

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Françoise Martin Antipas,
avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 28, 36 et 39 LAI ; art. 42 LAVS.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né le [...] 1991, est titulaire d'un diplôme de culture générale (orientation socio-pédagogique) depuis 2010, ainsi que d'une attestation d'apprentissage avancé du solfège et de la guitare, délivrée par la Haute école de musique [...] en 2011. Il a obtenu un diplôme de vidéaste au sein du Institut C._____ à [...] en 2014.

Atteint d'une rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH), diagnostiquée formellement en décembre 2011, il a subi une coloprotectomie totale, avec poche iléo-anale et iléostomie, en février 2012 au sein du Centre hospitalier F._____. Il a fait l'objet d'une cholécystectomie, en avril 2012, à la suite d'une pancréatite biliaire aiguë (cf. rapports du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier F._____ des 13 février, 19 avril, 2 et 21 mai 2012 et du Service de pathologie clinique du Centre hospitalier F._____ du 15 février 2012).

Compte tenu de ces atteintes à la santé, B._____ a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 18 mai 2015.

Il a été reçu en entretien par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI le 8 juillet 2015. A cette occasion, il a indiqué avoir suivi la formation, dispensée à hauteur de deux jours par semaine au sein du Institut C._____, pour s'adapter aux exigences de l'industrie cinématographique. Il exerçait depuis lors une activité à temps partiel (environ 30 %) dans ce cadre, en qualité d'indépendant ou par contrats de durée déterminée. Ce type d'emploi était en adéquation avec son état de santé, lequel impliquait des contraintes importantes (passage aux toilettes 10 à 15 fois par jour durant près de 15 minutes à cause des poches et fatigue importante). Il a par ailleurs précisé avoir sollicité l'assurance-invalidité pour obtenir une compensation pour « le manque de rentabilité qu'il [aurait] dans toute activité ». Il n'envisageait pas d'effectuer une

autre formation, en raison de son état de santé et des exigences d'un potentiel employeur (cf. rapport d'intervention précoce du 9 juillet 2015).

Par rapport complété le 28 juillet 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr D._____, médecin généraliste traitant, a indiqué que son patient présentait une capacité de travail de 40 à 50 % dans toutes activités, en raison d'une fatigabilité, de contraintes alimentaires et liées au transit intestinal.

Quant au Service de gastro-entérologie et hépatologie du Centre hospitalier F._____, il a signalé à l'OAI, le 17 décembre 2015, ne pas avoir revu l'assuré depuis 2012.

L'assuré n'ayant pas donné suite, malgré sommation du 9 juin 2017, à de réitérées demandes de pièces de l'OAI, ce dernier a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente, en l'état de son dossier, le 25 septembre 2017.

B. B._____ s'est adressé à l'OAI par courriel du 3 octobre 2018, requérant le réexamen de sa situation. Il a été invité à faire parvenir les éléments médicaux ou professionnels pertinents à cette fin et à compléter une nouvelle demande de prestations, par courrier du 30 octobre 2018.

En date du 20 décembre 2018, l'assuré a adressé à l'OAI le formulaire ad hoc, dûment complété, auquel étaient joints un tirage du diplôme de vidéaste obtenu auprès du Institut C._____, un certificat de travail attestant d'une activité de gestionnaire de stocks à temps partiel (20 à 50 %) auprès du département logistique de la société E._____Sàrl de septembre 2016 à septembre 2018 et un rapport de la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale, du 24 novembre 2018. Cette praticienne faisait état des diagnostics de RCUH, avec status post coloprotectomie, cholécystectomie et pneumonie à staphylocoque doré en 2012, ainsi que de pochite chronique érosive depuis 2018. La capacité de travail de son patient était réduite à 50 %, en raison de la nécessité d'aller fréquemment à selles, de consacrer beaucoup de temps pour se soulager

aux toilettes, ainsi que d'une perte pondérale et de multiples complications rendant sa santé fragile. L'assuré précisait ne pas avoir pu vivre d'une activité indépendante de vidéaste, n'ayant décroché que quelques mandats. Dès lors, il avait d'abord complété ses revenus en tant que chauffeur non professionnel pour le compte de la société I._____, puis accepté un emploi à temps partiel au sein de E._____Sàrl. Depuis mars 2018, compte tenu de la survenance de la pochite érosive, il avait dû renoncer à cette activité trop exigeante. Il projetait de devenir chauffeur professionnel à 50 % pour la société I._____, ce qui était, à son avis, compatible avec son état de santé.

