

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mars 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Riesen et Mme Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, de nationalité portugaise, marié et père de deux enfants, a travaillé comme chauffeur-livreur auprès d'K._____AGSA depuis le 1^{er} novembre 2004 puis auprès de F._____SA depuis le 1^{er} novembre 2014 à 100% avant de connaître une incapacité de travail totale à compter du 28 janvier 2018.

Le 21 mars 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une hernie discale.

Le dossier constitué auprès de la CNA, assureur-accidents, a été produit dans le cadre de la procédure AI. Il en ressort que l'assuré a été victime d'un accident du travail le 4 novembre 2013 ayant occasionné une fracture de jambe distale droite avec comminution du péroné et du tibia diaphysaire distal traitée par réduction et fixateur externe dans un premier temps. L'assuré a ensuite bénéficié d'une intervention chirurgicale le 2 décembre 2013, consistant en une réduction fermée et ostéosynthèse du tibia distal droit par une plaque LCP (plaque de compression à verrouillage) pour tibia distal et ablation du fixateur externe. L'évolution a été favorable et l'assuré a pu reprendre son activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} février 2016.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire a été pratiquée le 29 janvier 2018 et a mis en évidence une volumineuse protrusion herniaire L4-L5 récessale droite induisant une compression de L5.

Selon un rapport du 15 février 2018 du Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, le problème de hernie discale évoluait depuis mars 2017.

Du rapport à l'intention de l'employeur de l'assuré complété le 26 juin 2018, il ressort que le revenu mensuel brut de celui-ci se montait à 5'470 francs.

Dans un rapport du 27 mars 2018 à la N. _____ SA (ci-après : la N. _____ SA), assureur perte de gain, la Dre K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de hernie discale L4-L5 avec compression L5 à droite et a précisé que le pronostic était réservé dans le poste actuel.

Le 9 avril 2018, l'assuré a subi une intervention consistant en une herniectomie L4-L5 postérolatérale droite par voie transdurale gauche, puis infiltrations de blocs interfaccettaires postérieures L4-L5 des deux côtés, réalisée par le Prof. W. _____, spécialiste en radiologie. L'assuré a séjourné du 9 au 11 avril 2018 à la Clinique G. _____, date à laquelle il a pu rentrer à domicile compte tenu de l'évolution favorable.

Le Prof. W. _____ a, dans un rapport du 12 novembre 2018, posé le diagnostic de lombalgies chroniques depuis le 23 mai 2018, tout en indiquant que le pronostic était bon si l'assuré ne devait pas porter des charges. Il a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 23 novembre 2018 à la Dre K. _____, les Dres E. _____, spécialiste en médecine du travail, et M. _____, médecin assistante, toutes deux travaillant au sein de l'Institut [...] ([...]), ont posé le diagnostic de lombo-sciatalgies invalidantes et ont confirmé le caractère inadapté de l'activité habituelle avec port régulier de lourdes charges, encourageant l'assuré à effectuer une déclaration de maladie professionnelle.

Dans le cadre du suivi post-opératoire de l'assuré, le Prof. W. _____ a effectué une IRM lombaire. Dans le rapport du 26 novembre 2018 y relatif, il a constaté ce qui suit :

« [...] »

- Je retrouve la discopathie L4-L5 sans sac herniaire. L'évolution est excellente sans signe de contrainte au niveau de l'émergence de la racine L5. Il y a [de] discrets signes inflammatoires de type Modic I au niveau du site opératoire, tout à fait physiologiques en post-opératoire. Discrète inflammation zygapophysaire postérieure. Pas d'évidence d'anomalie de la musculature tant des longissimus que des multifidus et des rotateurs de la colonne. Pas d'évidence d'anomalie de la musculature qui reste de trophicité normale et symétrique au niveau des muscles psoas.
- Pas d'évidence de lésion traumatique osseuse. Pas d'évidence d'anomalie au niveau des articulations sacro-iliaques. L'évolution est donc tout à fait favorable sans signe de complication. Les douleurs persistantes sont donc plutôt d'origine fonctionnelle. »

Le Prof. W. _____ a, dans un rapport du 6 mars 2019, retenu une capacité de travail de l'assuré de 100% dans une activité adaptée (limite du port de charges entre 10-15 kg et possibilité de changer régulièrement de position).

Par courrier du 18 avril 2019 à l'assuré, la N. _____ SA a mentionné que les informations médicales démontraient qu'il ne lui était plus possible d'exercer son activité habituelle de chauffeur-livreur mais qu'il avait la capacité d'exercer une activité adaptée (activité physique légère sans soulever de poids supérieurs à 10 kg). La N. _____ SA a estimé que l'assuré recouvrerait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2019.

Par courrier du 6 mai 2019, la Dre K. _____ a demandé que l'assuré bénéficie de mesures de réinsertion, ce à quoi l'OAI a répondu le 8 mai 2019 que le dossier était en cours d'examen auprès du Service médical régional AI (SMR).

Amenée à remplir un questionnaire médical détaillé en vue de la coordination avec l'UE/AELE, la Dre K. _____ a précisé, le 25 juin 2019, que l'assuré devait éviter le port de charges de plus de 10 kg et que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée (travaux légers comme par exemple la livraison d'objets légers avec parcours court ou travail de bureau avec petites charges et alternance des positions).

Les rapports de travail entre l'assuré et F._____SA ont pris fin le 31 août 2019.

Le Dr J._____ a précisé, dans un rapport du 31 octobre 2019, que l'activité habituelle de chauffeur-livreur n'était pas compatible avec le problème de dos de l'assuré et a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charge au-delà de 10 kg, pas de travaux en flexion et torsion du tronc répétée).

Dans un rapport d'examen du 14 novembre 2019, la Dre S._____ du Service médical régional AI (SMR) a constaté que tous les intervenants s'accordaient sur le fait que l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'une activité adaptée était possible à 100% depuis le mois de mai 2018 au plus tôt.

Les périodes d'incapacités de travail attestées ont été les suivantes : du 29 janvier au 23 avril 2018 à 100%, du 23 avril au 23 mai 2018 à 50%, du 24 mai au 6 juin 2018 à 30%, du 7 au 19 juin 2018 à 20%, du 1^{er} au 31 août 2018 à 100% et du 11 octobre au 15 novembre 2018 à 30%.

Par projet de décision du 15 novembre 2019, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles, dès lors qu'il présentait un préjudice économique de 5,21%, soit inférieur à la limite de 40% pour pouvoir bénéficier d'une rente et de 20% pour l'octroi de mesures professionnelles.

A la suite d'un courrier du 21 novembre 2019 de la Dre K._____ à l'OAI, l'assuré a confirmé le 3 décembre 2019 qu'il contestait le projet de décision précité.

Par décision du 11 février 2020 confirmant le projet de décision du 15 novembre 2019, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une

rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Dans une prise de position datée du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé à l'assuré qu'il était disposé, sur demande écrite et motivée de sa part, de lui accorder une aide au placement. Il a indiqué, pour le surplus, que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 9 mars 2020, en invoquant des lombalgies et des sciatalgies depuis 2017. Il a joint à cette demande des rapports médicaux pour la plupart déjà produits auparavant, hormis un rapport du 10 janvier 2020 et un autre du 15 janvier 2020, faisant tous deux état d'une hospitalisation du 7 au 14 janvier 2020 pour une prise en charge chirurgicale de lombosciatalgies chroniques et invalidantes sur le territoire de L5 par la mise en place d'une prothèse discale L4-L5 et L5-S1 par voie antérieure transabdominale réalisée par le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie. Une lésion de l'uretère droit a nécessité la pose d'une sonde JJ dans cet uretère pour un drainage du rein temporaire, à la suite de douleurs abdominales intenses. L'assuré a également joint à sa demande un rapport du 2 mars 2020 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie, faisant état d'une voussure en fosse iliaque gauche pour laquelle un ultrason a été prescrit. Une hernie inguinale a été confirmée et opérée avec des suites simples.

L'OAI a pris contact avec l'assuré le 12 mars 2020 pour connaître ses intentions par rapport à la nouvelle demande déposée. Celui-ci a indiqué qu'il voulait faire part d'une potentielle aggravation de son état de santé qui ne figurait pas dans les rapports envoyés avec la nouvelle demande et qu'il souhaitait bénéficier de la mesure d'aide au placement indiquée dans la décision du 10 février 2020.

Par communication du 16 mars 2020, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi d'une aide au placement, dès lors que les conditions étaient remplies.

Il ressort d'une note d'entretien du 3 avril 2020 que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas, en l'état, d'envisager de reprendre une activité professionnelle.

En date du 6 avril 2020, l'assuré a donc signé une renonciation à l'aide au placement formulée comme suit :

« En référence à notre entretien du 3 avril 2020, je vous confirme ne pas me sentir actuellement apte à reprendre une activité professionnelle en raison de mon état de santé. Aussi, je renonce pour le moment à l'aide au placement et vous prie de bien vouloir interrompre cette prestation.

Par contre, j'ai bien compris qu'il me sera possible de bénéficier d'une nouvelle mesure d'aide au placement dès que je m'estimerai en mesure de travailler dans une activité respectant mes limitations. J'ai également pris note qu'il s'agira alors pour moi de la solliciter par un bref courrier. »

B. Le 14 mars 2020, l'assuré a recouru contre la décision du 11 février 2020, en concluant implicitement à son annulation, au motif que ses problèmes de santé ne lui permettaient pas de retrouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 24 juin 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours, en relevant notamment que le refus de l'octroi d'une rente n'était pas contesté et que, s'agissant des mesures professionnelles, le droit n'était pas ouvert compte tenu d'un degré d'invalidité largement inférieur à 20%. S'agissant en revanche des mesures d'aide au placement, il appartenait au recourant de réactiver la demande en lui envoyant un bref courrier dans ce sens.

Par réplique du 27 juillet 2020, le recourant a contesté en substance le degré d'invalidité retenu et a fait valoir qu'il n'avait pas refusé l'aide au placement mais qu'il était encore en récupération de la dernière intervention lorsque l'OAI lui avait demandé de se prononcer à ce sujet. Il a joint à son écriture des pièces dont un rapport du 3 juillet 2020 du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans lequel ce

médecin conclut à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dupliquant le 20 août 2020, l'intimé a relevé que les pièces médicales nouvellement produites, tout comme les rapports médicaux déjà en sa possession, faisaient état d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur et d'une exigibilité de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant. Concernant l'aide au placement, il a rappelé que le recourant pouvait réactiver cette mesure par un bref courrier si telle était sa volonté, ce qui ne ressortait pas clairement de l'écriture du 27 juillet 2020.

Par déterminations du 7 septembre 2020, le recourant a indiqué être prêt à une aide au placement, étant toujours au chômage et rencontrant des difficultés à retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi 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. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations (rente/mesures professionnelles) de l'assurance-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) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'occurrence, l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, dès lors qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, conduisant à un degré d'invalidité de 5,21%.

Dans un premier temps, le recourant a contesté disposer d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, en raison de son état de santé (cf. recours du 14 mars 2020), pour ensuite se déclarer prêt à une aide au placement (cf. déterminations du 7 septembre 2020), revenant ainsi à admettre le taux (100%) retenu par l'intimé.

b) En l'espèce, il est établi que le recourant n'est plus à même, en raison de ses problèmes de dos, de travailler dans son activité habituelle de chauffeur-livreur, compte tenu des limitations fonctionnelles que ses atteintes engendrent, à savoir pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux en flexion et torsion du tronc répété et possibilité d'alterner les positions.

Pour ce qui est de sa capacité de travail dans une activité adaptée, tous les médecins consultés s'accordent sur le fait qu'il peut travailler à 100%. En effet, le Prof. W. _____ a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée (cf. rapport du 12 novembre 2018). Dans le cadre du suivi du recourant à la suite de l'intervention chirurgicale du 9 avril 2018 (herniectomie L4-L5 postérolatérale droite par voie transdurale gauche, puis infiltrations de blocs interfaccettaires postérieures L4-L5 des deux côtés), le Prof. W. _____ a effectué une IRM lombaire qui a permis de constater que l'évolution était excellente, sans signe de contrainte au niveau de l'émergence de la racine L5, que les discrets signes inflammatoires de type Modic I au niveau du site opératoire étaient physiologiques en post-opératoire, qu'il n'y avait pas d'anomalie de la musculature tant des longissimus que des multifidus et des rotateurs de la colonne, ni de la musculature qui restait de trophicité normale et symétrique au niveau des muscles psoas. Il n'existait pas non plus de lésion traumatique osseuse, ni d'anomalie au niveau des articulations sacro-iliaques. L'évolution était donc tout à fait favorable sans signe de complication et les douleurs qui persistaient étaient donc plutôt d'origine fonctionnelle (cf. rapport du 26 novembre 2018). Le Prof. W. _____ a, par la suite, confirmé son appréciation, en précisant les limitations fonctionnelles du recourant, à savoir limite de port de charges entre 10 et 15 kg et possibilité de changer régulièrement de position (cf. rapport du 6

mars 2019). Le Dr J._____ a également retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, tout en retenant quasiment les mêmes limitations fonctionnelles que le Prof. W._____, à savoir pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de travaux en flexion et torsion du tronc répétée (cf. rapport du 31 octobre 2019). La Dre K._____, médecin traitant de l'assuré, est également du même avis puisqu'elle a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 10 kg, avec possibilité d'alterner les positions (cf. notamment rapport du 25 juin 2019). Elle a mentionné, quant au type d'activité exigible, des travaux légers comme par exemple la livraison d'objets légers avec court parcours ou un travail de bureau avec des charges légères. Dès lors que tous les médecins consultés par le recourant sont du même avis, il n'y a pas de motif de s'en écarter. Il y a ainsi lieu de retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg et possibilité d'alterner les positions). A cet égard, le rapport du Dr P._____ du 3 juillet 2020, postérieur à la décision litigieuse, produit par le recourant au stade de la réplique, ne fait que confirmer cette appréciation dès lors que ce médecin conclut à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

c) S'agissant du calcul du préjudice économique opéré par l'intimé, celui-ci n'est pas contesté par le recourant. Vérifié d'office, il peut être confirmé.

6. a) 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).

b) Compte tenu d'un degré d'invalidité largement inférieur à 20%, le droit à des mesures professionnelles n'est pas ouvert en faveur du recourant.

7. a) Selon l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b).

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

b) En l'espèce, par communication du 16 mars 2020, l'intimé a informé l'assuré que les conditions étaient remplies pour bénéficier d'une aide au placement. L'intéressé a, par la suite, signé une renonciation pour une telle mesure, dès lors que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager une reprise d'activité. Il était toutefois bien précisé que cette renonciation était temporaire et que la mesure d'aide au placement pouvait être réactivée par un bref courrier adressé à l'OAI. Après que l'intimé a rappelé au recourant la possibilité de réactiver cette mesure, le recourant a confirmé, dans ses déterminations du 7 septembre 2020, qu'il était prêt à bénéficier de cette aide. Il lui appartient donc au besoin de confirmer sa position en adressant un bref courrier à l'intimé, comme requis, ce qui lui permettra d'être soutenu dans la recherche d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation 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.

c) Il n'y a par ailleurs 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 février 2020 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 C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- C._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :