

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 septembre 2020

Composition : M. NEU, président

Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Aba Neeman, avocat, à Montreux,

et

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

Art. 23 LAI ; art. 21^{quater} RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, est célibataire sans enfant. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de décorateur depuis 1985, il a notamment travaillé au sein de l'entreprise familiale de décoration et pose de revêtements de sols dès 1989. A compter de 1992, il a repris cette entreprise en son nom et a été affilié en qualité de personne de condition indépendante.

Il s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par avis de détection précoce du 15 novembre 2016, en raison d'une incapacité totale de travail débutée le 4 décembre 2015. Il a fait mention d'une hernie cervicale et d'une diarrhée chronique avec colites et polypes.

Invité à déposer une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité, il a complété le formulaire correspondant et l'a adressé à l'OAI le 12 décembre 2016. Il précisait être en incapacité de travail au motif d'une hernie cervicale depuis le 4 décembre 2015 et souffrir de diarrhée chronique « depuis environ 22 ans ».

L'OAI a recueilli le dossier constitué par l'assurance-maladie collective pour perte de gain, J._____SA, des rapports des médecins traitants de l'assuré, les Drs C._____, médecin généraliste et spécialiste en médecine interne, et D._____, spécialiste en médecine interne et maladies digestives, ainsi que de son chiropraticien, F._____.

Le 30 janvier 2017, le Dr D._____ a indiqué que son patient était atteint d'une colite microscopique diagnostiquée en 2008, laquelle entraînait des diarrhées chroniques nécessitant l'évacuation matinale de selles durant près de deux heures. La capacité de travail dans l'activité de décorateur était de 50 % en l'état, compte tenu d'un traitement antibiotique en cours, mais susceptible d'amélioration. Le chiropraticien F._____ a pour sa part mentionné, le 6 février 2017, une cervico-

brachialgie C7 gauche déficitaire et irritative, laquelle autorisait toutefois une capacité de travail complète dans une activité adaptée. Quant au Dr C._____, il a complété son rapport le 6 mars 2017, relatant le diagnostic incapacitant de hernie discale C6-C7 gauche depuis décembre 2015. La colite microscopique était mentionnée au titre de diagnostic sans impact sur la capacité de travail. Dite capacité était entière dans des « domaines adaptés ».

Les pièces versées au dossier de J._____SA ont mis en évidence une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, prononcée du 4 décembre 2015 au 31 mars 2016, de 75 % du 1^{er} au 30 avril 2016, de 50 % du 1^{er} au 31 mai 2016, de 25 % du 1^{er} juin 2016 au 30 juillet 2016, de 50 % du 10 au 12 octobre 2016 et de 100 % dès cette date.

A la demande de l'OAI, l'assuré a communiqué ses bilans et documents fiscaux pour les années 2011 à 2015 le 13 mars 2017. Un extrait de son compte individuel AVS (CI ; état au 26 janvier 2017) faisait état d'un revenu soumis à cotisations de 43'400 fr. dégagé durant l'année 2014.

Par rapport du 26 avril 2017, le Service médical régional de l'AI (SMR) a pris en compte le diagnostic incapacitant de cervico-brachialgie déficitaire sur hernie discale C6-C7 avec conflit radiculaire C7 à gauche depuis le 4 décembre 2015, associé à des diarrhées sur colite microscopique. L'assuré était doté d'une capacité de travail de 100 % depuis avril 2016, respectivement mars 2017, dans une activité sans postions statiques immobiles prolongées, ni mouvements extrêmes en flexion-extension et rotations de la nuque, ni travail avec les bras au-dessus de la tête, sans port de charges de plus de 5 kg et autorisant l'accès à des toilettes sans restrictions.

L'OAI a mis en œuvre une orientation professionnelle sous la forme d'un bilan de compétences dès le 12 mai 2017 dans le cadre de l'intervention précoce (cf. communication du 18 mai 2017).

A l'issue de cette mesure, un reclassement professionnel dans le domaine immobilier a été octroyé à l'assuré, lequel nécessitait préalablement une formation bureautique, par communication du 1^{er} décembre 2017. Cette formation a débuté le 4 décembre 2017 et était assortie d'indemnités journalières (cf. prononcé de l'OAI du 1^{er} décembre 2017 à l'attention de la Caisse de compensation G._____).