A la demande de l'OAI, la Dre G._____ a complété un rapport le 7 novembre 2019, reprenant les informations précédemment communiquées. Elle soulignait que l'assuré était astreint à un régime alimentaire strict et que la limitation de sa capacité de travail au taux de 50 % valait à partir de l'année 2012 sans perspective d'amélioration. Etaient joints à son envoi les rapports rédigés au sein des Services de chirurgie viscérale et de pathologie clinique du Centre hospitalier F._____ en 2012, ainsi qu'un rapport du Dr H._____, spécialiste en médecine interne et gastro-entérologie, du 30 mai 2018, lequel mettait en évidence notamment le diagnostic de pochite érosive.

Ce spécialiste a fait parvenir son rapport à l'OAI le 2 décembre 2019. Il a exposé assumer le suivi de l'assuré depuis mai 2018, pour lequel il n'avait pas délivré d'arrêt de travail. Cela étant, il estimait que son patient ne pouvait travailler à plus de 50 % depuis 2013 en raison de la chronicité des diarrhées et d'une asthénie. L'activité de chauffeur privé à 50 % était une activité adaptée à son état de santé, tandis que l'augmentation de ce taux lui apparaissait difficilement envisageable.

La Dre G._____ a confirmé, le 19 décembre 2019, que la fatigue présentée par l'assuré était corrélée à ses diarrhées quotidiennes, lesquelles étaient susceptibles de générer des douleurs abdominales. Le risque de complication et de récurrence était très élevé en l'occurrence, alors que la pochite érosive requérait une antibiothérapie au long cours. Une

capacité de travail supérieure à 50 % n'était, à son avis, pas envisageable. L'exercice d'une activité de chauffeur privé permettait, aux dires de l'assuré, d'adapter au mieux son temps de travail.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) s'est rallié aux appréciations des médecins traitants de l'assuré dans un avis du 16 janvier 2020. Il a ainsi retenu une capacité de travail réduite à 50 % dans toutes activités depuis 2012 en raison de l'asthénie et des troubles du transit intestinal.

Un extrait du compte individuel AVS (CI) de l'assuré du 28 janvier 2020 a fait état des inscriptions suivantes :

- 2011 : activité salariée d'août à octobre : 1'555.00
- 2014 : activité salariée en octobre : 3'500.00
- 2015 : activité salariée en janvier et février : 4'495.00
- 2016 : activité salariée en mai : 4'352.00
- 2016 : activité salariée de septembre à décembre : 6'769.00
- 2017 : activité salariée de janvier à décembre : 13'046.00
- 2018 : activité salariée de janvier à septembre : 11'395.00
- 2019 : activité indépendante de février à décembre : 16'500.00

Par projet de décision du 27 avril 2020, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il retenait que ce dernier présentait une incapacité de travail et de gain de 50 % depuis le mois de novembre 2011. Cela étant, à l'issue du délai de carence d'un an, l'assuré ne comptabilisait pas une durée de cotisations d'au moins trois ans, de sorte que le droit à une rente ordinaire n'était pas ouvert. S'agissant du droit à une rente extraordinaire, l'OAI considérait que l'assuré ne présentait pas le même nombre d'années d'assurance que les assurés de sa classe d'âge, en l'absence de cotisations acquittées en 2012 et 2013. Il recommandait à l'assuré de solliciter l'examen de son droit à des prestations complémentaires.

L'assuré a contesté ce projet de décision dans une correspondance du 29 mai 2020, par laquelle il a fait valoir que le début de sa maladie remontait certes à 2011, mais que les répercussions sur sa capacité de travail s'étaient en particulier manifestées dès 2018 avec la survenance de la pochite chronique. Il a rappelé avoir été étudiant entre

2012 et 2014, puis avoir exercé différentes activités à taux réduit dès 2014, tout en tentant, en parallèle, de développer une activité indépendante de vidéaste. Il signalait au surplus travailler à un taux d'environ 35 % depuis mars 2019, respectivement 40 % depuis janvier 2020, en qualité de chauffeur privé. Il relevait avoir acquitté des cotisations sociales durant les années déterminantes pour le droit à la rente. Il a produit, au titre de justificatif, une attestation de la Dre G. _____ du 14 mai 2020. Celle-ci indiquait que « l'invalidité partielle » de l'assuré, dont la capacité de travail demeurait restreinte à 50 %, était survenue en 2018 par suite de la pochite érosive. Etaient également annexées les fiches des salaires dégagés par l'assuré entre septembre 2016 et septembre 2018 auprès de E. _____ Sàrl, ainsi qu'en tant que chauffeur privé en février et mars 2020.

Par complément du 29 juillet 2020, l'assuré a réitéré que son état de santé s'était dégradé depuis 2018, ce qui avait dicté ses choix professionnels. Une nouvelle attestation de la Dre G. _____ du 22 juin 2020 confirmait ces propos.

Sur la base d'un avis de son Service juridique du 10 septembre 2020, l'OAI a maintenu que l'assuré présentait une incapacité de travail durable de 50 % depuis fin 2011 ou début 2012 et que dès lors, il ne pouvait prétendre ni à une rente ordinaire, ni à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité, faute d'une durée de cotisations de trois années à la date de survenance de l'invalidité, respectivement faute de cotisations acquittées en 2012 et 2013. Il a ainsi entériné son projet de décision du 27 avril 2020 dans une décision du 11 septembre 2020.

C. B. _____, assisté de Me Françoise Martin Antipas, a déféré la décision du 11 septembre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 15 octobre 2020. Il a requis, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à confirmer la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé en 2018. A titre principal, il a conclu à l'annulation de la décision incriminée et à la reconnaissance de son droit à une rente de l'assurance-invalidité,

subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Sur le plan formel, il a fait grief à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendu, ce dernier s'étant dispensé d'examiner les arguments avancés au stade de la procédure d'audition, et d'avoir procédé à une appréciation arbitraire des preuves sans déterminer si des mesures d'instruction complémentaire se justifiaient. Sur le fond, il a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte des informations médicales et économiques versés à son dossier, lesquelles démontraient, à son avis, l'impact de la pochite survenue en 2018 sur son parcours professionnel. Il estimait que l'OAI n'avait pas pris en compte la survenance d'un nouveau cas d'assurance dès 2018, ainsi que l'ensemble des périodes de cotisations acquittées, lesquelles ouvraient, selon lui, le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

A la suite de la demande déposée le 6 octobre 2020 par l'assuré, la magistrate instructrice l'a mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, par décision du 19 octobre 2020, en l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi qu'en désignant Me Martin Antipas comme avocate d'office, avec effet dès le 15 octobre 2020.

L'OAI a répondu au recours le 17 novembre 2020, concluant à son rejet. Il a notamment souligné que l'aggravation d'une atteinte à la santé ne pouvait être considérée comme un nouveau cas d'assurance, de sorte que la survenance de l'invalidité en 2012 ou 2013 devait en l'occurrence être maintenue. Au surplus, il a confirmé sa détermination relative aux conditions générales d'assurance, à son sens non réalisées en l'occurrence.

Par réplique du 11 décembre 2020, l'assuré a maintenu ses conclusions. Il a produit un tirage des rapports établis à sa sortie du Service des urgences du Centre hospitalier F. _____ les 16 février et 2 avril 2018, où était posé le diagnostic de « pochite chronique diffuse modérément active avec ulcération ». Un rapport du Dr P. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, du 1^{er} octobre 2018, relatait un bilan cardiovasculaire sans « élément évocateur d'une

cardiopathie significative ». Enfin, un rapport du Dr H. _____ du 22 mai 2019 faisait état de sa prise en charge et du diagnostic de pochite chronique érosive posé en mai 2018, ainsi que de la mise en œuvre d'un traitement antibiotique, avec une évolution favorable.

Dans une duplique du 5 janvier 2021, l'OAI a réitéré que la capacité de travail de l'assuré était, à son avis, significativement réduite depuis 2011 ou 2012. Il a par conséquent maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

A la demande de la magistrate instructrice, Me Martin Antipas a fourni, le 5 mars 2021, la liste des opérations effectuées dans le cadre de son mandat.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 15 octobre 2020 contre la décision de l'intimé du 11 septembre 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. A titre préliminaire, le recourant fait valoir un grief de nature formelle, à savoir la violation de son droit d'être entendu. Il reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir pris en compte les arguments avancés en procédure d'audition et d'avoir procédé à une appréciation inexacte, voire arbitraire, des preuves.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

b) Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu comporte également l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de

motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009, consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et les références citées ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

c) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et les références citées).

d) En l'espèce, il s'agit d'écarter les griefs du recourant. Si la décision du 11 septembre 2020 reprend effectivement les termes du projet de décision du 27 avril 2020, il apparaît toutefois qu'elle était accompagnée d'une correspondance intitulée « Prise de position concernant votre contestation », datée du même jour. A teneur de ce document, l'intimé a exposé les motifs l'ayant conduit à maintenir la date retenue au titre de survenance de l'incapacité de travail déterminante. Il a précisé que les explications fournies par la Dre G. _____ en procédure

d'audition ne pouvaient remettre en cause sa position, alors que les rapports précédents de cette praticienne attestaient d'une incapacité de travail dès 2012. Il ne s'est certes pas exprimé sur l'aspect professionnel développé par le recourant dans son courrier de contestation du 29 mai 2020 et réitéré le 29 juillet 2020. Cela étant, la correspondance de l'intimé apparaît suffisante pour motiver le maintien de son projet de décision. Dès lors, il convient de nier que le droit d'être entendu du recourant ait été violé.

e) S'agissant de l'argument du recourant relatif à l'appréciation des preuves, il s'agit d'un grief qu'il convient d'examiner au fond (cf. développement ci-dessous : consid. 5 et 6).

3. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente ordinaire ou extraordinaire de l'assurance-invalidité.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 29^{ter} RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins.

c) Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente selon l'art. 28 al. 1, et b, LAI (cf. par exemple : TF 8C_174/2013 du 21 octobre 2013 consid. 3.2 et références citées). Pour déterminer si cette incapacité de travail est survenue, il convient de se fonder sur les circonstances du cas concret. Une constatation rétroactive et médico-théorique de l'incapacité de travail après plusieurs années ne suffit pas. A moins qu'il ne soit dûment documenté sur le plan médical, le fait que l'assuré ait connu une capacité de rendement réduite n'est également pas décisif. Le moment de la détermination de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait dès lors faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais il doit être établi avec le degré de preuve habituel de la vraisemblance prépondérante tel qu'il est exigé en droit des assurances sociales (TF 8C_204/2012 du 19 juillet 2012 consid. 3.2 et références citées).

Pour qu'il puisse continuer à courir, le délai d'attente ne doit pas subir d'interruption notable durant 30 jours consécutifs au moins. Une telle interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente commence à courir sans qu'il y ait lieu de prendre en considération les périodes antérieures d'incapacité de travail (TF I 392/05 du 24 août 2006 consid. 4.2 et les références citées ; cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi

fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 13 ss ad art. 28 LAI, p. 390 ss).

5. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a).

b) Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 193 consid. 2).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

d) On rappellera enfin qu'il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être

consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références citées ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

