

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 février 2025

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
MM. Neu et Tinguely, juges  
Greffière : Mme Cuérel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 2, 6 al. 1 et 36 al. 1 LAI ; 6, 46 par. 1 et 57 par. 1**  
**Règlement** **CE**  
**n° 883/2004**

**E n f a i t :**

**A. a)** C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], de nationalité [...] et [...], célibataire, est arrivé en Suisse dans le courant de l'année 2017. Après avoir occupé divers emplois non qualifiés en [...], il a été employé, en Suisse, comme assistant en cabinet de physiothérapie à 80% du 1<sup>er</sup> février 2018 au 31 mai 2020, date de son licenciement.

**b)** Le 20 avril 2021, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant comme motifs des troubles psychotiques sévères et une insuffisance cardiaque sévère.

**c)** Dans son rapport adressé le 6 mai 2021 à l'OAI, la Dre T. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, a indiqué les diagnostics d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite d'origine probablement toxique (cocaïne) et possible composante génétique, de schizophrénie et de consommation de drogues. Aux titres des limitations fonctionnelles, elle indiquait d'éviter les efforts importants et modérés et estimait la capacité de travail à 20 à 30%.

**d)** Selon le questionnaire de l'employeur adressé à l'OAI le 3 août 2021, l'assuré était chargé de la gestion des rendez-vous des patients, de la gestion des dossiers patients, de la réception et de l'installation des patients en cabine jusqu'au début de l'année 2019 puis, dès ce moment, il a été chargé de l'entretien du cabinet, du linge, du rangement des cabines, en raison des difficultés relationnelles avec les patients et des difficultés de concentration qu'il rencontrait. Son salaire était fixé à 3000 fr. par mois à 80%.

**e)** Dans un rapport médical établi le 8 septembre 2021 à la demande de l'OAI, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant l'assuré depuis avril 2018, a posé le diagnostic, ayant une incidence sur la capacité de travail, de schizophrénie paranoïde (F20.0). Il a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient

majeures surtout depuis que le patient présentait une symptomatologie psychotique, qui était incompatible avec l'exercice de toute activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient : des difficultés relationnelles, une hostilité et une agressivité, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés liées aux tâches administratives, des difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, des difficultés d'organisation du temps, des difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, une hypersensibilité au stress et une apparition périodique de phases de décompensation. Le médecin prénommé a encore indiqué que l'assuré présentait des limitations dans sa capacité de concentration et dans sa capacité d'organisation/planification en raison des symptômes psychotiques florides, ainsi que dans sa capacité d'adaptation au changement en raison de la symptomatologie psychotique. Il a attesté d'une incapacité totale de travail depuis le 21 mars 2021. Il a en outre relevé que le pronostic était très réservé. Le patient avait pu garantir une certaine stabilité psychique mais, depuis environ une année, il avait constaté une dégradation majeure de la symptomatologie du trouble psychiatrique qui empêchait le patient d'exercer toute activité professionnelle.

**f)** Selon le formulaire « UE/AELE : Rapport médical détaillé » complété le 15 décembre 2021, à la demande de l'OAI, par le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine interne générale et infectiologie et médecin traitant de l'assuré, celui-ci souffrait d'une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection abaissée et d'une schizophrénie paranoïde et présentait une incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020.

**g)** Conformément au compte rendu de la permanence du Service médical régional (ci-après : SMR) du 14 janvier 2022, l'OAI a requis, du Service de psychiatrie générale du J.\_\_\_\_ (ci-après : [...]), les rapports d'hospitalisation concernant l'assuré. Ce service a ainsi produit,

le

7 février 2022, les rapports suivants :

- un rapport établi le 4 janvier 2018 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 7 au 27 décembre 2017, à la suite d'un placement à des fins d'assistance (ci-après : PLAFA) ordonné par un médecin, en raison d'une décompensation psychotique ; il en ressort les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et de trouble psychotique avec symptômes polymorphes au premier plan (F 19.53) ;
- un rapport établi le 23 décembre 2019 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 14 novembre au 19 décembre 2019, à la suite d'un PLAFA ordonné par un médecin, ayant pour motif une mise à l'abri d'un risque de geste auto- et hétéroagressif et de la suspicion d'une décompensation psychotique ; les diagnostics retenus étaient identiques que ceux figurant dans le rapport du 4 janvier 2018 ;
- un rapport établi le 14 mai 2021 relatif à l'hospitalisation de l'assuré du 21 mars au 8 avril 2021, à la suite d'un PLAFA ordonné par un médecin, en raison d'une décompensation psychotique et d'abus de drogue ; il y est posé le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F 20.0).