Par décision du 19 décembre 2017, l'OAI a alloué une indemnité journalière de base de 95 fr. 20 à l'assuré, compte tenu d'un revenu déterminant de 43'400 fr. par an, respectivement de 119 fr. par jour, pour la période du 4 décembre 2017 au 30 mars 2018. L'indemnité journalière nette s'élevait à 90 fr. 30 après déduction des cotisations sociales à hauteur de 5,125 %.

B. B._____ a déféré la décision du 19 décembre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 17 janvier 2018, concluant à sa réforme en ce sens que soit retenu, au titre de revenu déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière, un revenu annuel de 62'498 francs. Ce montant correspondait au revenu de l'année 2017, durant laquelle il avait perçu les prestations d'assurance de J._____SA, et constituait la base de calcul de sa couverture d'assurance lors de la conclusion du contrat corrélatif avec cet assureur.

L'OAI, soit pour lui la Caisse de compensation G._____, a répondu au recours le 16 février 2018. Il a observé que l'indemnité journalière servie par J._____SA ne pouvait être garantie en faveur de l'assuré, s'agissant d'une indemnité fondée sur un contrat d'assurance privée. Par ailleurs, l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité devait être fixée sur la base des revenus dégagés dans l'activité lucrative indépendante exercée à plein temps avant la survenance de l'atteinte à la santé. Dans le cas précis, ces revenus - réalisés en 2014 - remontaient à plus de deux ans par rapport au début du droit à l'indemnité journalière. Ils devaient donc être revalorisés pour prendre en considération l'évolution du coût de la vie eu égard au revenu moyen des salariés selon les lettres

circulaires 324 et 354 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Un revenu annuel de 45'936 fr, soit 45'990 fr. par an selon les Tables pour la fixation des indemnités journalières, constituait le revenu déterminant, ce qui ouvrait le droit à une indemnité de base de 100 fr. 80. Le recours pouvait donc être partiellement admis.

L'assuré, représenté par Me Aba Neeman, a répliqué le 24 avril 2018 et complété ses conclusions. Il a conclu au calcul de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité sur la base, principalement, d'un montant journalier de 170 fr. correspondant au revenu pris en compte par J._____SA, subsidiairement, d'un montant journalier de 140 fr. équivalant au revenu moyen dégagé entre 2011 et 2014, encore plus subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouveau calcul. Il a fait valoir que ses problèmes de santé remontaient à l'année 2008 (non pas au 4 décembre 2015) et que le montant déclaré à hauteur de 170 fr. par jour en 1998 pour conclure le contrat avec J._____SA correspondait à ses revenus réels, alors qu'il n'était encore pas du tout atteint dans sa santé. A défaut, la moyenne des revenus réalisés durant les dernières années d'activité, soit de 2011 à 2014, représentaient le gain pouvant être réalisé dans l'activité habituelle en dépit de la dégradation constante de son état de santé et d'incapacités de travail de plus en plus importantes dès l'année 2008. Il mettait enfin en évidence sa situation financière difficile et requérait son audition, ainsi que celle de ses médecins traitants et de son fiduciaire, avant que ne soit tranchée la présente cause.

Le 14 mai 2018, l'OAI, soit pour lui la Caisse de compensation G._____, a relevé que si la date de l'incapacité de travail devait être fixée durant l'année 2008, le revenu revalorisé déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière devrait être porté à 44'853 fr. et serait donc inférieur à celui ressortant de la décision querellée.

Par duplique complémentaire du 29 mai 2018, l'OAI a maintenu que la date de l'incapacité de travail déterminante était celle en lien avec les atteintes ostéoarticulaires (réd. : le 4 décembre 2015), aucun

fléchissement des revenus de l'assuré depuis 2008 n'ayant été constaté par son enquêteur économique.

L'assuré s'est déterminé le 18 juin 2018, relevant désormais que l'incapacité de travail déterminante avait, à son avis, débuté en 1995. En attestait, selon lui, les traitements dispensés par H._____, ostéopathe, à partir de mai 1995, dont les notes et quittance de soins étaient produites en annexe. Le revenu de l'année 1994, à savoir 67'400 fr. selon le CI, devait donc servir de base de calcul pour l'indemnité journalière. Dès lors, il a derechef complété ses conclusions, en ce sens que le calcul de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité soit opéré sur la base, principalement, d'un montant journalier de 170 fr., subsidiairement, d'un montant journalier de 184 fr. ou de 140 francs. Il proposait, encore plus subsidiairement, le renvoi de la cause à l'OAI pour nouveau calcul de l'indemnité journalière.

Par écriture du 27 juin 2018, l'OAI a confirmé sa précédente détermination et maintenu la date du 4 décembre 2015 comme début de l'incapacité de travail déterminante, les fluctuations antérieures des revenus de l'assuré apparaissant sans lien avec son état de santé.

En date des 6 décembre 2018 et 5 mai 2020, l'assuré a fait parvenir à la Cour de céans les décisions rendues les 12 novembre 2018, 23 juillet 2019 et 17 avril 2010 par l'OAI, par lesquelles il avait été mis au bénéfice d'indemnités journalières du 29 octobre 2018 au 30 juin 2019, du 1^{er} juillet 2019 au 31 décembre 2019, ainsi que du 1^{er} avril 2020 au 30 juin 2020. Ces indemnités étaient calculées sur la même base que celles allouées par la décision entreprise du 19 décembre 2017. Il requérait par conséquent que le revenu déterminant pour le calcul des indemnités journalières soit adapté pour toute décision future et que le recours enregistré sous n° de cause AI 21/18 soit étendu aux nouvelles décisions produites.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1, let. a, LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 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 vaudoise 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Il respecte les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions

du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

b) Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; 122 V 34 consid. 2a et les références).

Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de

chose jugée (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrecht, 2^e éd., 1983, p. 43) et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, op. cit., p. 446).

Ces principes, développés en premier lieu en lien avec un élargissement matériel du procès, sont en principe également valables lorsque la contestation a pour objet un état de fait qui produit des effets au-delà de la période délimitée par la décision litigieuse (élargissement temporel ; ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; TF 9C_711/2011 du 26 avril 2012 consid. 3.1).

c) Le recourant sollicite l'extension de la saisine de la Cour de céans aux décisions d'indemnités journalières postérieures à la décision du 19 décembre 2017, soit aux décisions des 12 novembre 2018, 23 juillet 2019 et 17 avril 2020. Il relève que ces décisions font état des mêmes éléments de calcul que ceux de la décision du 19 décembre 2017, contre laquelle il a interjeté le recours enregistré sous n° de cause AI 21/18. L'état de fait et l'argumentation développée dans ce cadre valent également pour les décisions subséquentes, rendues par l'intimé en lien avec le montant des indemnités journalières.

d) En l'espèce, il y a lieu de se rallier aux arguments du recourant et d'étendre exceptionnellement la saisine de la Cour aux décisions rendues par l'intimé les 12 novembre 2018, 23 juillet 2019 et 17 avril 2020 s'agissant du calcul des indemnités journalières versées pendant la réadaptation. Il convient en effet de relever que les éléments de fait à la base de ces décisions sont identiques à ceux pris en compte par la décision querellée du 19 décembre 2017. La contestation porte exclusivement sur le revenu déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière, objet sur lequel l'intimé, respectivement pour lui la caisse de compensation compétente, s'est exprimé dans ses différentes écritures. L'issue du recours introduit le 17 janvier 2018 a donc une incidence sur l'ensemble des décisions subséquentes relatives au montant de l'indemnité journalière, de sorte que les conditions pour l'élargissement du procès sont réunies.

3. a) A teneur de l'art. 22 LAI, l'assuré a droit à une indemnité journalière pendant l'exécution des mesures de réadaptation, si ces mesures l'empêchent d'exercer une activité lucrative durant trois jours consécutifs au moins, ou s'il présente, dans son activité habituelle, une incapacité de travail de 50 % au moins (al. 1). L'indemnité journalière se compose de l'indemnité de base, à laquelle tous les assurés ont droit, et d'une prestation pour enfant (al. 2).

b) En vertu de l'art. 23 al. 1 et 1^{bis} LAI, en relation avec l'art. 24 al. 1 LAI, l'indemnité de base s'élève à 80 % du revenu de l'activité lucrative que l'assuré percevait pour la dernière activité exercée sans restriction due à des raisons de santé et, pour l'assuré qui suit des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a, à 80 % du revenu qu'il percevait immédiatement avant le début des mesures. Dans tous les cas, l'indemnité s'élève toutefois à 80 % au plus du montant maximal de l'indemnité journalière, lequel correspond au montant maximum du gain assuré journalier fixé dans la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). Le calcul du revenu de l'activité lucrative se fonde sur le revenu moyen sur lequel les cotisations prévues par la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) sont prélevées (art. 23 al. 3 LAI).

Selon les art. 24 al. 1 et 4 LAI, une garantie minimale du montant de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité n'est prévue que lorsque celle-ci succède à une indemnité journalière fixée en vertu de la LAA (cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 6 ad art. 24 - 24^{bis} LAI, p. 364)

c) Lorsque la dernière activité lucrative exercée par l'assuré sans restriction due à des raisons de sa santé remonte à plus de deux ans, il y a lieu de se fonder sur le revenu que l'assuré aurait tiré de la même activité, immédiatement avant la réadaptation, s'il n'était pas devenu invalide (art. 21 al. 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-

invalidité ; RS 831.201]). Pour ce faire, on doit, dans les grandes lignes, appliquer les mêmes règles que lors de la détermination du revenu d'invalidé dans le cadre de la méthode de comparaison des revenus applicable aux rentes et se fonder, si nécessaire, sur les données de l'Office fédéral de la statistique (cf. Michel Valterio, op. cit., n° 29 ad art. 23 - 23^{bis} LAI, p. 360 et référence citée).

d) Selon l'art. 21^{quater} al. 1 RAI, l'indemnité journalière pour les personnes de condition indépendante est calculée d'après le dernier revenu obtenu sans diminution due à la maladie, ramené au gain journalier, soumis au prélèvement de cotisations conformément à la LAVS. Il y a lieu de se fonder sur le revenu acquis au cours de l'année civile entière précédant la survenance de l'atteinte à la santé (TF 9C_126/2010 du 28 septembre 2010 consid. 2.1 et références citées).

e) Durant la réadaptation, un examen a lieu d'office tous les deux ans pour établir si le revenu déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière s'est modifié (art. 21^{sexies} RAI).

4. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a droit à une indemnité journalière pour la durée de sa réadaptation en vertu de l'art. 22 LAI. Il est en effet établi qu'il subit une incapacité de travail durable de plus de 50 % dans l'exercice de son activité habituelle de décorateur et poseur de revêtements de sols.

b) Sur le plan médical, l'intimé a retenu la date du 4 décembre 2015 au titre de date déterminante pour le début de l'incapacité de travail de longue durée, se fondant sur les rapports médicaux versés à son dossier. Il s'est dès lors basé sur le revenu réalisé en 2014 pour calculer l'indemnité journalière. Le recourant estime pour sa part que son état de santé n'a eu de cesse de se dégrader depuis 2008 sur le plan gastro-intestinal, respectivement depuis 1995 sur le plan ostéoarticulaire, puisqu'il avait dû consulter l'ostéopathe H. _____ dès cette année-ci, ainsi que dans le courant de l'année 1996.

Ce raisonnement ne saurait toutefois être suivi, faute d'incapacité de travail de longue durée médicalement attestée antérieurement au 4 décembre 2015. On peut en effet relever que tant le Dr J._____SA que le chiropraticien F._____ ont mentionné les problèmes cervicaux du recourant, lesquels s'avéraient, selon eux, incapacitants à partir de la fin de l'année 2015. Les arrêts de travail rédigés par ces praticiens, tels que versés au dossier de J._____SA, corroborent du reste ce constat (cf. rapports du chiropraticien F._____ du 6 février 2017 et du Dr C._____ du 6 mars 2017). Si le Dr D._____ a certes fait état d'une colite microscopique diagnostiquée en 2008, aux termes de son rapport du 30 janvier 2017, il n'en demeure pas moins qu'il n'a mentionné aucune incapacité de travail de longue durée en lien avec cette pathologie en dépit des nombreuses investigations et mesures thérapeutiques entreprises. Il apparaît au surplus que l'incapacité de travail de 50 % mentionnée sur le plan gastro-intestinal par le Dr D._____ dans l'activité habituelle est considérée comme susceptible d'amélioration sous traitement (cf. rapport de ce médecin du 30 janvier 2017). Au demeurant, il a été retenu que le recourant a été en mesure de s'adapter à sa pathologie gastro-intestinale dans le cadre de l'exploitation de son entreprise, ce qu'il ne remet pas sérieusement en question à ce stade (cf. notamment : rapport du SMR du 26 avril 2017).

On peut également écarter les arguments du recourant relatifs à des problèmes ostéoarticulaires incapacitants depuis 1995. Au titre de justificatifs, on ne dispose que des notes du 19 mai 1995 de l'ostéopathe H._____ et un tirage de la quittance des soins dispensés du 2 juin 1995 au 2 juillet 1996, lesquels sont largement insuffisants pour démontrer une incapacité de travail de longue durée. Ces pièces ne mentionnent pas de restrictions à l'exercice de l'activité professionnelle et n'ont de toute façon pas été rédigées par un médecin.

c) On peut donc retenir, avec l'intimé, que la date du début de l'incapacité de travail de longue durée est bien celle du 4 décembre 2015, attestée par les médecins traitants du recourant. Dans ce contexte, il

convient de rejeter la requête de mesures d'instruction complémentaire (en vue de son audition et de celle de témoins) formulée par le recourant dans ses écritures des 24 avril 2018 et 18 juin 2018 par appréciation anticipée des preuves. On ne voit pas en effet que de telles mesures apporteraient un éclairage différent ou nouveau du cas particulier (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

5. a) Sur le plan économique, le recourant expose que les éléments retenus dans le cadre du contrat d'assurance pour perte de gain conclu avec J. _____ SA seraient représentatifs des revenus susceptibles d'être dégagés au sein de son entreprise et devraient fonder le calcul de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

Or, ainsi qu'il a été rappelé ci-avant sous consid. 3b, l'assurance-invalidité ne prévoit de garantie minimale de son indemnité qu'en relation avec celle de l'assurance-accidents. Le contrat passé avec J. _____ SA ne reposant pas sur la LAA, les éléments pris en considération pour sa conclusion sont donc sans pertinence pour fixer le revenu déterminant à la base de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité.

b) A l'instar de l'intimé, il s'agit en revanche de fixer le revenu déterminant pour le calcul de l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité en se basant sur le dernier revenu obtenu sans diminution consécutive à une incapacité de travail, conformément aux exigences posées par les art. 23 al. 3 LAI et 21^{quater} RAI. Compte tenu du début de l'incapacité de travail du recourant, fixé au 4 décembre 2015, c'est donc bien le revenu réalisé durant l'année 2014 qui doit servir de base au calcul de l'indemnité journalière litigieuse.

6. a) En l'espèce, le revenu sur lequel les cotisations sociales ont été prélevées en 2014, selon l'art. 23 al. 3 LAI, se monte à 43'400 fr., ainsi que l'a pris en compte l'intimé. Ce revenu ayant été réalisé plus de deux ans avant la date de la fixation du montant de l'indemnité journalière, il s'agit de procéder conformément à l'art. 21 al. 3 RAI en l'actualisant à l'année 2017 (date du calcul de l'indemnité journalière) au moyen de

l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1942-2019, tableau T39), ce par analogie avec l'actualisation d'un salaire hypothétique sans invalidité à l'année de référence pour le droit à la rente.

b) In casu, le revenu de 43'400 fr. actualisé au moyen de l'ISS se monte à 43'967 fr. en 2017 (+ 0,3 % en 2015, + 0,6 % en 2016, + 0,4 % en 2017 ; ISS, tableau T39 précité).

Selon la Table pour la fixation des indemnités journalières AI, édictée par l'OFAS, le revenu annuel immédiatement supérieur à ce montant s'élève à 44'165 fr. par an, soit 121 fr. par jour, ce qui correspond à une indemnité journalière de base de 96 fr. 80.

c) Après examen de l'évolution possible du revenu déterminant en vertu de l'art. 21^{sexies} RAI, le revenu de 43'400 fr. actualisé au moyen de l'ISS se monte à 47'486 fr. en 2019 (+ 0,5 % en 2018, + 0,9 % en 2019 ; ISS, tableau T39 précité).

Selon la Table pour la fixation des indemnités journalières AI, le revenu annuel immédiatement supérieur à ce montant s'élève à 47'815 fr. par an, soit 131 fr. par jour, ce qui correspond à une indemnité journalière de base de 104 fr. 80.

7. a) En conclusion, le recours doit être partiellement admis et les décisions de l'intimé des 19 décembre 2017, 12 novembre 2018, 23 juillet 2019 et 17 avril 2020 réformées en ce sens que l'indemnité journalière de base s'élève à 96 fr. 80 dès 2017 et à 104 fr. 80 dès 2019, la cause étant renvoyée en tant que de besoin à l'intimé pour le calcul des montants encore dus au recourant.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à l'intimé.

c) En outre, obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant peut prétendre à une indemnité équitable de dépens, dont le montant est fixé à 2'000 fr. vu l'importance et la complexité de la cause. Cette indemnité de dépens sera portée à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. Les décisions rendues les 19 décembre 2017, 12 novembre 2018, 23 juillet 2019 et 17 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que le montant de l'indemnité journalière de base s'élève à 96 fr. 80 dès 2017 et à 104 fr. 80 dès 2019, la cause étant au surplus renvoyée à l'intimé dans le sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

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 Aba Neeman, à Montreux (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 :