

VD_GERICHTE ZD19.040882 vom 6. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.040882

FR: VD_GERICHTE ZD19.040882 du 6 octobre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.040882 del 6 ottobre 2020

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 315/19 - 341/2020 ZD19.040882 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 6 octobre 2020 _____ Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Riesen, assesseur Greffière : Mme Monod ***** Cause pendante entre : B. _____, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à Bienne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 16 LPGA ; art. 17 et 28 LAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de carrossier-tôlier acquis en 1992. Engagé par la Société C. _____ en avril 1994, il a occupé plusieurs postes au sein de l'entreprise, avant de devenir chef d'équipe, responsable de la préparation des fruits et légumes. En date du 17 février 2010, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris d'une atteinte à la santé d'ordre psychologique. L'OAI a recueilli des rapports auprès de ses médecins traitants, les Dres F. _____, généraliste, et D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que de son employeur. Il a également sollicité le dossier constitué par G. _____ SA, assurance perte de gain en cas de maladie. Par rapport du 25 mars 2010, la Société C. _____ a indiqué que l'assuré réalisait un revenu mensuel de 5'824 fr. à plein temps, soit 75'712 fr. par année depuis le 1er juillet 2008. La Dre F. _____ a complété son rapport à l'attention de l'OAI le 31 mars 2010, faisant état des diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'anxiété généralisée (F41.1), présents depuis septembre 2009, ainsi que de lumbagos à répétition. Elle exposait avoir été consultée par son patient en septembre 2009 en raison d'une baisse de moral suite à un changement de son poste de travail (avec davantage de responsabilités, des horaires de nuit et un environnement fermé dans des lieux réfrigérés). L'assuré ne présentait pas de restrictions physiques, sauf en cas de port de charge, mais des restrictions psychiques « quant au cadre de travail et

- 3 - au poids des responsabilités ». Il était en incapacité de travail totale depuis le 7 septembre 2009. La Dre D. _____ a pour sa part indiqué, le 1er avril 2010, qu'à la date de sa consultation à fin 2009, l'assuré souffrait d'une symptomatologie anxio-dépressive marquée, avec bouffées d'angoisse, anxiété permanente, incapacité à entrer en contact, crispation musculaire douloureuse, angoisse claustrophobique, incapacité à se projeter dans l'avenir, anorexie et troubles du sommeil. Il doutait de pouvoir réintégrer son poste, mais envisageait d'autres activités, par exemple un emploi de concierge auprès de son employeur. Dans un rapport subséquent du 16 août 2010, la Dre D. _____ a signalé

soutenir son patient en cas de recyclage dans le domaine socio-éducatif. Le 26 août 2010, cette spécialiste a précisé que l'incapacité totale de travail se poursuivait, mais que le pronostic était bon, sans qu'une date de reprise d'activité ne puisse être fixée. Par communication du 15 septembre 2010, l'OAI a accordé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous forme de bilan individuel. A l'issue de ce bilan, l'assuré projetait une nouvelle activité en qualité d'auxiliaire de santé en établissement médico-social et devait trouver une place de stage, préalablement à la mise en œuvre d'une formation (cf. rapport de synthèse du 14 octobre 2010). Il a toutefois fait part à l'OAI, le 11 février 2011, de sa décision de renoncer à des mesures professionnelles en vue de se consacrer à une activité de cafetier- restaurateur dès le 1er juillet 2011, date pour laquelle son épouse avait signé un contrat de bail commercial. La Dre D. _____ a confirmé à l'OAI, le 7 juillet 2011, que son patient était à nouveau en état de travailler et doté d'une capacité de travail de 100 % dès le 1er juillet 2011. Par rapport final du 12 juillet 2011, le Service médical régional (SMR) a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail

- 4 - du 7 septembre 2009 au 30 juin 2011 limitativement, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques. Fondé sur ces conclusions, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour la période limitée du 1er septembre 2010 au 30 septembre 2011, par décision du 21 novembre 2011. Cette décision est entrée en force. B. B. _____ a formulé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité, complétée le 11 mai 2015 et parvenue à l'OAI le 18 mai 2015, indiquant souffrir de hernies discales L2-L3 et L5-S1. Il avait obtenu un diplôme d'auxiliaire de santé en septembre 2014 et avait été engagé à plein temps, à ce titre, par l'établissement médico-social K. _____ SA dès le 12 octobre 2014. Aux termes d'un rapport d'employeur du 15 juin 2015, l'établissement K. _____ SA a communiqué à l'OAI que l'assuré réalisait, depuis son engagement le 12 octobre 2014, un salaire de 3'750 fr. par mois, correspondant à un revenu annuel de 48'750 fr. à temps complet. Par rapport à l'OAI du 17 juin 2015, le Dr M. _____, médecin traitant de l'assuré, a mentionné les diagnostics de lombofessalgies bilatérales invalidantes et sévères sur discopathies étagées, de hernies discales sévères L2-L3 et L5-S1, ainsi que d'arthrose vertébrale postérieure lombaire étagée, lesquelles avaient été objectivées par une imagerie par résonance magnétique (IRM). Son patient avait déjà présenté par le passé des épisodes de dysfonctions vertébrales aiguës, justifiant des prises en charge ponctuelles par thérapies manuelles, manipulations, physiothérapie et anti-inflammatoires, mais l'épisode actuel, violent et hyperalgique, ne réagissait que très mal aux traitements proposés habituellement. L'incapacité de travail était totale depuis le 30 mars 2015 et serait de 50 % dès le 29 juin 2015. L'assuré avait un travail trop lourd pour sa colonne vertébrale lombaire. Une réadaptation devait être envisagée, par exemple dans une activité d'animateur, pour laquelle son employeur envisageait de continuer les rapports de travail. L'activité

- 5 - habituelle n'était exigible qu'à temps partiel et en limitant le port de charge. Sur mandat de Q. _____, assureur perte de gain en cas de maladie, l'assuré s'est soumis à une expertise rhumatologique, réalisée le 7 octobre 2015 par le Dr R. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne. A l'issue de son rapport du 9 octobre 2015, ce dernier a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans une activité d'auxiliaire de santé, trop contraignante pour le rachis. En revanche, dans une activité sans port de charges supérieures à 5 kg de manière répétitive, mais jusqu'à 10

kg de manière ponctuelle, excluant les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance des positions deux fois par heure, la capacité de travail était de 80 %, compte tenu d'une diminution de rendement dans la vitesse d'exécution de tâches impliquant le rachis et la prise d'éventuelles pauses supplémentaires. Dite capacité pouvait être atteinte dans un délai de deux mois, après prise en charge pluridisciplinaire à visée de rééducation fonctionnelle dans une unité spécialisée pour le rachis. Cette prise en charge spécialisée a été organisée par l'intermédiaire du Dr M. _____ au sein du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre hospitalier L. _____, où l'assuré a séjourné du 26 octobre 2015 au 13 novembre 2015. Par rapport du 23 novembre 2015, les Drs N. _____, médecin associée, et P. _____, médecin assistant, auprès du DAL du Centre hospitalier L. _____, ont fait état de l'adaptation du traitement antalgique avec une évolution favorable de la symptomatologie douloureuse. L'assuré devait poursuivre des mesures d'ergothérapie et des séances de physiothérapie. Un rendez-vous auprès d'une psychiatre avait été prévu, étant donné les angoisses et ruminations communiquées par l'assuré lors de son séjour. K. _____ SA a résilié le contrat de travail de l'assuré avec effet au 31 décembre 2015.

- 6 - La Dre S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a assumé le suivi de l'assuré depuis le 16 novembre 2015. Elle a communiqué un rapport à l'OAI le 22 février 2016, indiquant que son patient souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) depuis 2015, d'un trouble de la personnalité de type impulsif (F60.30) de longue date, ainsi que de hernies discales et lombalgies chroniques depuis 2015, avec répercussions sur la capacité de travail selon évaluation du Dr M. _____. L'assuré présentait une pathologie somatique qui précipitait des épisodes de douleurs et de limitations fonctionnelles, associée à une symptomatologie anxio-dépressive en réaction au stress psychique subi, mais aussi en raison d'une vulnérabilité psychique, liée à un trouble de la personnalité avec des difficultés à gérer les émotions, son impulsivité, avec des difficultés dans les relations interpersonnelles, un manque de confiance en soi et en autrui, une peur d'être abandonné ou rejeté, ainsi qu'une dépendance à l'autre, avec une tendance à être possessif et jaloux. Une activité pouvait être reprise à condition de la mise en place de mesures professionnelles, sous suite de rendement variable. Q. _____ a mis fin au versement de ses indemnités journalières au 30 avril 2016 par décision du 14 janvier 2016. Le 7 juillet 2016, le Dr M. _____ a indiqué que l'assuré était en incapacité de travail à 50 %, ce depuis le 11 janvier 2016, après une incapacité de travail totale prononcée dès le 31 août 2015. Faute d'amélioration des lombalgies, il avait adressé son patient au Dr H. _____, spécialiste en rhumatologie, et au Prof. J. _____, spécialiste en radiologie ostéo-articulaire, diagnostique et interventionnelle. Ces derniers s'orientaient, à la suite d'une IRM, vers une « très probable » spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew). De nouvelles options thérapeutiques étaient envisagées. Celles-ci ne donnaient pas, en l'état, les résultats escomptés (cf. correspondance du Dr H. _____ à l'OAI du 13 septembre 2016).