6. a) In casu, les rapports médicaux versés au dossier du recourant permettent d'établir que la RCUH est survenue à la fin de l'année 2011. Singulièrement, le recourant fait mention de sang dans les selles, signalant s'être rendu à l'hôpital en novembre 2011 (cf. rapport d'intervention précoce du 9 juillet 2015). Le rapport du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier F._____ du 21 mai 2012 fait état de ce « diagnostic primaire en décembre 2012 [recte : 2011] ». Ce document mentionne également la coloprotectomie, en l'absence de réponse au traitement conservateur, réalisée le 6 février 2012, la pancréatite aiguë diagnostiquée le 23 février 2012, suivie de la fermeture d'iléostomie et de la cholécystectomie pratiquée le 13 avril 2012. Les spécialistes du Centre hospitalier F._____ ne se sont en revanche pas prononcés en termes de capacité de travail. Quant au Dr D._____, il a retenu que les diagnostics incapacitants étaient présents depuis 2011, considérant que son patient ne pouvait travailler à plus de 40 ou 50 % (cf. rapport du 28 juillet 2015). Ultérieurement, la Dre G._____ a indiqué que le recourant était en incapacité de travail à 50 % « en raison de sa maladie de base et de la pochite », rappelant qu'il souffrait « depuis de nombreuses années » d'une RCUH (cf. certificat du 24 novembre 2018). Elle a réitéré son appréciation d'une capacité de travail restreinte à 50 % « depuis 2012 » dans son rapport subséquent du 7 novembre 2019. Le Dr H._____, dont la prise en charge du recourant date de mai 2018, a, de son côté, estimé que l'incapacité de travail était de 50 % depuis 2013, précisant ne pas avoir personnellement délivré d'arrêt de travail (cf. rapport du 2 décembre 2019). Ce n'est qu'au stade de la procédure d'audition que l'année 2018 a été avancée au titre d'une « invalidité partielle survenue suite à la complication d'une inflammation avec des infections récurrentes de la pochite » par la Dre G._____ (cf. attestations des 14 mai et 22 juin 2020).

b) Sur le plan économique et professionnel, il ressort des propres déclarations du recourant, corroborées par l'extrait de son CI,

qu'après avoir obtenu son diplôme auprès du Institut C._____ en 2014, il a exclusivement occupé des emplois à temps partiel, tout en réalisant quelques mandats en tant que vidéaste. Dans le cadre de l'entretien passé auprès de l'intimé le 8 juillet 2015, il a souligné que dite formation s'était déroulée durant deux ans à hauteur de deux jours par semaine. S'agissant de son activité de vidéaste, il a exposé se consacrer à cette activité à hauteur d'environ 30 % et présenter un « manque de rentabilité » en raison des contraintes de gestion du temps impliquées par son état de santé (cf. rapport d'intervention précoce du 9 juillet 2015). Hormis deux emplois de courte durée (octobre 2014, ainsi que de janvier à février 2015), le recourant a au surplus travaillé auprès de la société E._____Sàrl de septembre 2016 à septembre 2018. Le certificat de travail, établi par cette société le 28 septembre 2018, fait état d'une activité au taux de 20 à 50 % au sein de son département logistique. Le recourant a ensuite fait les démarches nécessaires pour exercer en tant que chauffeur privé, tout d'abord en tant qu'indépendant à 35 % de février à décembre 2019, puis à 40 % en tant que salarié dès 2020 (cf. correspondances du recourant à l'intimé des 17 décembre 2018 et 29 mai 2020).

c) Les éléments médicaux et professionnels ci-dessus permettent de retenir que le recourant a probablement connu une période d'incapacité totale de travail dès novembre 2011 jusqu'à la fin de sa prise en charge au sein du Centre hospitalier F._____ (fin de séjour le 19 avril 2012 selon le rapport du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier F._____ du 21 mai 2012). Sa capacité de travail a ensuite été, au degré de la vraisemblance prépondérante, durablement restreinte à concurrence de 50 % dans toutes activités, étant donné les limitations fonctionnelles mises en évidence par les Drs D._____ et G._____, ainsi qu'au vu du parcours professionnel du recourant. Ce dernier n'a pas fourni les éléments qui permettraient de considérer qu'il aurait été en mesure de suivre une formation ou d'exercer une activité à un taux supérieur à 50 %, postérieurement à ses hospitalisations en 2012. Dès lors, on ne voit pas que l'incapacité de travail survenue à 100 % dès décembre 2011, puis à 50 % dès le printemps 2012, ait connu une interruption d'au moins 30

jours consécutifs, au sens requis par l'art. 29^{ter} RAI. Au demeurant, quand bien même il n'est pas contesté que l'état de santé du recourant s'est péjoré du fait de la pochite diagnostiquée en 2018, les incidences sur sa capacité résiduelle de travail sont demeurées identiques. Tant la Dre G._____ que le Dr H._____ estiment en effet que la capacité de travail de leur patient est toujours limitée à hauteur de 50 % en raison de limitations fonctionnelles similaires (fatigabilité, problèmes liés au transit intestinal et aux exonérations fréquentes). On ajoutera que les premières déclarations du recourant, notamment consignées dans le rapport le 9 juillet 2015, ont clairement trait à ses difficultés à exercer une activité lucrative à un taux d'activité supérieur à 50 % en raison des limitations fonctionnelles consécutives aux séquelles de la RCUH. On peut donc se rallier à l'appréciation de l'intimé quant au défaut de survenance d'un nouveau cas d'assurance en 2018. Il s'agit par conséquent de considérer que le délai de carence d'un an, prévu par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI, est échu en décembre 2012.

