

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Jevean et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat, Intégration Handicap, service juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____, né en 1948, marié depuis 1984, père de quatre enfants (nés entre 1984 et 1993), d'origine albanaise et naturalisé, installé en Suisse depuis 1984, a déposé le 22 septembre 2006 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures médicales de réadaptation spéciale - physiothérapie, cure de convalescence - et rente). Il a exercé la profession de magasinier pour Z._____ à [...] depuis 1993 jusqu'au 30 mai 2006 (le contrat de travail ayant été résilié par l'employeur pour le 31 août 2006). Selon la demande, il souffre d'une hernie cervicale depuis le 7 août 2003.

B. Invitée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) à donner des renseignements médicaux au sujet de l'assuré, la Dresse Y._____, spécialiste FHM en médecine interne (médecin traitant depuis août 2003) a indiqué, dans un rapport du 6 novembre 2006, une liste de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, en premier lieu des "cervicobrachialgies C6 D (juillet 2003) puis bilatérales", et également un "état dépressif et anxieux (juin 2005)". Selon ce médecin, l'assuré ne peut plus exercer son activité de magasinier.

Un avis médical a également été demandé par l'Office AI au Dr V._____, rhumatologue (MER) [...]. Après une consultation (consilium) le 22 novembre 2006, ce spécialiste expose ce qui suit, dans son rapport du 7 décembre 2006 (reçu à l'Office AI le 15 décembre 2006):

"Dans ses plaintes, W._____ annonce surtout des cervico-scapulalgies bilatérales, complétées par des lombalgies, donc un tableau de pan-rachialgies globalement mécanique, à l'effort, correspondant au status à un syndrome lombo-vertébral statique et dynamique, ainsi qu'un syndrome douloureux cervico-scapulaire, dans un contexte de signes indirecte de souffrance segmentaire diffuse, au niveau de la nuque et de la région lombaire, à côté de déficiences fonctionnelles sous forme principalement d'une rupture du rythme lombo-pelvien physiologique et d'une absence d'activation du transverse de l'abdomen à la mise en charge du tronc, permettant de conclure à une instabilité à ce niveau. En décubitus, probables dysbalances étagées sur hypo-extensibilité de

la musculature posturale, difficile cependant à objectiver correctement compte tenu des co-contractions musculaires réflexes et contre-pulsions algiques du patient.

Ces constatations anamnestiques et cliniques se traduisent au niveau radiologique par des signes en faveur d'une micro-instabilité segmentaire lombaire basse, ainsi que de troubles dégénératifs cervicaux entraînant un tableau de myélopathie cervicale documentée par la radiographie ainsi que les consultations complémentaires neurologiques et neurochirurgicales.

Dans ce contexte, il est évident que ce patient, travailleur de force, est actuellement totalement incapable d'activité professionnelle dans quelque domaine que ce soit. La situation est encore surchargée d'éléments d'anxiété secondaires à sa problématique douloureuse et au licenciement qui en découle, et entretenant ainsi les déficiences musculaires responsables de la douleur. Il n'y a aucun élément permettant de parler d'une volonté du sujet de retirer un bénéfice quelconque de l'arrêt de travail, pas plus qu'il n'y a d'élément pour parler d'un trouble somatoforme douloureux, au vu des déficiences anamnestiques et cliniques constatées. Dans ce sens, théoriquement, des mesures professionnelles seraient indiquées d'un point de vue au moins théorique."

Le Dr V._____ estime dans ce rapport que l'activité de magasinier n'est plus exigible.

Le Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie à [...], a envoyé à l'Office AI deux lettres qu'il avait adressées à la Dresse Y._____ après avoir examiné l'assuré en juillet 2005 et juin 2006. Ces lettres font état de traitements en cours (pour une myélopathie cervicale et le tunnel carpien, en particulier). La Dresse D._____, spécialiste FMH en psychiatrie à [...], a également fourni un rapport de consultation à la Dresse Y._____, le 12 décembre 2006. En substance, elle pose le diagnostic d'état de stress aigu, sous l'effet d'un facteur de stress de longue durée encore en cours.