- 7 - Sollicité pour avis, le SMR a préconisé, le 13 octobre 2016, la réalisation d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, dont le mandat a été confié au T. _____ selon communication de l'OAI du 2 mars 2018. Les Drs Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V. _____, spécialiste en rhumatologie, ont procédé à leurs examens respectifs les 26 et 30 avril 2018 pour le compte du T. _____ et ont rédigé leurs rapports, accompagnés de leur évaluation consensuelle du cas le 3 août 2018. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'était

désormais retenu ; un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, n'avait impacté la capacité de travail que de 2009 à mai 2011, ainsi que durant l'année 2015 jusqu'au début de l'année 2016 (cf. p. 19 du rapport d'expertise psychiatrique du 3 août 2018). Du point de vue rhumatologique, l'assuré présentait une lombalgie mécanique avec phase inflammatoire, laquelle excluait l'exercice d'une activité d'auxiliaire de santé depuis le 30 mars 2015. En revanche, une activité adaptée, permettant l'alternance des positions assise et debout après une heure au maximum, sans port de charges supérieures à 5 kg et sans posture très penchée et statique, demeurerait possible à 80 %. Une baisse de rendement de 20 % était due à la lenteur d'exécution de tâches impliquant le rachis et à la prise de pauses supplémentaires, ainsi que l'avait envisagé le Dr R. _____ (cf. p. 35 et 40 du rapport d'expertise rhumatologique du 3 août 2018). Les experts du T. _____ ont motivé leur appréciation consensuelle du cas de l'assuré notamment en ces termes (p. 5 et 6 de l'évaluation consensuelle du 3 août 2018) : « [...] D'un point de vue psychiatrique, la personne assurée a souffert d'une coalition d'événements à partir de 2009 suite à une situation de tension professionnelle, probablement un épuisement professionnel. Ces événements sont survenus dans une situation économique difficile avec l'ouverture de son hôtel qui a mal fonctionné, le divorce d'avec son ex-épouse et les tensions avec ses parents qui ne sont toutefois plus d'actualité. Tous ces éléments ont participé à l'éclosion d'une symptomatologie d'allure anxieuse et dépressive en 2009, puis réactivée en 2015, nécessitant une prise en charge et un traitement antidépresseur. Cette situation n'est plus d'actualité, la personne assurée est centrée sur sa problématique douloureuse le jour de l'entretien.

- 8 - La symptomatologie anxieuse et dépressive est résolue. Il n'est pas noté de trouble de la personnalité particulier le jour de l'entretien. Sur le plan rhumatologique, dans de tels cas, il a été évoqué qu'il paraîtrait judicieux d'évaluer s'il faut retenir ou non le diagnostic de spondylarthrite de façon formelle ou plutôt de parler d'une lombalgie mécanique à caractère inflammatoire. Normalement, le traitement prescrit par son rhumatologue (la biothérapie) doit donner un résultat satisfaisant assez rapidement selon les études actuelles. Toutefois, il semblerait que le résultat soit insuffisant selon la personne assurée. Elle prend ce traitement depuis février 2018 avec augmentation des doses. Actuellement, elle a 2 injections par mois. Dans ce cas, il n'est pas possible de retenir le diagnostic de SPA [réd : spondylarthrite ankylosante]. Il s'agit plutôt d'une lombalgie mécanique avec poussée inflammatoire. A l'interrogatoire, la personne assurée décrit des douleurs nocturnes, surtout lors des changements de position. Cependant, la personne assurée n'est pas réveillée dans la deuxième ou troisième partie de la nuit. La raideur matinale ne dépasse pas 5 minutes et le dérouillage est de moins de 10 minutes. Selon la personne assurée, les douleurs persistent dans la journée alors qu'il est parfaitement connu que les douleurs inflammatoires, par définition, s'estompent dans la journée et sont maximales la nuit. Les douleurs mécaniques sont plutôt des douleurs qui ne sont pas nocturnes. Toutefois, elles peuvent être réveillées par les changements de position et s'accroître dans la journée. Ce que décrit la personne assurée va plutôt dans le sens d'une douleur mécanique à caractère inflammatoire plus qu'une douleur inflammatoire pure. Il n'est pas retrouvé les autres items de spondylarthropathie. Les critères ASAS 2009 ne sont pas remplis, rachialgies inflammatoires chez une personne de moins de 45 ans, et la personne assurée n'a pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis. Elle n'a pas de dactylite, pas d'enthésopathie ou d'arthrite (pas de signe rhumatismal inflammatoire périphérique). Elle dit ne pas ressentir d'effet avec la prise d'anti-inflammatoires. Toutefois, il n'est pas certain qu'il y ait un