d) Des mesures d'instruction complémentaire, notamment la réalisation d'une expertise, telle que requise par le recourant, apparaissent superflues en l'occurrence. On voit mal comment un avis expertal produit plus de dix ans après la survenance de la RCUH pourrait apporter un éclairage différent du cas particulier, en particulier en termes de capacité de travail. On peut donc écarter la conclusion en ce sens prise par le recourant par appréciation anticipée des preuves. On précisera également qu'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir procédé à une appréciation arbitraire des preuves en présence des avis médicaux convergents versés à son dossier. Enfin, il convient de relever que les pièces médicales produites auprès de la Cour de céans ne sont pas de nature à remettre en question les constats ci-avant. Les rapports du Centre hospitalier F._____ des 16 février, 2 et 9 avril 2018, font état des consultations du recourant pour cause de saignements, sans autre complication. Le rapport du Dr P._____ du 1^{er} octobre 2018 conclut à une situation cardiologique rassurante. Quant au Dr H._____, il résume, dans un courrier du 22 mai 2019, sa prise en charge des suites de la

pochite érosive constatée en mai 2018, ainsi qu'il l'avait précédemment relaté à l'intimé.

7. a) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

b) En l'espèce, la réduction de la capacité de travail du recourant, chiffrée à 50 %, ne fait pas l'objet de controverses entre les parties. Les rapports médicaux versés au dossier sont par ailleurs unanimes pour mentionner une capacité de travail maximale de 50 % dans toutes activités.

En pareil cas, ainsi d'ailleurs que l'a retenu l'intimé, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail et ascende en conséquence à 50 %, ce qui donne théoriquement droit à une demi-rente d'invalidité en vertu de l'art. 28 al. 2 LAI précité.

8. a) 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. Cette condition de durée minimale de cotisations de trois années est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total et que, pendant cette période, elle a versé la cotisation minimale, était mariée avec un conjoint ayant versé au moins le double de la cotisation minimale ou avait droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance (art. 29 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10] et 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]).

b) Il ressort en l'occurrence de l'extrait du CI du recourant qu'à la date de la survenance de l'invalidité (novembre 2012), il ne comptabilisait que trois mois de cotisations, acquittées sur des salaires perçus d'août à octobre 2011. Etant donné la précocité de la survenance de son invalidité et le début de l'obligation de cotiser en vertu de la LAVS (cf. art. 3 al. 1 LAVS), le recourant n'était manifestement pas en mesure de remplir la condition posée par l'art. 36 al. 1 LAI.

Compte tenu de ces éléments, il est établi qu'il ne remplit pas les conditions pour se voir octroyer une rente ordinaire de l'assurance-invalidité selon les réquisits de l'art. 36 al. 1 LAI. L'intimé était donc légitimé à nier son droit à cette prestation.

9. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à une rente extraordinaire de l'assurance-invalidité.

a) En vertu de l'art. 39 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997 (résultant de la loi fédérale du 7 octobre 1994 [10^{ème} révision de l'AVS], annexe ch. 3 ; RO 1996 p. 2466), le droit des ressortissants suisse aux rentes extraordinaires est déterminé par les dispositions de la LAVS.

L'art. 42 al. 1 LAVS, tel qu'en vigueur depuis la 10^{ème} révision de l'AVS, prévoit que les ressortissants suisses qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une rente extraordinaire s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins. Ce droit revient également à leurs survivants.