C. Par une décision du 2 avril 2007, l'Office AI a refusé la prise en charge de mesures médicales (physiothérapie, cures). L'assuré n'a pas recouru contre cette décision.

D. Le 16 avril 2007, l'Office AI a décidé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale, confiée au Centre d'expertise médicale (COMAI, Centre d'Intégration Professionnelle) de [...]. Ce Centre

a remis un "rapport d'expertise interdisciplinaire" le 21 septembre 2007. Ce document de 47 pages est structuré de la manière suivante:

- Une introduction signée par trois médecins (le médecin-chef, le médecin-chef adjoint et un médecin-expert, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation), qui expose notamment que "la quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été décidée lors d'une conférence de consensus ayant réuni les médecins qui ont participé à l'élaboration de cette expertise".
- Une liste de documents médicaux à disposition des experts.
- Un préambule.
- Un chapitre intitulé "Questions cliniques", subdivisé en plusieurs sections:
 - Anamnèse (antécédents familiaux, antécédents personnels, anamnèse systématique, anamnèse professionnelle).
 - Indications de l'assuré.
 - Constatations. Cette dernière section contient un rapport d'examen clinique rhumatologique du 4 mai 2007, par le Dr M._____ (subdivisions: constatations objectives, généralités, status ostéo-articulaire, status neurologique, examens de laboratoire, imagerie médicale) et un rapport d'évaluation psychiatrique du 22 mai 2007 par le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie à [...] (subdivisions: contexte selon l'assuré, plaintes, antécédents médicaux, anamnèse psychosociale, status psychiatrique, diagnostics, appréciation du cas et pronostic). Il est en outre fait mention d'une évaluation neurologique du 19 juin 2007 réalisée par le Dr P._____, spécialiste FMH en neurologie, le rapport complet figurant en annexe.
 - Diagnostics.
 - Appréciation du cas et pronostic (où sont mentionnés des constatations à l'examen clinique, les résultats de l'examen électrophysiologique réalisé par le Dr P._____, des résultats de l'IRM, un résumé de l'appréciation psychiatrique).

- Un chapitre intitulé "Influences sur la capacité de travail", subdivisé en plusieurs questions/réponses (limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici).
- Un chapitre intitulé "Influences sur la réadaptation professionnelle", subdivisé en plusieurs questions/réponses.
- Plusieurs annexes, dont le rapport précité du Dr P. _____ (daté du 9 juillet 2007, 6 pages) et des rapports médicaux concernant l'assuré qui avaient été établis dans le cadre de traitements ou d'autres procédures.

Sous "Appréciation du cas et pronostic", il est écrit (pour l'essentiel):

"A l'examen clinique, on constate des troubles statiques majeurs touchant surtout le tiers supérieur du rachis sous forme d'importantes cyphoses dorsales hautes avec projection marquée de la tête en avant. La mobilité du rachis cervical est très limitée. Il y a relativement peu de contractures ou d'hypertonies musculaires de la ceinture scapulaire, par contre, il y a une hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale moyenne et basse. On constate également un important déconditionnement physique avec un relâchement musculaire de la sangle abdomino-pelvienne ainsi qu'une hypo-extensibilité des muscles sous-pelviens. Il y a un léger syndrome vertébral lombaire bas, peu marqué, probablement associé à une contracture du muscle pyramidal. L'examen des épaules ne permet pas d'exclure une lésion des tendons de la coiffe des rotateurs. Une telle atteinte ne modifierait pas la capacité de travail et est relativement peu probable, raison pour laquelle nous n'avons pas fait d'investigation complémentaire. Par contre, nous suggérons au médecin-traitant de réaliser une échographie.

L'examen électrophysiologique réalisé par le Docteur P. _____, Neurologie FMH, montre une discrète atteinte myélinique des nerfs médians au carpe touchant les fibres sensibles et motrices. Par contre, il n'y a aucun signe de neuropathie, de myopathie ou d'atteinte radiculaire entre C5 et D1 aux membres supérieurs. Malgré l'absence de signe électrophysiologique, l'anamnèse (symptomatologie à l'effort et non au repos) et la clinique (atteinte du pouce-index avec épargne du troisième doigt, atteinte asymétrique) évoquent nettement une irritation radiculaire de C6 avec une probabilité nettement plus importante que celle d'un syndrome du tunnel carpien.