**h)** Selon le « compte rendu de la permanence SMR » du 14 février 2022, le début de la longue maladie devait être fixé au 7 décembre 2017, date d'entrée de la première hospitalisation, la capacité de travail était nulle depuis cette date, le diagnostic retenu étant une schizophrénie paranoïde, avec une surpéjoration de l'état de santé depuis octobre 2018 pour les problèmes cardiaques.

**i)** Selon le formulaire « E 205 ES / P 5000 » adressé par les autorités espagnoles le 7 avril 2022, l'assuré a cotisé durant 631 jours dans ce pays.

**j)** Aux termes d'un « Avis juriste » du 31 août 2022, des renseignements supplémentaires étaient nécessaires afin d'établir le début de la longue maladie de l'assuré et l'employeur ainsi que le psychiatre traitant devaient être interpellés. En effet, il apparaissait discutable de retenir, comme l'avait indiqué le SMR, en tant que date déterminante, la première hospitalisation de l'assuré alors qu'il avait travaillé, postérieurement à celle-ci, à 80%, à savoir de février 2018 à mai 2020. Toutefois, l'employeur de l'assuré était également son compagnon et il ressortait du dossier que l'assuré ne parlait pas le français ce qui paraissait peu compatible avec les tâches de secrétariat.

**k)** A la suite de l'interpellation de l'OAI, l'employeur de l'assuré a indiqué, dans un courrier du 12 septembre 2022, que le salaire versé correspondait tout juste à son rendement, relevant qu'il avait toutefois des difficultés à répondre vu les difficultés rencontrées par l'assuré dans l'exercice de ses tâches en raison de sa pathologie. Il a relevé que l'assuré avait été absent du travail uniquement durant quelques semaines, pendant ses hospitalisations, et qu'il était fréquemment invité à partir plus tôt lorsqu'il se sentait mal. Le changement de ses tâches était dû à son manque de concentration. La langue n'était pas un handicap pour les tâches demandées.

**l)** Dans sa réponse du 3 octobre 2022 aux questions de l'OAI, le  
le  
Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué que, durant sa période d'activité professionnelle (de 2018 à 2020), l'assuré ne présentait pas de périodes fréquentes de décompensation et présentait une bonne stabilité psychique. Il avait eu la capacité d'accomplir ses tâches professionnelles bien que le cadre professionnel ait dû être adapté à plusieurs reprises à la situation de l'assuré. A la question de savoir si, avec un traitement médical adéquat, l'assuré pourrait retrouver une capacité de travail exploitable sur le marché du travail, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré avait suivi un traitement pharmacologique et psychothérapeutique adéquat et adapté, ce qui n'avait néanmoins pas empêché des périodes de décompensation de plus en plus fréquentes avec des difficultés d'interaction avec les

autres et une symptomatologie psychotique de plus en plus marquée. Le pronostic était très réservé.

**m)** Du « compte rendu de la permanence juriste » du 7 octobre 2022 il ressort que, fondé sur les réponses de l'employeur et du médecin psychiatre, le début de la longue maladie devait être fixée en 2017 au moins, l'assuré ne pouvant pas assumer pleinement ses tâches professionnelles mêmes simples.

**n)** Par projet de décision du 14 décembre 2022, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a constaté qu'il présentait une atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et de gain importante au moins depuis 2017, date de sa première hospitalisation en Suisse. Bien qu'il ait exercé une activité professionnelle jusqu'en mai 2020, il s'avérait que son atteinte à la santé ne lui permettait pas d'avoir le rendement attendu. La survenance de l'invalidité devait être fixée en 2018, au terme du délai de carence d'une année. A ce moment, l'assuré ne pouvait pas justifier de trois années de cotisations, compte tenu des 631 jours cotisés en [...] et des 365 jours cotisés en Suisse. Les conditions générales d'assurances n'étant pas remplies, le droit à une rente devait être nié.

**o)** Par courrier du 22 janvier 2022 [recte : 2023], l'assuré s'est opposé au projet précité, exposant sa situation et produisant un certificat médical établi le 24 janvier 2023 par le Dr F. \_\_\_\_\_, d'incapacité de travail du 21 mars 2021 au 31 janvier 2023.

**p)** Aux termes d'un « Avis juriste » du 15 août 2023, les explications de l'assuré ne faisaient que renforcer les conclusions émises dans le projet de décision du 14 décembre 2022. Il avait rappelé son hospitalisation en 2017 lors de vacances en Suisse, avait reconnu des consommations de drogues pour oublier son passé difficile, avait énoncé de fréquentes dépresses et avait indiqué avoir pris contact avec un

psychiatre dès son arrivée en Suisse. L'assuré avait également affirmé que son employeur ne s'attendait pas à un rendement exceptionnel et qu'il l'employait par gentillesse. Selon l'OAI, le revenu plutôt faible pouvait ainsi aisément s'expliquer par l'atteinte à la santé.

**q)** Par décision du 15 août 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, confirmant son projet de décision du 14 décembre 2022.

**B. a)** C.\_\_\_\_\_, assisté de Me Philippe Nordmann, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 septembre 2023, concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès la date que justice dira. En substance, il a fait valoir que son incapacité de travail avait débuté le 1<sup>er</sup> août 2020 ou le 1<sup>er</sup> juin 2020 et que l'entier de sa période de cotisation en Suisse, à savoir 28 mois, devait s'additionner aux 631 jours cotisés en [...] et dépassait donc les trois ans. Il a, par ailleurs, requis l'octroi de l'assistance judiciaire.

**b)** Par décision du 25 octobre 2023, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé au recourant l'assistance judiciaire avec effet au 13 septembre 2023, a désigné Me Philippe Nordmann en qualité de mandataire d'office et a exonéré le recourant des frais judiciaires et de leur avance.

**c)** Dans sa réponse du 28 novembre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à « la proposition juriste datée du 15 août 2023 » et relevant que l'atteinte à la santé du recourant était préexistante à son arrivée en Suisse et qu'elle jouait un rôle majeur sur la capacité d'exercer une activité professionnelle avec des rendements conséquents.

**d)** Par réplique du 31 janvier 2024, le recourant a réitéré sa position et produit un rapport médical établi le 29 janvier 2024 par le Dr F.\_\_\_\_\_.

Il ressort de ce rapport que le recourant avait débuté ses consultations auprès du médecin précité en juin 2018. Lors du suivi, l'équilibre du patient était globalement conservé et il avait bénéficié d'un suivi psychiatrique et psychopharmacologique intégré, présentant une capacité de travail à 100%, pour la période qui précédait sa décompensation, le 21 mars 2021.

**e)** Dans son courrier du 5 mars 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions, renvoyant à « la proposition juriste datée du 15 août 2023 ».

**C.** Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir à quand remonte son invalidité.

**a)** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, la question litigieuse porte justement sur le début de l'invalidité et donc la naissance du droit éventuel à une rente. Dans la mesure où les dispositions applicables afin d'établir celui-ci n'ont pas été modifiées par la réforme susmentionnée, ce point peut demeurer ouvert à ce stade.

**3. a)** Dans la mesure où le recourant est de nationalité espagnole, la cause doit être examinée non seulement à la lumière du droit suisse mais aussi des dispositions de l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes ou ALCP ; RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie, en particulier le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement (CE) n° 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 (ci-après: règlement n° 883/2004; RS 0.831.109.268.1).

**b)** Selon l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, l'art. 39 de cette loi étant réservé.

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée de cotisations minimale de trois ans lors de la survenance de l'invalidité. Dite condition n'est cependant pas absolue. En effet, en application des art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement (CE) n° 883/2004, des cotisations versées à une assurance sociale assimilée d'un Etat membre de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE) peuvent également être prises en considération, à condition qu'une année au moins de cotisations puisse être comptabilisée en Suisse (voir également ch. 3004 et 3005 CIBIL [Circulaire sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI]).

**d)** 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.

**e)** 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 citées).

La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les références citées).

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).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** 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).

**5. a)** En l'espèce, le recourant soutient tantôt que son incapacité de travail a débuté le 1<sup>er</sup> août 2020 (acte de recours du 13 septembre 2023 p. 2, ch. 5), tantôt qu'elle a débuté le 1<sup>er</sup> juin 2020 (acte de recours du 13 septembre 2023 p. 3, ch. 10) et que la durée de cotisations en Suisse et en [...] s'élevait ainsi à plus de quatre ans (4,145).

L'intimé a estimé, pour sa part, que le recourant souffrait d'une atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et de gain importante depuis au moins 2017, date de sa première hospitalisation en Suisse. Bien qu'il ait exercé une activité professionnelle jusqu'en 2020, son atteinte à la santé ne lui permettait pas d'avoir le rendement attendu.

**b)** L'« Avis juriste » du 15 août 2023, auquel renvoie l'intimé dans ses écritures pour expliquer sa décision, est exempt de motivation. L'auteur de ce document s'est contenté de reprendre certaines déclarations faites par le recourant dans son courrier du 31 janvier 2023, par lequel il avait contesté le projet de décision du 14 décembre 2022. Ce dernier avait évoqué une hospitalisation lors d'un séjour en Suisse en 2017, des consommations de drogues, de fréquentes dépresses et le fait que son employeur ne s'attendait pas à des performances exceptionnelles. Or, les seules déclarations d'un assuré au sujet de son état de santé ne constituent aucunement des éléments médicaux objectifs sur la base desquels une incapacité de travail et de gain peut être retenue.

L'intimé semble s'être en outre également fondé, d'une part, sur le « compte rendu de la permanence SMR » du 14 février 2022 pour retenir que l'incapacité de travail avait débuté en 2017 et, d'autre part, sur le courrier du 12 septembre 2022 de l'employeur pour retenir que l'activité exercée de 2018 à 2020 devait être écartée, faute de rendement

(cf. avis juriste du 31 août 2022 et compte rendu de la permanence juriste du 7 octobre 2022).

S'agissant du « compte rendu de la permanence SMR » du 14 février 2022, il n'est aucunement motivé. Il consiste uniquement à indiquer, dans un style télégraphique, que le début de la longue maladie devait être fixé à la date de la première hospitalisation du recourant en Suisse en décembre 2017, que la capacité de travail dans toute activité était nulle depuis cette date et que le diagnostic principal retenu était une schizophrénie paranoïde. Il ne fait aucune mention, pas plus qu'il ne discute, des différents rapports établis par le Dr F. \_\_\_\_\_ dont il ressort, de manière constante, que l'incapacité de travail a débuté le 21 mars 2021, lors de la décompensation du recourant (cf. rapports médicaux des 8 septembre 2021, 3 octobre 2022, 24 janvier 2023 et 29 janvier 2024). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a en outre indiqué que durant sa période d'activité professionnelle, le recourant avait présenté une bonne stabilité psychique (rapports médicaux des 8 septembre 2021 pt. 2.7 ; 3 octobre 2022 réponse 1 ; 29 janvier 2024). Aucune pièce au dossier ne permet de remettre en cause les constatations du Dr F. \_\_\_\_\_. A cet égard, le SMR n'expose pas pour quel motif il conviendrait de s'en écarter. Tout au plus, le compte rendu de la permanence juriste du 7 octobre 2022 indique-t-il que l'atteinte à la santé du recourant ne lui permettait pas d'assumer pleinement des tâches professionnelles mêmes simples. L'avis précité, qui se fonde essentiellement sur le courrier de l'employeur du 12 septembre 2022, ne peut être suivi. Le courrier en question, s'il constate certes que l'employeur a rencontré quelques difficultés avec le recourant, relève toutefois que ses tâches ont pu être adaptées à ses capacités et que son salaire, peu élevé, correspondait à son rendement. D'autre part - et surtout -, le compte rendu de la permanence juriste ne constitue pas un avis médical, l'évaluation de la capacité de travail relevant essentiellement de la compétence des médecins. Or, à cet égard, le Dr F. \_\_\_\_\_ - qui avait connaissance de l'adaptation des tâches du recourant (cf. rapport du 3 octobre 2022) - a estimé, de manière constante et sans qu'aucun autre avis médical ne le contredise de

manière motivée, que le recourant était capable de travailler jusqu'au 21 mars 2021.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il sied de retenir que l'incapacité de travail du recourant a débuté le 21 mars 2021.

A cet égard, il convient encore de relever que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que son incapacité de travail a débuté en 2020. S'agissant de la date du 1<sup>er</sup> août 2020 qu'il allègue, aucun document médical versé au dossier ne fait référence à cette date. La pièce citée par le recourant (compte rendu de la permanence SMR du 14 janvier 2022) ne fait que reprendre ses propres déclarations, sans que celles-ci ne soient corroborées par un certificat médical. Quant à la date du 1<sup>er</sup> juin 2020, elle correspond à la date de cessation de l'activité professionnelle du recourant auprès de son employeur. Elle ressort uniquement du formulaire « UE/AELE : Rapport médical détaillé » complété par le médecin généraliste du recourant. Elle n'est aucunement motivée par ce médecin, dont aucun autre rapport ou certificat ne figure au dossier. Ce seul formulaire n'est ainsi pas apte à remettre en cause l'avis clair, constant et motivé du Dr F.\_\_\_\_\_.

**c)** L'incapacité de travail du recourant ayant débuté le 21 mars 2021, la survenance de l'invalidité, s'agissant d'une rente, se situe au plus tôt à la date dès laquelle le recourant 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), en l'occurrence en mars 2022. A cette date, le recourant comptait, compte tenu de l'entier de sa période de cotisations auprès de son employeur suisse et de ses cotisations à l'étranger, plus de trois ans de cotisations. A la date de la survenance de l'invalidité, il remplissait donc les conditions générales d'assurance relatives au nombre minimal d'années de cotisations sociales.

**d)** Vu la motivation de la décision attaquée, l'intimé n'a pas examiné si les autres conditions d'octroi d'une rente étaient réalisées. Il convient, par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il incombe

au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - , cette solution apparaissant comme la plus opportune. La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

**6. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il examine si, hormis le nombre d'année de cotisations, les autres conditions d'octroi d'une rente sont réalisées.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé.

**d)** Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire. La liste des opérations produite par Me Nordmann ne peut pas être intégralement suivie à cet égard. L'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la liste fait mention de nombreux échanges de courriels avec le client pour un temps total de 3,35 heures, qui paraît excessif.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 15 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux 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 à :

- Me Philippe Nordmann (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 :