b) Les art. 39 LAI et 42 al. 1 LAVS, dans leur version en vigueur actuellement, limitent ainsi le cercle des bénéficiaires d'une rente extraordinaire aux personnes qui comptent un nombre d'années d'assurance égal à celui de leur classe d'âge, mais qui, « sans faute de leur part », n'ont pu cotiser durant la période minimale et qui, de ce fait,

ne peuvent prétendre une rente ordinaire ; entrent dans cette catégorie les personnes qui, n'ayant pas encore atteint l'âge déterminant ou qui, tout en ayant été assujetties à l'assurance-invalidité suisse depuis cette limite d'âge, n'ont pas, avant la survenance du risque, cotisé du tout ou pendant une année, faute d'y avoir été obligées (cf. Message concernant la 10^{ème} révision de l'assurance-vieillesse et survivants, du 5 mars 1990, FF 1990 II 99 ; TFA I 780/02 du 1^{er} mai 2003 consid. 5.1.2 [SVR 2003 IV n° 34 p. 104] et I 810/05 du 5 février 2007 consid. 5.2.2).

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'exigence liée au nombre d'années d'assurance ne visait pas toutes les années d'assurance dès la naissance, mais seulement celles pour lesquelles la loi prévoyait une obligation générale de cotiser, telles qu'elles étaient en principe déterminantes pour le calcul d'une rente ordinaire. Il s'agit donc des années d'assurance accomplies dès le 1^{er} janvier suivant la date où la personne avait eu 20 ans révolus (cf. art. 2 LAI en corrélation avec l'art. 3 LAVS ; TF 9C_446/2013 et 469/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.4).

Peuvent donc se voir allouer une rente extraordinaire d'invalidité exclusivement des personnes qui sont encore susceptibles d'atteindre une durée d'assurance complète, en vue de l'octroi d'une rente de vieillesse de l'assurance-vieillesse et survivants, jusqu'au 31 décembre précédant l'âge terme. Ne sont en revanche pas visées par l'art. 42 al. 1 LAVS, les personnes qui comptent une lacune de cotisation parce qu'elles n'ont pas été assujetties à l'assurance pendant une certaine période de leur vie (ATF 131 V 390 consid. 7.3.1 ; TF 9C_528/2010 du 11 juillet 2011 consid. 3.2).

c) A teneur de l'art. 40 LAI, les rentes extraordinaires sont égales, sous réserve des al. 2 et 3, au montant minimum des rentes ordinaires complètes qui leur correspondent (al. 1). Les rentes extraordinaires octroyées aux personnes devenues invalides avant le 1^{er} décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont atteint 20 ans révolus s'élèvent à 133 1/3 % du montant minimum de la rente ordinaire complète qui leur correspond (al. 3).

d) In casu, il est certes établi que le recourant n'a pas acquitté de cotisations en 2012. Cela étant, contrairement à ce que soutient l'intimé, il revêtait la qualité d'assuré, compte tenu du maintien de son domicile en Suisse, y inclus dès 2012 (soit dès le 1^{er} janvier suivant ses 20 ans révolus ; cf. art. 1a al. 1 LAVS). Assujetti à l'assurance, quand bien même il n'a pas acquitté de cotisations, le recourant peut donc, à la date de survenance de l'invalidité, se prévaloir du même nombre d'années d'assurance que les assurés de sa classe d'âge.

C'est donc à tort que l'intimé a nié son droit à une rente extraordinaire d'invalidité, confondant au passage la notion d'années d'assurance (ou d'assujettissement) et d'années de cotisations. Il s'ensuit que le recourant peut prétendre, compte tenu d'un degré d'invalidité de 50 %, à une demi-rente extraordinaire d'invalidité. Le droit au versement de cette prestation ne peut toutefois prendre naissance qu'à partir du 1^{er} juin 2019, soit à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt de la demande formelle de réexamen le 20 décembre 2018 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

10. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'intimé réformée, en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente extraordinaire d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, à compter du 1^{er} juin 2019.

La cause est renvoyée à l'intimé, en tant que de besoin, pour la fixation et le versement de cette prestation.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice

doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Au vu du résultat, il y a lieu d'admettre que le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, obtient gain de cause et peut prétendre des dépens non réduits, arrêtés à 3'000 fr. et portés à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). Ce montant couvre intégralement le montant de l'indemnité d'office qui pourrait être alloué à Me Martin Antipas, de sorte qu'on peut renoncer en l'état à fixer plus précisément dite indemnité.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 11 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente extraordinaire d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, à compter du 1^{er} juin 2019.

- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour fixer les montants dus au recourant.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Françoise Martin Antipas, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :