inexactitude des inscriptions consignées dans les comptes individuels (ATF 130 V 335 consid. 4.2 ; 117 V 261 consid. 3b-3d et les références citées ; TFA H 15/01 du 6 mars 2001 consid. 2a *in fine* et 2b).

bbb) En l'occurrence, force est de constater qu'à sa demande, l'assuré s'est vu adresser un extrait de son compte individuel le 24 octobre 2019, dont il n'a pas contesté la teneur. Ce n'est qu'ultérieurement, dans le cadre du présent litige relatif à la fixation du droit à la rente, que l'intéressé a émis des griefs sur le sujet, arguant que des bonus n'auraient pas été intégrés aux montants portés en compte et renvoyant en particulier à des décomptes de salaire relatifs aux années 1992 et 1993.

On doit par ailleurs admettre, avec la CSC (cf. prise de position du 11 mars 2025 p. 2), que les revenus initialement portés en compte pour la période de janvier à août 1993 s'élevaient à 30'049 fr. et correspondaient aux revenus soumis à l'AVS tels qu'indiqués dans les décomptes salariaux correspondants, englobant un montant de 5'356 fr. 40 à titre de bonus sur le chiffre d'affaires. Un montant de 7'063 fr. a en outre été inscrit au compte individuel pour le mois pour septembre 1993, correspondant au salaire déterminant AVS résultant des fiches de salaire produites pour la période visée, montant comprenant une prime de 184 fr. 90 en guise de bonus sur le chiffre d'affaires. Pour l'année 1992, un montant de 36'151 fr. a été porté en compte et correspond, là aussi, au salaire déterminant AVS - incluant notamment 6'979 fr. 50 à titre de « *Umsatzprämien* » - figurant dans l'extrait du compte de salaire pour l'année 1992, joint au recours du 10 février 2025. De tels éléments ne sont donc en rien révélateurs d'inscriptions erronées, quoi qu'en dise l'assuré.

Peu importe également que les décomptes de salaire produits le 25 juin 2026 fassent état d'un revenu de 50'089 fr.95 réalisé entre octobre 1992 et septembre 1993 (cf. déterminations du 25 juin 2026). En effet, les revenus portés au compte individuel sont inscrits en fonction de

l'année de cotisation déterminante (cf. art. 140 al. 1 let. d RAVS) et non en fonction d'autres délimitations temporelles telles que les douze mois précédant un événement accidentel, contrairement à ce que semble penser le recourant (cf. déterminations du 25 juin 2026).

Il demeure néanmoins qu'à la lumière du certificat de salaire et de l'attestation d'imposition à la source produits le 25 juin 2026 par le recourant, la CdC a estimé qu'il était suffisamment établi que les revenus portés en compte pour la période de janvier à août 1993 devaient être rectifiés en ce sens que le montant retenu s'élevait à 30'449 fr. 90 (cf. déterminations du 4 août 2026). Ce raisonnement, fondé sur des documents généralement tenus pour probants en matière fiscale, peut être confirmé par la Cour de céans.

ccc) En conséquence, à l'exception des revenus retenus pour la période de janvier à août 1993 (qui s'élèvent, en définitive, à 30'449 fr. 90 au lieu de 30'049 fr.), les critiques du recourant quant à l'exactitude des montants inscrits dans son compte individuel AVS n'apparaissent pas fondées et doivent, partant, être écartées.

bb) D'autre part, le recourant soutient que c'est un revenu annuel moyen « *supérieur à CHF 51'000.--* » qui doit être retenu, comme lors de son précédent droit à la rente (cf. mémoire de recours n° 1 du 10 février 2025 p. 3 s.).

aaa) Conformément à l'art. 29quater LAVS, la rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose des revenus de l'activité lucrative (let. a), des bonifications pour tâches éducatives (let. b) et des bonifications pour tâches d'assistance (let. c). Les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées sont pris en considération (art. 29quinquies al. 1 LAVS). L'art. 51 al. 3 RAVS prévoit en outre que, pour le calcul d'une rente de vieillesse ou de survivant ne succédant pas immédiatement à une rente d'invalidité, les années civiles durant lesquelles une rente d'invalidité a été accordée, ainsi que le revenu de l'activité lucrative y afférent, ne sont pas pris en compte pour la fixation

du revenu annuel moyen, lorsque cela est plus avantageux pour les ayants droit.

L'art. 30 al. 1 LAVS prescrit de revaloriser la somme des revenus de l'activité lucrative en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33ter LAVS, le Conseil fédéral déterminant annuellement les facteurs de revalorisation. La somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative et les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance sont divisées par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS).

Le Conseil fédéral établit, pour déterminer les rentes, des tables dont l'usage est obligatoire. Il peut arrondir le revenu déterminant et les rentes à un montant supérieur ou inférieur. Il peut régler la prise en compte des fractions d'années de cotisations et des revenus d'une activité lucrative y afférents et prévoir que la période de cotisation durant laquelle l'assuré a touché une rente d'invalidité et les revenus obtenus durant cette période ne seront pas pris en compte (art. 30bis LAVS).

bbb) A l'instar des considérations émises sous l'angle de l'échelle de rente (cf. consid. 7b/bb surpa), il convient de rappeler ici que les bases de calculs pertinentes lors de l'octroi de la précédente rente d'invalidité, entre septembre 1994 et janvier 2008, ne sauraient être reprises pour déterminer le montant de la rente en lien avec le nouveau cas d'assurance survenu en avril 2024 ; la présente constellation n'est, en particulier, pas assimilable à un cas de renaissance de l'invalidité en raison d'une même atteinte à la santé (art. 32bis RAI), ou à un cas de modification du taux d'invalidité et d'augmentation corrélative du droit à la rente à la suite d'une aggravation de l'état de santé (ATF 147 V 133 consid. 5). C'est donc en vain que le recourant invoque le montant de plus 51'000 fr. retenu lors du précédent octroi de rente.

Le recourant n'émet, pour le reste, aucun grief spécifique à l'encontre du calcul de son revenu annuel moyen. A l'examen du plan de calcul « ACOR » du 24 décembre 2024, rectifié le 30 juillet 2026, il apparaît

que l'autorité a établi un premier calcul en additionnant les revenus portés au compte individuel AVS de l'assuré durant la période de cotisations considérée, sous déduction de la période de cotisation dans l'année de naissance du droit à la rente (art. 52c, deuxième phrase, RAVS), dont elle a déduit un revenu moyen de 16'773 francs. Elle a de surcroît procédé à un second calcul ne prenant pas en compte la rente d'invalidité précédemment versée (art. 51 al. 3 RAVS), aboutissant ainsi à une moyenne de 26'297 fr. qu'elle a jugé favorable au recourant et qu'elle a retenu à titre de revenu annuel moyen. Attendu néanmoins que ledit calcul se base sur un cas d'assurance survenu en juin 2023 (cf. plans de calcul « ACOR » des 24 décembre 2024 et 30 juillet 2026) au lieu d'avril 2024 (cf. consid. 6b/aa supra), des corrections doivent en conséquence être apportées.

A la lumière des extraits de compte individuel au dossier, il convient d'arrêter à 215'910 fr. la somme des revenus soumis à cotisations AVS durant la période de cotisations ici pertinente – à savoir 13 années et 7 mois, sous déduction des 4 mois relatifs à l'année 2024 dès lors que les revenus afférents à la période de cotisation dans l'année de naissance du droit à la rente sont exclus du calcul de la rente (art. 52c, deuxième phrase, RAVS). Rapporté à la période de cotisations susdite qui correspond en tout à 163 mois, le revenu annuel moyen s'élève à 15'895 fr. ($(215'910 \text{ fr.} / 163 \text{ mois}) \times 12 \text{ mois}$). Reste à déterminer s'il pourrait être avantageux pour le recourant que la période relative au précédent octroi de rente ne soit pas prise en compte (art. 51 al. 3 RAVS). Sur ce point, on constate que les revenus réalisés durant la période visée – correspondant à 6 années et 11 mois de cotisations de 1987 à 1993 et de 2021 à 2023, soit 83 mois en tout – s'élèvent à 160'444 francs. Il en résulte un revenu annuel moyen de 23'196 fr. ($(160'044 \text{ fr.} / 83 \text{ mois}) \times 12 \text{ mois}$). Au vu de la date d'entrée du recourant dans l'assurance, le facteur de valorisation pour l'année 2024 est de 1,0000 (cf. « *Facteurs de revalorisation 2024* » de l'Office fédéral des assurances sociales) ; la somme des revenus n'est ainsi pas modifiée par la revalorisation. C'est dès lors le montant de 23'196 fr. qui s'avère plus favorable au recourant. Ce revenu mensuel moyen doit ensuite être arrondi à 23'520 fr., selon l'échelle 16 de la Table de rente 23, et correspond à une rente entière d'invalidité de 515 fr. par mois en 2024.

ccc) Partant, le montant de la rente mensuelle d'invalidité à laquelle le recourant peut prétendre depuis le 1^{er} avril 2024 n'est pas de 572 fr., ainsi que cela figure dans la décision entreprise, mais de 515 fr., comme exposé ci-avant.

8. En définitive, il ressort de ce qui précède que le recourant ne peut pas prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de 572 fr. par mois depuis le 1^{er} juin 2023, contrairement à ce qui figure dans la décision entreprise, mais uniquement au versement d'une rente entière d'invalidité de 515 fr. par mois depuis le 1^{er} avril 2024. Cette issue aboutit, par conséquent, à un résultat qui est moins favorable pour le recourant.

a) 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).

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 21 mai 2026 lui impartissant un délai pour retirer cas échéant

son recours. Or, par écriture du 25 juin 2026, le recourant 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 d'ouverture du droit à la rente et de calcul du montant de la rente – sans aucune marge d'appréciation à ce niveau – et compte tenu des montants visés par la réforme en question, 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 décembre 2024 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 décembre 2024 réformée d'office, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité d'un montant mensuel de 515 fr. à compter du 1^{er} avril 2024.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité 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 le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 12 février 2025.

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 Laurent Damond a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 10 février 2025 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).

S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, Me Damond a produit une liste des opérations qui ne peut cependant être entièrement suivie. Cette liste fait en effet état de 20 heures et 8 minutes d'activité, dont 3 heures et 55 minutes de conférences avec le client qui semblent largement excéder le cadre des opérations nécessaires à la conduite du procès. On peut également considérer comme excessives les 7 heures et 35 minutes mentionnées pour l'étude du dossier, dans la mesure où, si le dossier est certes volumineux, l'argumentaire développé ne porte que sur les questions spécifiques liées à la naissance du droit à la rente et aux bases de calcul de celle-ci. On ne peut davantage tenir compte, au titre de l'indemnité de base, du temps comptabilisé pour l'établissement des différents bordereaux produits, dans la mesure où la préparation d'onglets de pièces relève de tâches de secrétariat et peut, cas échéant, être rémunérée par le biais des débours. Aux opérations annoncées, il convient, par ailleurs, d'ajouter une heure d'activité pour l'examen de la *reformatio in pejus* et les dernières déterminations de la partie recourante. Il y a ainsi lieu de tenir compte d'un total de 16 heures d'activité, à un tarif horaire de 180 fr., soit 2'880 fr., montant auquel il convient d'ajouter des débours forfaitaires à concurrence de 5 % des honoraires admis (art. 3bis al. 1 RAJ), par 144 fr., et la TVA au taux de 8,1 %, par 244 fr. 95, ce qui aboutit à une indemnité d'office de 3'268 fr. 95.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il 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 (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 décembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée d'office, en ce sens que C._____ a droit à une rente entière d'invalidité d'un montant mensuel de 515 fr. (cinq cent quinze francs) à compter du 1^{er} avril 2024.
- 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 d'office de Me Laurent Damond, conseil de C._____, est arrêtée à 3'268 fr. 95 (trois mille deux cent soixante-huit francs et nonante-cinq 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 mis provisoirement 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 Laurent Damond (pour C. _____),
- 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 :