L'imagerie par résonance magnétique du 03.05.2004 montre un canal cervical étroit de C4 à C7 avec une myélopathie paramédiane gauche en C5-06, ainsi que des troubles dégénératifs marqués. L'examen de contrôle du 24.08.2006 est superposable au premier examen.

Les troubles dégénératifs importants, objectivés sur les examens radiologiques expliquent en grande partie les limitations

fonctionnelles cervicales. Ils entraînent également un canal cervical étroit, ce qui pourrait expliquer qu'une activité professionnelle lourde puisse déclencher les symptômes décrits par W._____. La myélopathie visible sur l'imagerie n'a pas de répercussion clinique, en dehors peut-être d'une hyperréflexie tricipitale gauche, et ne génère aucun signe lésionnel sur le bilan électrophysiologique actuellement.

Notre appréciation psychiatrique a eu lieu seulement trois semaines après une évaluation par le Docteur R._____, psychiatre, pour [...]. Bien que les constatations n'ont pas été franchement divergentes, les interprétations le sont. En effet, le Docteur R._____ pose comme diagnostic principal un trouble dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique et en déduit une incapacité de travail totale suite à une réaction aiguë liée à un facteur de stress (licenciement). Notre expert-psychiatre estime quant à lui, qu'en raison de ce facteur de stress, W._____ présente surtout un trouble de l'adaptation se manifestant par une réaction dépressive sans pathologie dépressive antérieure. En effet, lors de son examen, l'expert ne constate ni état de tristesse ni ralentissement psychomoteur ni fatigabilité. De plus, en raison d'une attitude cherchant à convaincre l'examineur, d'une attitude assez démonstrative dans les différents entretiens et de la non utilisation des traitements psychopharmacologiques et psychothérapeutiques, nous retenons également le diagnostic de 'majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques'. Ces éléments psychiques n'entravent pas la capacité de travail qui est entière du point de vue psychiatrique et ne seraient pas non plus un obstacle à une réadaptation professionnelle. Sur ces bases, et principalement du fait qu'il s'agit de troubles essentiellement réactionnels, nous considérons que la capacité de travail de l'assuré est entière du point de vue psychiatrique et qu'il est apte à fournir un effort de volonté, ses ressources étant intactes.

[...]

En conclusion, l'atteinte cervicale ne permet plus de réaliser les activités nécessitant le port de charges modérées à lourdes, un travail au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs ou nécessitant des mouvements fréquents de la nuque ou des positions peu ergonomiques pour le rachis. Par contre, l'assuré garde une capacité de travail dans un poste sédentaire permettant l'alternance des positions assise et debout. Le pronostic est mitigé, à la fois favorable en raison de la motivation de l'assuré et défavorable en raison de son comportement démonstratif, la façon dont il vit sa maladie et de l'âge avancé."

Dans le chapitre "Influences sur la réadaptation professionnelle", à la question "Y a-t-il une diminution du rendement?", les experts répondent: "Oui, de l'ordre de 16% en raison des pauses nécessaires (5 minutes de pause toutes les 25 minutes) à cause de l'exacerbation des douleurs chroniques et de la fatigabilité prononcée".

Dans son rapport, le Dr P._____ conclut la partie "appréciation" en indiquant qu'il résulte des affectations constatées une limitation des mouvements de la nuque et des membres supérieurs, et en précisant: "La capacité de travail s'en trouve limitée. Elle pourrait probablement être de 50% dans une profession adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de devoir lever la tête ou porter des charges lourdes. Le patient ne semble pas non plus pouvoir rester longtemps dans la même position."

Le SMR, dans un rapport d'examen du 24 octobre 2007 (Dr B._____) a retenu - en se fondant sur les résultats de l'expertise ci-dessus - que dans une activité légère, avec possibilité de changer de position, sans contrainte sur le rachis cervical et sans activité des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail était entière avec un diminution du rendement de 20% en raison de la nécessité de faire régulièrement de courtes pauses.

E. L'Office AI a arrêté à 69'746 fr. le salaire que l'assuré aurait obtenu en 2007 auprès de son ancien employeur, sans invalidité. Il a par ailleurs calculé le salaire exigible en retenant les chiffres suivants (approche théorique de la capacité de gain, selon les statistiques):

- salaire annuel en 2007: 59'486 fr.
- ./.. diminution de rendement de 20%: 47'589 fr.
- ./.. réduction supplémentaire (abattement) de 15% = salaire exigible de 40'451 fr.

F. Dans un préavis du 19 septembre 2008 (projet d'acceptation de rente), l'Office AI a exposé à l'assuré qu'il avait droit, dès le 30 mai 2007 (après un délai d'attente d'un an dès la date à partir de laquelle la capacité de travail est considérablement restreinte), à une rente basée sur un degré d'invalidité de 42% (écart entre le salaire sans invalidité et le salaire exigible).

Le 26 septembre 2008, l'assuré a écrit à l'Office AI pour rectifier une erreur de date, à propos du début de son contrat de travail pour Z._____. Il n'a pas fait valoir d'objections.

Le 9 décembre 2008, l'Office AI a rendu la décision octroyant un quart de rente d'invalidité. La motivation de cette décision - qui correspond à celle du préavis - se réfère à l'expertise médicale, et retient notamment ce qui suit:

"Sur la base de l'entier des renseignements requis et selon les déterminations du Service médical régional, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, le 30 mai 2007, votre capacité de travail est nulle dans l'exercice de votre activité habituelle de magasinier.

Par contre, en tenant compte de vos limitations fonctionnelles, nous pouvons exiger de vous une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée à ces limitations qui sont les suivantes: pas de port de charges de plus de 10 kg régulier, pas de travail en flexion/extension maximale de la tête, pas de mouvements répétés de la tête, pas de positions statiques prolongées, pas de travaux avec le membre supérieur au-dessus de l'horizontale, pas de travail sur des machines vibrantes et horaire régulier. Dans des activités adaptées aux limitations décrites ci-dessus, votre capacité de travail est donc raisonnablement exigible à 100% avec toutefois une baisse de rendement de l'ordre de 20%."

G. Agissant par la voie du recours de droit administratif - par un mémoire du 21 janvier 2009 de son avocat Me Jean-Marie Agier -, W._____ demande au Tribunal cantonal de réformer la décision de l'Office AI du 9 décembre 2008 en ce sens que la rente à laquelle il a droit dès le 1^{er} mai 2007 est une rente entière. Le recourant critique l'expertise médicale à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne le domaine psychiatrique (pas de signature du médecin, mélange des constatations et des appréciations) et le domaine neurologique (rapport du Dr P._____ non intégré mais joint en annexe). Le recourant qualifie de quasiment nulle la valeur probante de cette expertise parce que le neurologue évoque une capacité dans une activité adaptée de 50%; en conséquence, il faudrait se fonder uniquement sur les rapports, selon lui complets, des Drs V._____ (rhumatologue) et R._____ (psychiatre).

Dans sa réponse du 20 mai 2009, l'Office AI conclut au rejet du recours.

Le recourant s'est déterminé le 16 juin 2009, en confirmant ses conclusions.

A la demande du juge instructeur, le Dr F. _____ a attesté, dans une lettre du 13 août 2009, qu'il était l'auteur de la partie "évaluation psychiatrique" du rapport d'expertise pluridisciplinaire.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites, est donc recevable. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le recourant prétend avoir droit, plutôt qu'à un quart de rente, à une rente entière d'invalidité; il reproche en substance à l'Office AI d'avoir violé les règles du droit fédéral en matière d'appréciation des preuves médicales. Il soutient notamment que pour des raisons de forme et de fond, l'expertise médicale de l'administration n'est pas valable; partant, d'autres rapports figurant au dossier, plus favorables de son point de vue quant à l'estimation de sa capacité de travail dans une activité adaptée, devraient être seuls pris en considération.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente et, pour une rente entière, il faut que ce taux soit de 70% au moins (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3, et les références citées).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe selon la jurisprudence que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; 125 V 351, consid. 3a; 122 V 157, consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8

janvier 2008, consid. 4.2). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) La première question à examiner, vu les griefs du recourant, est celle des signatures apposées sur le rapport d'expertise. L'absence de signature de l'expert psychiatre Dr F._____ n'est à l'évidence pas une irrégularité, dès lors qu'il est incontesté que ce médecin est l'auteur de la partie psychiatrique, et qu'il est rattaché au centre d'expertise dont les médecins responsables ont signé le rapport.