syndrome inflammatoire. Il paraît difficile, actuellement, de maintenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante sur les simples signes supposés radiologiques de sacro-iliite qu'il convient de vérifier par une IRM récente en recherchant les signes selon les critères ASAS bien définis. En conclusion : l'IRM lombosacrée (cf. examen complémentaire [réd. : du 30 avril 2018]) ne retrouve pas de signe en faveur d'une sacro-iliite ou de phénomène inflammatoire au niveau des articulaires postérieures. Il est préconisé l'arrêt du traitement par Cosentyx et voir l'évolution, d'autant que la personne assurée ne répond pas à ce traitement, d'après ses dires. Sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail de la personne assurée comme auxiliaire de santé paraît totale. Il s'agit d'une activité lourde où les contraintes rachidiennes sont importantes. La personne assurée ne peut pas s'occuper de personnes à mobilité réduite ou grabataires. Par contre, elle est tout à fait capable d'avoir une activité professionnelle excluant le port de charges de plus de 5 kg de manière répétitive. Dans tous les cas, la personne assurée est actuellement en activité professionnelle. Il existe apparemment une stabilisation des douleurs malgré l'autolimitation de la personne assurée. En effet,

- 9 - elle s'occupe d'une personne schizophrène, apparemment autonome selon la personne assurée. Elle ne s'occupe d'elle que pour des activités de loisirs ou d'accompagnement. [...] » Par avis du 22 octobre 2018, le SMR a globalement repris les conclusions des experts du T. _____. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail dès fin mars 2015 dans son activité habituelle d'auxiliaire de santé. Sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites avait été de 50 % dès le 11 janvier 2016, puis de 100 % dès le 1er mai 2016. Le 25 octobre 2018, l'OAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré par comparaison des revenus avec et sans invalidité. Au titre de revenu hypothétique sans invalidité, il s'est fondé sur les données communiquées par K. _____ SA pour parvenir à un salaire annuel de 49'091 fr. en 2016. Le revenu d'invalidité déterminant pour 2016 se montait à 30'157 fr. à 50 %, respectivement 60'315 fr. à 100 %, sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Compte tenu d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 38,57 % pour une activité exercée à 50 % jusqu'au 1er mai 2016 et était nul dès cette date dans le contexte d'une activité adaptée exercée à plein temps. L'OAI a établi un projet de décision le 12 novembre 2018, informant l'assuré de ses intentions de nier le droit à une rente d'invalidité, vu les degrés d'invalidité de 38,57 % et de 0 %, précités. Par communication du même jour, il lui a toutefois octroyé une mesure d'aide au placement. L'assuré, avec le concours de PROCAP, Service juridique, a contesté ce projet de décision par correspondance du 11 janvier 2018. Il a tout d'abord fait grief à l'OAI, respectivement au SMR, de s'être écarté des conclusions des experts du T. _____ s'agissant de sa capacité de travail. Il avait été en incapacité totale de travail pour toutes activités du 1er janvier 2015 au 30 avril 2016, puis était doté d'une capacité de travail

- 10 - de 80 % (avec baisse de rendement de 20 %) dans une activité adaptée depuis le 1er mai 2016. Un nouveau rapport du Dr H. _____ du 7 décembre 2018, produit en annexe, relatait le bénéfice progressif du traitement instauré, cependant seulement à partir de mai 2018, et excluait une aggravation de l'état de santé dans l'intervalle. Selon l'assuré, il fallait donc retenir une capacité de travail restreinte à 60 % (selon une moyenne « dans la fourchette posée par le Dr H. _____ » qui préconisait un taux de 50 %) dès le 1er mai 2016, une capacité de travail de 80 % n'ayant pu être atteinte qu'en date du 26 avril 2018.

Par ailleurs, l'assuré a contesté le revenu hypothétique sans invalidité retenu dans son cas, estimant que le revenu dégagé dans une activité de cadre en logistique, comme celle exercée au sein de la Société C. _____, constituait le revenu déterminant pour le calcul de son degré d'invalidité. A son avis, son état de santé somatique au moment de la prise d'emploi en tant qu'auxiliaire de santé en 2014 contre-indiquait déjà cette activité. Il s'agissait donc d'une tentative infructueuse de réadaptation, laquelle ne pouvait être représentative de l'activité qu'il aurait exercée en bonne santé et fonder la fixation du revenu sans invalidité. Après avoir communiqué ses propres calculs, il a conclu à l'allocation d'une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2015 au 31 juillet 2016, puis d'une demi-rente d'invalidité du 1er août 2016 au 31 juillet 2018. Un degré d'invalidité de 33 % subsistant dès cette date lui ouvrait le droit à des mesures d'ordre professionnel. Le SMR s'est déterminé dans un nouvel avis du 14 février 2019. Du point de vue psychiatrique, il a rappelé qu'aucun élément au dossier ne permettait de retenir une incapacité de travail totale entre le 11 janvier 2016 et le 1er mai 2016, la Dre S. _____ ayant renvoyé aux arrêts de travail attestés par le Dr M. _____. Sur le plan rhumatologique, le SMR s'est rallié à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 80 % dès le 1er mai 2016 du fait de la baisse de rendement de 20 % mentionnée par les différents experts.

- 11 - L'OAI a réévalué le degré d'invalidité de l'assuré à compter de la date précitée pour prendre en considération l'exigibilité en question et derechef mis à jour, le 16 avril 2019, un degré d'invalidité nul. Le même jour, il a adressé à l'assuré un nouveau projet de décision, faisant état d'un degré d'invalidité de 38,57 % dès janvier 2016, réduit à 0 % dès le 1er mai 2016. Il envisageait donc de nier le droit de l'assuré à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Assisté de PROCAP, Service juridique, l'assuré s'est opposé audit projet par écriture du 13 juin 2019 et a repris ses arguments relatifs au revenu hypothétique sans invalidité, sollicitant une nouvelle fois que soit pris en compte un revenu de cadre en logistique, tel que celui réalisé auprès de la Société C. _____. Cas échéant, son degré d'invalidité serait supérieur à 20 %, ce qui lui ouvrirait notamment le droit à un reclassement professionnel. Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Dans une correspondance complémentaire, il rappelait que l'assuré avait recouvré une capacité de travail totale pour toutes activités dès juillet 2011 et qu'il avait repris une activité de restaurateur avant d'entreprendre une formation d'auxiliaire de santé. Cette activité aurait, à son avis, été poursuivie sans atteinte à la santé de sorte que le revenu corrélatif constituait le revenu hypothétique sans invalidité déterminant. Il confirmait au surplus les degrés d'invalidité retenus. C. B. _____, représenté par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision du 11 juillet 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 16 septembre 2019. Il a réitéré ses arguments en lien avec le revenu hypothétique sans invalidité pris en compte par l'OAI. Son propre calcul, prenant en compte un revenu sans invalidité déterminé statistiquement pour un cadre en logistique, justifiait la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 60 % et l'octroi de trois quarts de rente d'invalidité de mars 2016 à août 2016 (échéance d'un délai de

- 12 - trois mois après l'amélioration de la capacité de travail). Ensuite, un degré d'invalidité de 33 % ouvrait, selon lui, le droit à un reclassement professionnel. Il requérait par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais. Le 20 septembre 2019, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assuré, l'exonérant de frais de justice et d'avance de frais. L'OAI a répondu au recours le 17 octobre 2019 et a proposé son

rejet, se référant à l'avis du SMR du 12 juillet 2011 et à sa prise de position annexée à la décision querellée. Par réplique du 9 décembre 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions. 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

- 13 - 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 16 septembre 2019 contre la décision de l'intimé du 11 juillet 2019 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (art. 38 al. 4, let. b, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte au surplus 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. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité des suites de sa seconde demande en ce sens, singulièrement le revenu hypothétique sans invalidité fondant le calcul de son degré d'invalidité. 3. 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

- 14 - 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) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est

réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

c) 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). 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-

- 15 - quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. A teneur de l'art. 29ter 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. 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'incapacité de travail, 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 (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 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. 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 de l'expert 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

- 16 - bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) A ce stade de la procédure, le recourant ne fait plus valoir de grief à l'encontre de l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. A cet égard, l'évaluation définitive du SMR, contenue dans l'avis du 14 février 2019, retient que l'incapacité de travail dans l'activité d'auxiliaire de santé a débuté le 30 mars 2015. Après avoir connu de brèves périodes d'incapacité partielle en juillet et août 2015, le

recourant a été à nouveau en incapacité totale de travail dès le 31 août 2015 (cf. indemnités journalières servies par Q._____). A compter du rapport d'expertise du 9 octobre 2015 du Dr R._____, il a été établi que l'activité habituelle du recourant, trop contraignante pour le rachis, n'était plus envisageable. S'agissant de l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, le SMR a considéré que le recourant était en mesure de déployer une capacité de travail de 50 % dès le 11 janvier 2016 selon les certificats et rapports du Dr M._____ (cf. notamment : rapport du 7 juillet 2016). Dès le 1er mai 2016, le SMR a conclu à une capacité de travail de 80 %, avec baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée, compte tenu du terme porté au versement des indemnités journalières par Q._____, de l'évaluation du Dr R._____ et des conclusions subséquentes communiquées par les experts du T._____. b) On peut confirmer ici l'appréciation du SMR du 14 février 2019, dans la mesure où celle-ci s'avère relativement large par rapport à l'estimation du Dr R._____, à laquelle se sont d'ailleurs ralliés les experts du T._____, singulièrement le Dr V._____. Le Dr R._____ considérait en effet que le recouvrement d'une capacité de travail de 80 % devait être escompté dans un délai de « deux mois au minimum » postérieurement à une prise en charge spécialisée, telle que celle opérée au DAL du Centre hospitalier L._____ entre le 26 octobre 2015 et le 13 novembre 2015 (cf. p. 7 du rapport d'expertise du Dr R._____ du 9 octobre 2015). La date du

- 17 - 1er mai 2016 apparaît donc correcte et n'est au demeurant pas remise en question par le recourant. On ajoutera, comme l'a relevé le SMR dans l'avis en question, que l'aspect psychiatrique n'a pas justifié d'incapacité de travail spécifique, la Dre S._____ ayant renvoyé aux arrêts de travail fixés par le Dr S._____ (cf. rapport de la Dre S._____ du 22 février 2016). En outre, l'experte psychiatre du T._____, la Dre Y._____, a également mentionné le « début 2016 » en lien avec la fin des problèmes psychologiques du recourant, lesquels s'étaient manifestés exclusivement dans le contexte de ses problèmes somatiques. d) Enfin, on peut reconnaître pleine valeur probante aux rapports d'expertise du Dr R._____ et du T._____, fondant l'appréciation finale du SMR du 14 février 2019. Les conclusions des experts, motivées et congruentes, ne sont d'ailleurs pas contestées par le recourant. L'avis isolé du Dr H._____ du 7 décembre 2018, au demeurant peu étayé sur la question de l'exigibilité et excluant expressément une aggravation de l'état de santé du recourant, apparaît à lui seul insuffisant pour faire douter du bien-fondé des conclusions des experts. e) Par conséquent, eu égard à l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées in casu, on peut admettre, à l'instar de l'intimé, une exigibilité de 50 % dès le 11 janvier 2016 et de 80 % (incluant une baisse de rendement de 20 %) dès le 1er mai 2016. 6. a) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les

- 18 - mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au

moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance- invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1). La survenance de l'invalidité doit en principe être déterminée eu égard à chaque catégorie de prestations séparément. Il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. D'autre part, une seule et même cause d'invalidité peut entraîner au cours du temps plusieurs cas d'assurance. Le principe de l'unité du cas d'assurance n'est donc pas absolu et il cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou lorsque l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les différentes phases qui deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.2 ; cf. également : Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 342, n. 1234 et 11235). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Dans la procédure de révision, à la différence de la procédure initiale à l'issue de laquelle le droit à la rente est déterminé pour la

- 19 - première fois, le parcours professionnel effectivement suivi entre-temps par la personne assurée est connu. Celui-ci permet éventuellement – à la différence toujours de l'octroi initial de la rente – de faire des déductions (supplémentaires) quant à l'évolution professionnelle et salariale hypothétique sans atteinte à la santé. Pour examiner alors ce que la personne assurée aurait atteint sur le plan professionnel et salarial sans atteinte à la santé ou de quelle manière son salaire se serait développé, il faut tenir compte de l'ensemble des circonstances survenues jusqu'au moment de la révision (cf. Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 40 ad art. 28a LAI, p. 418). c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

- 20 - 7. a) In casu, le grief principal du recourant porte sur le revenu hypothétique sans invalidité de 49'091 fr., fixé par l'intimé sur la base des données communiquées par

K. _____ SA. Le recourant estime que le salaire usuel d'un cadre en logistique, correspondant à l'activité qu'il avait exercée au sein de la Société C. _____ jusqu'à son licenciement en 2011, devrait être pris en compte dans son cas. Il se réfère à la ligne 47 (commerce de détail) de l'ESS, laquelle indique un salaire mensuel de 6'098 fr. pour une activité de niveau 3, exercée par un homme (ESS 2016, tableau TA1_tirage_skill_level). Il souligne que selon les avis médicaux versés à son dossier, ses problèmes de dos contre-indiquaient déjà cette profession qu'il aurait de toute façon dû abandonner. Sur cette question, l'intimé rappelle que le recourant avait renoncé à des mesures professionnelles en 2011 pour se consacrer à une activité de cafetier- restaurateur. Sa capacité de travail était considérée comme entière dans toutes activités dès juillet 2011. Il avait ensuite suivi un cursus d'auxiliaire de santé, sans recourir aux services de l'assurance-invalidité, avant d'être engagé en cette qualité. b) Le raisonnement du recourant ne saurait être suivi. La question de son revenu hypothétique sans invalidité est liée à l'examen de la survenance du cas d'assurance dans le cas particulier. Ainsi que l'a souligné la jurisprudence susmentionnée (consid. 6a), il peut se produire une succession de causes d'invalidité différentes qui entraînent autant de survenances successives de l'invalidité. In casu, la première demande de prestations formulée par le recourant le 17 février 2010 était motivée essentiellement par une atteinte à la santé psychique, à savoir un épisode dépressif sévère dans le contexte d'une activité à responsabilités, exercée pour l'essentiel de nuit et dans des espaces réfrigérés (cf. à cet égard : rapport de la Dre F. _____ du 31 mars 2010). La problématique somatique, dont souffrait le recourant de longue date et que la Dre F. _____ qualifiait de « lumbagos à répétition », ne constituait pas le motif principal de l'arrêt de travail du recourant dès le 7 septembre 2009. Au demeurant, cette problématique, qui impliquait certes d'éviter le port de lourdes charges, n'a jamais été invoquée pour contre-indiquer la poursuite de l'activité de

- 21 - responsable que le recourant exerçait au sein de la Société C. _____. Ce n'est que dans le contexte de l'activité d'auxiliaire de santé, soit dès 2014, que la pathologie somatique, d'ailleurs aggravée par des hernies discales, s'est révélée incompatible avec l'activité professionnelle. Ces constats s'imposent d'ores et déjà à la simple lecture des formulaires de demande de prestations de l'assurance-invalidité complétés par le recourant. Dans la demande déposée le 17 février 2010, le recourant a mentionné une pathologie d'ordre psychologique, alors qu'il a indiqué, dans le second formulaire, complété le 11 mai 2015, souffrir de hernies discales. Au demeurant, la psychiatre traitante du recourant en 2011 a souligné que ce dernier avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1er juillet 2011, dans le contexte de la prise d'un café-restaurant (cf. certificat de la Dre D. _____ du 7 juillet 2011). Le recourant estime que ce document était insuffisamment étayé pour permettre au SMR de conclure à une capacité de travail totale dans toutes activités (cf. avis du 12 juillet 2011). Indépendamment de la valeur probante qui pourrait être attachée à cette pièce, on observe que la décision du 21 novembre 2011, mentionnant une capacité de travail entière dans toutes activités dès juillet 2011, est entrée en force. Bien plus, le recourant ne s'est plus manifesté auprès de l'intimé jusqu'en mai 2015. Il ne se prévaut pas d'arrêts de travail qui seraient survenus dans l'intervalle écoulé jusqu'à celui prononcé dès le 30 mars 2015. En particulier, il ne relate aucun problème dans l'exercice du métier de cafetier-restaurateur, ses difficultés actuelles en lien avec le métier d'auxiliaire de santé ayant finalement débuté suite au blocage du dos qui a motivé l'arrêt de travail en question. On peut donc considérer qu'il y a eu une interruption notable de l'invalidité dès le 1er juillet 2011. c) Vu ces éléments, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail débutée le 30 mars

2015 constitue un nouveau cas d'assurance, et non pas une reprise de l'invalidité retenue jusqu'en juillet 2011. Le cas actuel est fondé sur une cause somatique, différente de la cause psychologique qui avait justifié la première demande de prestations du recourant. Dès lors, il convient de se fonder sur le parcours professionnel du recourant jusqu'à la date du nouvel arrêt de travail déterminant. Le recourant exerçait à la date du 30 mars 2015 l'activité d'auxiliaire de

- 22 - santé pour laquelle il s'était dûment formé par ses propres moyens sans l'assistance de l'assurance-invalidité. On peut ainsi en déduire, à l'instar de l'intimé, qu'en bonne santé, le recourant aurait vraisemblablement continué à déployer cette activité. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a pris en considération le salaire communiqué par K. _____ SA pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité. Cet employeur a fait part d'un revenu annuel de 48'750 fr. dès 2014, à l'issue du rapport du 15 juin 2015. Ce montant correspond d'ailleurs aux salaires ressortant de la Convention collective de travail dans le secteur sanitaire parapublic vaudois. Etant donné l'indexation de 0,3 % en 2015 et de 0,6 % en 2016 au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2018 »), on aboutit ainsi à un revenu sans invalidité déterminant de 49'167 francs. 8. a) Dans la mesure où le recourant n'a pas repris d'activité lucrative adaptée correspondant à l'exigibilité, le revenu d'invalidité peut être fixé sur la base des statistiques salariales ressortant de l'ESS 2016. Le salaire de référence pour des hommes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2016, de 5'340 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), soit 66'803 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). b) Durant la période s'étendant du 11 janvier 2016 au 30 avril 2016, le recourant était doté d'une capacité de travail de 50 %, ce qui correspond à un revenu annuel de 33'402 fr. selon l'ESS 2016. L'intimé a opéré un abattement de 10 % sur ce montant, ce qui n'apparaît pas critiquable. Après cette déduction, le revenu d'invalidité déterminant pour la période considérée s'élève ainsi à 30'062 francs.

- 23 - c) A partir du 1er mai 2016, le recourant est doté d'une capacité de 80 %, étant donné une baisse de rendement de 20 % retenue médicalement, ce qui correspond à un revenu annuel de 53'443 fr. selon l'ESS 2016. L'intimé a procédé ici à un abattement restreint à 5 %, lequel peut être confirmé. En effet, le recourant, encore jeune et susceptible d'adaptation, peut exercer une activité sur un temps complet, la baisse de rendement de 20 % prenant largement en considération les contraintes imposées par son état de santé. Après déduction de 5 %, le revenu d'invalidité déterminant dès le 1er mai 2016 s'élève à 50'771 francs. 9. a) A partir du 11 janvier 2016, le degré d'invalidité du recourant s'élève ainsi à 38,9 % ($[49'167 - 30'062 \times 100] / 30'062$), arrondi à 39 %, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance- invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). b) Dès le 1er mai 2016, le degré d'invalidité du recourant est nul ($[49'167 - 50'771 \times 100] / 50'771$). Il ne peut prétendre ni une rente d'invalidité, ni un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI (cf. consid. 3b supra). S'agissant des autres mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte dans son cas, on rappellera que l'intimé l'a mis au bénéfice d'une aide au placement, ce qui apparaît parfaitement adéquat pour assister le recourant dans la recherche d'une activité adaptée à son état de santé correspondant à l'exigibilité fixée par les

médecins (cf. communication de l'intimé du 12 novembre 2018). 10. a) Vu les développements qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision de l'intimé du 11 juillet 2019 confirmée. 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 (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a été

- 24 - mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). 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 11 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) et mis à la charge du recourant, sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. 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 mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière :

- 25 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - PROCAP, Service juridique, à Bienne (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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.