

VD_GERICHTE ZD19.053943 vom 25. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.053943

FR: VD_GERICHTE ZD19.053943 du 25 juin 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.053943 del 25 giugno 2020

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 401/19 - 211/2020 ZD19.053943 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 25 juin 2020 _____ Composition : M. PIGUET, président M.
Métral et Mme Durussel, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre :
K. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2
LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1972, travaillait
depuis le 1er septembre 2013 en tant que chauffeur-livreur pour le compte de la société
D. _____ SA. Par déclaration de sinistre du 26 février 2015, l'employeur a annoncé à la
Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci- après : la CNA) que K. _____
avait été victime d'un accident en date du 21 février 2015 ; alors qu'il portait un meuble
avec un collègue, il a glissé en descendant des escaliers ce qui l'a fait chuter sur le coccyx et
le dos. La CNA a alloué ses prestations à l'assuré pour les suites de cet accident (indemnités
journalières et frais de traitement). Le 12 mars 2015, K. _____ a déposé une demande de
prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande,
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé)
a versé au dossier les renseignements recueillis par la CNA, tout en récoltant les
renseignements médicaux auprès des Drs X. _____, spécialiste en neurologie (rapport du
15 juin 2015) et E. _____, médecin généraliste (rapport du 22 juin 2015). Le 27 mai
2015, D. _____ SA a résilié les rapports de travail pour le 31 juillet 2015 pour des motifs
tenant à une restructuration des tournées. L'assuré a séjourné à la Clinique F. _____ de
T. _____ du 13 au 14 juillet 2015 en vue d'une évaluation interdisciplinaire
(neurologique et psychiatrique). Dans leur rapport du 15 juillet 2015, les Drs L. _____,
spécialiste en neurologie et Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et en
rhumatologie, ont posé le diagnostic primaire de paresthésies persistantes du versant cubital
du poignet de la main gauche après entorse du cinquième rayon en 1999, traumatismes à
répétition sur flexum irréductible de l'articulation interphalangienne du cinquième rayon

- 3 - gauche ainsi qu'après libération chirurgicale du canal de Guyon en 2013 et contusion le
21 février 2015. A titre de co-morbidités, ils ont retenu une contusion rachidienne le 21
février 2015, une discopathie cervicale C4-C5 et C5-C6 ainsi qu'une discopathie C4-C5 et
C5-C6. Le 31 août 2015, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie et médecin
d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'examen médical final de K. _____. De
son rapport daté du même jour, on extrait ce qui suit : Du point de vue assécurologique,
l'assuré a, suite à son accident du 21.02.2015, bénéficié d'investigations approfondies avec
en particulier une évaluation interdisciplinaire à la Clinique F. _____. Ces investigations

approfondies nous permettent d'affirmer que l'accident du 21.02.2015 n'a entraîné aucune lésion structurelle. Il a probablement pu décompenser, de façon transitoire, une pathologie préexistante, au niveau du rachis et du membre supérieur gauche. Il ne persiste aucune séquelle objectivable de cet accident (examens neurologiques superposables à celui effectué en 2013). Ainsi, à plus de 6 mois de l'accident, le status quo sine peut être déclaré atteint. En effet, en présence d'un status pathologique préexistant, on admet en pratique médicale et asséculogique, en se reposant pour cela toutefois davantage sur l'expérience que sur des travaux scientifiques, qu'un traumatisme puisse avoir des conséquences symptomatiques plus importantes que s'il survenait sur une zone indemne de toute lésion. On admet alors que les symptômes en relation avec un accident n'ayant entraîné aucune lésion structurelle puissent perdurer jusqu'à 3, voire 6 mois de l'accident. A partir de 6 mois après l'accident, ce dernier, n'ayant entraîné aucune lésion structurelle, ne peut plus raisonnablement être incriminé, dans une relation de causalité pour le moins probable, avec quelque symptomatologie somatique que ce soit. Dans un avis médical du 18 novembre 2015, le Dr R. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a, à l'instar de la CNA, suivi les conclusions de la Clinique F. _____, en ce sens que K. _____ présentait une capacité de travail entière dans toute activité et sans limitations fonctionnelles. Aucune incapacité de travail durable ne pouvait dès lors lui être reconnue en relation avec une chute banale et sans conséquence. L'office AI a avisé l'assuré qu'il entendait lui dénier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité (projet de décision du 19 novembre 2015). Ni les observations et objections formulées par l'intéressé ni les

- 4 - informations transmises par les Drs E. _____ (certificat médical du 30 novembre 2015) et B. _____, chef de clinique adjoint au service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital H. _____ (rapport du 29 janvier 2016), n'ont modifié le point de vue de l'office AI. Celui-ci a entériné le refus de prestations par décision du 10 mars 2016. B. Par arrêt du 13 mars 2018 (cause n° AI 98/16 – 77/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par K. _____ contre la décision du 10 mars 2016. En substance, elle a retenu que, s'agissant du membre supérieur gauche, il ressortait du rapport médical du Dr B. _____ du 29 janvier 2016 que celui-ci envisageait de pratiquer une intervention chirurgicale sur le nerf ulnaire au niveau du coude, en raison des fourmillements mis en évidence à l'examen clinique. Contrairement à ce qu'avait retenu l'office AI, la situation concernant le coude et le poignet gauches n'était pas stabilisée au moment où il avait rendu sa décision de refus de prestations. Le tribunal lui a donc renvoyé la cause pour qu'il procède à une instruction complémentaire sur l'atteinte présentée par l'assuré au coude et au poignet gauches (diagnostic, étiologie, évolution), puis sur la base des renseignements recueillis, à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain. C. Reprenant l'instruction du dossier, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et neurologique) au Centre d'Expertises G. _____ de J. _____. Dans leur rapport de synthèse du 31 juillet 2019 (évaluation consensuelle), les Drs U. _____, spécialiste en neurologie, et C. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics – ayant ou non une incidence sur la capacité de travail – d'atteinte sensitive séquellaire du nerf cubital gauche, de défaut d'extension du coude gauche de 10° et de l'articulation P1-P2 de l'auriculaire gauche de 40°, de lombalgie basse droite commune, sans irradiation sciatique, sur lombarthrose et de syndrome du muscle piriforme droit. Ils ont estimé que l'atteinte sensitive douloureuse cubitale gauche entraînait une limitation du port de charges de la main gauche au-delà de 5 kg alors que le port

- 5 - répétitif de charges supérieures à 20 kg était contre-indiqué en raison des lésions dégénératives lombaires. Moyennant le respect de ces limitations, la capacité de travail était totale en toutes activités. Le 7 août 2019, l'office AI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations formée par K. _____. S'appuyant entre autres sur le rapport d'expertise du Centre d'Expertises G. _____ du 31 juillet 2019, il a retenu que l'assuré disposait, depuis le mois de mai 2015, d'une capacité de travail entière dans l'activité de chauffeur-livreur poids légers ou en toute activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites par les experts. En l'absence de préjudice économique et, partant, d'incapacité de gain, le droit de K. _____ aux prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles) n'était pas ouvert. Représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, K. _____ a présenté des objections à ce projet en date du 6 novembre 2019. Sous l'angle médical, il a relevé que le SMR ne s'était pas prononcé sur le rapport d'expertise du Centre d'Expertises G. _____ du 31 juillet 2019, ce qui contrevenait à la maxime inquisitoire. Du point de vue économique, il a contesté la comparaison des gains effectuée par l'office AI. Invité à prendre position sur le rapport d'expertise bidisciplinaire du Centre d'Expertises G. _____ du 31 juillet 2019, le SMR, sous la plume du Dr V. _____, a indiqué qu'il n'avait pas d'éléments médicaux lui permettant de s'écarter de cette expertise (rapport d'examen du 15 octobre 2019). Le 5 novembre 2019, l'office AI a rendu une décision aux termes de laquelle il entérinait son refus d'octroyer toute prestation à l'assuré. D. a) Par acte du 3 décembre 2019, K. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 5 novembre 2019, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa

- 6 - réforme en ce sens qu'il a droit à des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. En substance, il contestait la comparaison des revenus avec et sans invalidité effectuée par l'office AI. S'agissant du revenu sans invalidité, il estimait qu'il convenait de procéder à une parallélisation compte tenu de la différence supérieure à 5 % entre le revenu effectivement perçu et le salaire spécifique à la branche résultant des données statistiques. S'agissant du revenu d'invalidité, il se justifiait, selon l'assuré, d'opérer un abattement sur le salaire statistique de 20 %, dès lors que l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'était pas adaptée. La comparaison des revenus avec et sans invalidité débouchait sur un taux d'invalidité de 21 %, ouvrant droit à des mesures professionnelles (reclassement). b) Dans sa réponse du 16 janvier 2020, l'office AI a conclu au rejet du recours. Tout d'abord, il estimait que tant l'activité de chauffeur-livreur tel que décrite dans le rapport d'employeur du 7 mai 2015 qu'une activité industrielle légère ne nécessitant pas de qualifications particulières étaient exigibles. Dans les deux cas, le préjudice économique était inexistant. S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, à supposer qu'une parallélisation des revenus entrât en considération – ce qui n'était pas le cas selon l'office AI –, le degré d'invalidité n'atteignait pas 1 %. Il n'y avait à tout le moins aucune raison de procéder à un abattement sur ce revenu pour tenir compte de ces limitations. En tout état de cause, un tel abattement ne pouvait en aucun cas atteindre 20 %. c) Le 6 février 2020, K. _____ a fait savoir qu'il confirmait intégralement le contenu et les conclusions de son mémoire de recours du 3 décembre 2019. E n d r o i t : 1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

- 7 - fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des

assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement la détermination du degré d'invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au

- 8 - moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré 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 le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). 4. a) Pour pouvoir 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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 ; 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

- 9 - 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 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) En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail, il convient de rappeler que la Cour de céans, après avoir constaté, sur la base des pièces médicales au dossier, que le recourant ne présentait aucune atteinte au niveau du rachis susceptible de justifier une incapacité de travail et, partant, une incapacité de gain, a néanmoins jugé nécessaire de renvoyer la cause à l'office intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire sur l'atteinte que le recourant présentait au coude et au poignet gauches (diagnostic, étiologie, évolution). b) Dans leur rapport du 31 juillet 2019, les experts du Centre d'Expertises G. _____ ont retenu que le recourant présentait une atteinte sensitive séquellaire du nerf cubital gauche, un défaut d'extension du coude gauche de 10° et de l'articulation P1-P2 de l'auriculaire gauche de 40°, une lombalgie basse droite commune, sans irradiation sciatique, sur lombarthrose, ainsi qu'un syndrome du muscle piriforme droit. D'après les experts, l'atteinte sensitive douloureuse cubitale gauche entraînait une limitation du port de charge de la main gauche au-delà de 5 kg, tandis que les lésions dégénératives lombaires limitaient le port répétitif de charges supérieures à 20 kg. Moyennant le respect de ces limitations, la capacité de travail était totale en toutes activités.

- 10 - c) C'est le lieu de relever que les limitations fonctionnelles attestées médicalement sont compatibles non seulement avec l'exercice d'une activité de chauffeur-livreur poids légers, mais aussi avec toute activité dans le domaine industriel léger, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production. d) Au demeurant, le recourant ne conteste pas véritablement les conclusions de l'expertise, mais bien plutôt la manière dont l'office intimé a effectué la comparaison des revenus pour déterminer son taux d'invalidité. 6. a) Chez les assurés actifs, 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 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 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). 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 ; 128 V 174). b) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au

moment de la naissance du

- 11 - droit à la rente (ATF 139 V 592 consid. 2.3; TF 9C_164/2018 du 27 juillet 2018 consid. 4.1). c) Lorsqu'il apparaît que l'assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, connaissances insuffisantes d'une langue nationale ou limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier) et que les circonstances ne permettent pas de supposer qu'il s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui auquel il aurait pu prétendre, il y a lieu d'en tenir compte dans la comparaison des revenus en opérant un parallélisme des revenus à comparer. Le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique de la branche (ATF 135 V 297 consid. 6.1.2). Le revenu nettement inférieur peut alors justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 %. En pratique, le parallélisme des revenus à comparer peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalidité en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Toutefois, lorsque la réalisation d'un revenu d'invalidité situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu. En d'autres termes, un motif exclusivement économique pour justifier un salaire inférieur à la moyenne n'est pas suffisant pour adapter le salaire statistique (ATF 135 V 58 consid. 3.4). d) Le recourant soutient que le revenu sans invalidité retenu par l'office intimé, par 57'428 fr. 80, est nettement inférieur au salaire statistique usuel de la branche, qu'il estime à 71'388 fr., et que, partant, il

- 12 - convient de corriger ce montant, conformément aux règles en matière de parallélisme des revenus. Certes, le recourant ne dispose pas de formation professionnelle et son cursus scolaire s'est limité à la fréquentation de l'école obligatoire. Au regard de son parcours professionnel depuis 1992 tel qu'il ressort de l'extrait de son compte individuel, il y a lieu de considérer que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, il aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative comme chauffeur-livreur, sans chercher à améliorer sa situation. Dans ces circonstances, il convient de retenir que le recourant s'est délibérément contenté de son salaire et qu'il n'y a pas lieu, dans le cas d'espèce, de procéder à une parallélisation des revenus, dès lors qu'il n'est pas fait état de facteurs étrangers à l'invalidité – et de tels facteurs ne ressortent pas du dossier – qui auraient fortement limité les possibilités de gain du recourant avant qu'il ne se trouve en incapacité de travail. e) S'agissant du grief soulevé par le recourant consistant à solliciter un abattement de 20 % sur le salaire statistique retenu à titre de revenu d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles qu'il présente n'ont pas d'incidence sur l'exercice d'activités simples et légères ne requérant pas le port de charges lourdes. L'argument du recourant tiré de son état de santé ne s'avère dès lors pas pertinent pour justifier un abattement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause l'appréciation de l'office intimé. f) Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé. Dans la mesure où le revenu d'invalidité est supérieur au revenu sans invalidité, il n'y a pas de préjudice économique. Partant, c'est à bon droit que l'office

intimé a refusé d'allouer au recourant une rente et des mesures d'ordre professionnel (reclassement). 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 13 - 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). 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 5 novembre 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), sont mis à la charge de K._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier :

- 14 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, avocat (pour K._____.) - 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). Le greffier :

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