d) A propos des exigences formelles applicables aux rapports médicaux, le recourant ne se réfère pas à la jurisprudence précitée, mais à des avis d'un médecin (le Dr Jacques Meine, chirurgien) et d'un juriste (le Juge cantonal François Paychère), publiés en 2002 dans un ouvrage collectif intitulé "L'expertise médicale - de la décision à propos de quelques diagnostics difficiles" (éd. Peter Rossati - Genève/Paris). Le premier avis invoqué propose "une façon valable" de présenter une expertise interdisciplinaire (rapport unique, présentant la synthèse des diverses contributions, signé par le collectif d'experts - Meine, p. 24). Le second avis indique qu'en cas d'expertise pluridisciplinaire, la juxtaposition de rapports est inacceptable, de même que les simples renvois d'un rapport à l'autre; un seul document doit être établi, dont chacun des experts acceptera l'ensemble des conclusions (Paychère, p. 147).

En l'espèce, il apparaît que l'expertise requise par l'Office AI est une expertise pluridisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, complétée par un examen électrophysiologique réalisé par un neurologue. Le rapport final comporte une synthèse, et il en ressort que les deux experts (rhumatologue et psychiatre) ont veillé à présenter une appréciation globale est cohérente. En outre, il est précisé d'emblée que cette synthèse, sur le point décisif pour l'assurance sociale - la

quantification finale des limitations de la capacité de travail -, a fait préalablement l'objet d'une "conférence de consensus" entre médecins. Le résultat se présente sous la forme d'un seul document, à juste titre accompagné d'annexes (soit des documents médicaux que les experts ont pris en considération). Quant aux textes du chapitre "questions cliniques", il ne sauraient être qualifiés de mal structurés - la critique du recourant à ce propos étant du reste vague et peu argumentée. On ne voit pas en quoi, d'un point de vue formel, cette expertise serait contraire aux exigences de la jurisprudence, et même aux propositions ou conceptions des auteurs précités. Les griefs du recourant à ce propos doivent être écartés.

e) Les critiques du recourant concernant les éléments matériels de l'expertise sont sommaires. Il relève des différences entre les appréciations des experts et celles d'autres médecins, non pas sur le plan des diagnostics mais bien quant à la détermination des travaux que l'on peut encore, raisonnablement, exiger de lui. Sur le plan psychiatrique, l'expert a exposé pour quels motifs il ne faisait pas la même appréciation que le Dr R._____ (expert d'une autre assurance). Sur le plan rhumatologique, l'expert a procédé à un examen complet et ses constatations ne sont pas en contradiction avec celles du Dr V._____; à propos de la capacité de travail dans une activité adaptée, ce dernier médecin ne s'était pas prononcé de manière détaillée en décembre 2006, en retenant une incapacité totale "actuellement" et en préconisant néanmoins des mesures professionnelles. Enfin, le neurologue (Dr P._____) s'est exprimé de manière peu catégorique sur la limitation de la capacité de travail; cette appréciation prudente n'excluait pas une appréciation différente par l'expert rhumatologue.

En somme, les griefs du recourant ne sont pas concluants et ils ne permettent pas de contester valablement la force probante de l'expertise de l'administration.

f) Pour le reste, le calcul du taux d'invalidité n'est pas contesté, de même que le moment de la naissance du droit au quart de

rente (mai 2007). Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

3. Le recourant, qui succombe, supporte les frais de justice. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens.

**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 9 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge du recourant W._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, Intégration Handicap, service juridique (pour W._____),
- 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: