

VD_GERICHTE ZD08.017197 vom 10. November 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.017197

FR: VD_GERICHTE ZD08.017197 du 10 novembre 2009

IT: VD_GERICHTE ZD08.017197 del 10 novembre 2009

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 296/08 – 370/2009 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 10 novembre
2009 _____ Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE Juges : Mme
Röthenbacher et M. Abrecht Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre :
W. _____, à Renens, recourant, représenté par Me Jacques-André Schneider, avocat à
Genève, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.
_____ Art. 4 et 28 LAI; art. 8 LPG 402

- 2 - E n f a i t : A. W. _____, né en 1960, travaillait comme ouvrier pour les Z. _____
(ci-après: les J. _____) depuis 1989. Il souffrait de lombosciatalgies depuis le mois de
mars 1995. Dès le mois de novembre 1996, son médecin traitant, le docteur T. _____,
puis les médecins du CHUV ont attesté une incapacité de travail totale. Hospitalisé au
CHUV, du 25 novembre au 6 décembre 1996, le prénommé a subi une hémilaminectomie
L4-L5 gauche le 24 février 1997 dans ce même établissement. A la suite de l'opération, le
docteur N. _____, chef de clinique adjoint du Service de neurochirurgie du CHUV, a
attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 12 mai 1997, puis une incapacité de travail
de 50 %, pour une durée indéterminée (rapports des 6 mars et 16 avril 1997). Dès le 24 juin
1998, les J. _____ ont affecté leur employé à une tâche plus légère que celle effectuée
précédemment, dans des travaux d'aide au service de conciergerie en gare de Lausanne; le
médecin traitant a attesté cependant plusieurs périodes d'incapacité de travail dans cette
nouvelle activité. W. _____ a à nouveau été hospitalisé au CHUV, du 14 au 25
septembre 1998, où les examens pratiqués ont permis d'exclure une récurrence de hernie
discale. Au terme de cette hospitalisation, les Drs P. _____ et H. _____, du service de
neurochirurgie du CHUV, ont fait état de troubles somatoformes douloureux, syndrome
lombo-vertébral irritatif non déficitaire et status post-hémilaminectomie L4-L5 gauche, en
précisant qu'il n'y avait pas, de leur point de vue, d'incapacité de travail dans des activités
adaptées (rapport du 8 octobre 1998). Pour sa part, le Dr Q. _____, médecine interne
FMH à Lausanne, a examiné W. _____ le 7 décembre 1998, à la demande des
J. _____, et proposé de retenir une incapacité de travail de 50 % (rapport du 2 février
1999). A réception de ce document, le docteur N. _____ pour le Service médical des
J. _____, a proposé de mettre W. _____ en

- 3 - retraite anticipée partielle, pour raisons médicales, en précisant partager l'opinion du
Dr Q. _____ relative à l'incapacité de travail de l'intéressé (lettre du 8 février 1999 du
Dr N. _____ au Dr T. _____). Le 24 février 1999, l'assuré a déposé une demande de
prestations de l'assurance- invalidité. Dans un rapport du 10 juillet 2000 à l'OAI, le Dr
T. _____ a décrit une capacité de travail de 80 à 100 % dans l'activité de conciergerie
pour laquelle l'employaient désormais les J. _____; l'assuré lui avait toutefois déclaré
être incapable de travailler plus d'une demi-journée. Selon le médecin traitant, toute activité

légère ne mettant pas à contribution le dos, spécialement la région lombo-sacrée, était exigible, l'assuré présentant une limitation pour les activités impliquant une position orthostatique ou assise prolongée. Ultérieurement, dans une lettre du 29 août 2001 adressée à l'OAI, il est toutefois revenu sur cette appréciation et a attesté une incapacité de travail de 50 % dans l'activité exercée par l'assuré depuis mai 1998. B. Sur la base du dossier constitué par l'OAI, le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a attesté une capacité de travail entière dans une activité n'impliquant pas la mise à contribution du dos, en position penchée en avant ou lors du port de lourdes charges (rapport du 26 juin 2001). Par décision du 27 septembre 2001, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, eu égard à la capacité de travail résiduelle attestée par le SMR. W._____ a recouru au Tribunal des assurances (ci-après: TASS), en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Le TASS a rejeté le recours, par jugement du 30 juin 2003. L'assuré a interjeté un recours de droit administratif contre ce jugement, en produisant notamment deux rapports établis les 16 juin et 8 juillet 2003 par le Dr V._____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation

- 4 - du CHUV, ainsi qu'un rapport établi le 11 août 2003 par les Drs S._____ et A._____, médecins au service de neurologie du CHUV. Dans son arrêt du 20 octobre 2004, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Il a notamment retenu ce qui suit (consid. 4.2 et 4.3) : "[...] De l'ensemble des médecins ayant examiné l'assuré, seuls les Drs P._____ et H._____ font clairement état d'une capacité de travail entière dans des conditions de travail adaptées, sans toutefois préciser quelles seraient ces conditions; les médecins du SMR ne font que confirmer cette appréciation, sur la base du dossier médical mis à leur disposition. En revanche, les Drs N._____, R._____, V._____ et S._____ retiennent tous une incapacité de travail de 50 % dans l'activité pourtant relativement légère à laquelle le recourant est affecté depuis le mois de mai 1998. Certes, les rapports établis par ces praticiens ne sont pas entièrement convaincants, dès lors qu'ils n'exposent pas véritablement sur quelles constatations objectives reposent leurs conclusions, Ils sont toutefois suffisamment probants pour mettre sérieusement en doute l'appréciation des Drs P._____ et H._____, et des médecins du SMR, émise elle-même au terme de rapports relativement sommaires. Les prises de position du Dr T._____ ne permettent pas davantage de se prononcer en connaissance de cause sur les atteintes à la santé physique dont souffre le recourant et leur influence sur sa capacité résiduelle de gain, compte tenu, en particulier, de leur caractère contradictoire. En ce qui concerne les troubles somatoformes douloureux décrits par les Drs P._____ et H._____, il serait prématuré de nier d'emblée leur influence sur la capacité de travail du recourant, alors qu'aucune investigation psychiatrique n'a encore été réalisée. A cet égard, on précisera que les signes de non-organicité selon Waddell sont fréquemment constatés en cas d'atteintes invalidantes à la santé psychique, et qu'une affection psychique peut être indépendante d'une atteinte grave à la santé physique. La divergence des rapports médicaux figurant au dossier — aucun d'entre eux ne revêtant une valeur probante déterminante — rend nécessaire une instruction complémentaire. Compte tenu des aspects physique et psychique que présentent les atteintes à la santé décrites par les médecins consultés à ce jour, cette instruction sera mise en oeuvre sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire". Un IRM réalisé le 23 février 2004 au CHUV a mis en évidence une récurrence de hernie discale L4-L5 para-médiane gauche, présentant une augmentation d'environ 20 à 30% démontrant ainsi une aggravation de la lombosciatalgie gauche. Le 28 septembre 2004, la Dresse

B. _____,

- 5 - rhumatologue, a signalé à l'OAI l'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

L'incapacité de travail était de 100%. C. Le 9 mai 2005, les J. _____ ont informé l'OAI de la résiliation du contrat de travail de W. _____ au 30 septembre 2005 "en raison d'une aptitude médicale insuffisante". Le courrier des J. _____ a précisé que "La situation médicale de notre collaborateur ne s'est pas améliorée et nous ne pouvons plus l'occuper à la conciergerie. Il effectue des petits nettoyages à un taux d'occupation de 50% mais à un taux de rendement d'environ 20 à 30%, toujours à titre thérapeutique. Dans notre entreprise, nous n'avons plus d'activité à proposer à W. _____ adaptée à ses multiples restrictions médicales". Le 24 août 2005, la Clinique Romande de réadaptation (ci- après: CRR) a rendu son rapport d'expertise pluridisciplinaire, établi par le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne, le Dr K. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecine physique et réhabilitation et la Dresse C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie. Les diagnostics de lombosciatalgie L4-L5 gauche, non déficitaire, de récurrence herniaire L4-L5 paramédiane gauche et de status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en février 1997 ont été retenus (p. 16). La consultation de l'appareil locomoteur a relevé "une hernie discale L4-L5 volumineuse". Le Dr K. _____ a noté des "exacerbations douloureuses itératives telles qu'elles ont pu être observées par les différents médecins qui ont suivi l'expertisé". Le rapport d'expertise a en outre indiqué ce qui suit (p. 18 ss) : "[...] A partir de l'intervention chirurgicale subie en février 1997, l'impression générale qui se dégage est celle d'un cursus relativement linéaire. En effet, les éléments anamnestiques recueillis dès 1997 et jusqu'à la période actuelle (y compris lors de la présente expertise) fournissent un ensemble de symptômes récurrents et répétitifs. On note ainsi des exacerbations douloureuses itératives, des épisodes de blocage, des périodes où la situation s'améliore sensiblement au plan fonctionnel. De l'aveu même de W. _____,

- 6 - l'évolution générale de ces symptômes est identique depuis de nombreuses années, faites ainsi d'un fond douloureux et d'exacerbations survenant à intervalles réguliers. Ceci est le premier élément de synthèse que nous retenons. Ainsi que l'ont noté tous les examinateurs, un autre point important est la grande stabilité de l'examen clinique au cours du temps. Les limitations fonctionnelles sont démonstrativement présentes, avec une distance doigts-sol généralement limitée à 40cm, un blocage des inclinaisons latérales et postérieures (on retrouve ces données lors des nombreux examens médicaux précédemment effectués, de 1998 à 2004). Aucun examinateur n'a mis en évidence de syndrome sensitif déficitaire. Il a toujours été difficile de se faire une idée précise des répercussions sur la force, puisqu'il y a un phénomène d'autolimitation manifeste. On relèvera également que les signes et symptômes de non organicité de Waddell ont été retrouvés à plusieurs reprises, quoique à des degrés divers; lors de notre expertise, le Dr K. _____ en a retenu 2 sur un total de 5. Mais l'ensemble de ces constatations plaide donc pour un continuum dans l'expression clinique de la problématique musculo-squelettique de W. _____. La notion de récurrence herniaire vient-elle modifier la donne ? Le Dr K. _____ a discuté ce point dans son rapport. En substance, aucun élément anamnestique, aucun indice ressortant du status clinique ne fait apparaître la récurrence herniaire comme une aggravation déterminante du tableau clinique. On rappellera d'une part que l'intervention chirurgicale proposée a été refusée par le patient d'autre part, au plan médical, il est certain qu'elle n'a aucun caractère nécessaire ou urgent. Sa réalisation ou non n'est pas, selon toute vraisemblance, un élément déterminant de l'expertise actuelle. Nous avons ensuite tenté de déterminer le degré de

cohérence entre les limitations annoncées et les constatations objectives (examen ostéo-articulaire, documents d'imagerie). Nous avons donc pratiqué un test des capacités fonctionnelles (ECF) en date du 03.08.2005. Ce test comporte un questionnaire destiné à recueillir l'appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet. Ce questionnaire a été administré en turc, afin d'exclure tout problème de compréhension lié à la langue. Les réponses données par W._____ ont été cohérentes entre elles. Mais il a atteint un score de 51, ce qui correspond à des activités exigeant un niveau d'efforts inférieur à sédentaire. Ensuite on a procédé à diverses épreuves permettant une mesure objective des efforts réalisés, permettant également de déterminer dans quelle mesure un sujet a la volonté de donner le maximum lors des différents tests. Nous reprenons quelques points de ces tests : - Un test de marche rapide a été effectué sur 3 minutes. L'assuré a marché à une vitesse de 1, durant cette épreuve (on rappellera qu'il rentre généralement à pied depuis la gare de Lausanne jusqu'à Renens). Par ailleurs, lors du séjour à la Clinique, la démarche observée dans les corridors - par hasard - s'est avérée nettement plus rapide et aisée que celle démontrée lors des examens cliniques structurés, devant un examinateur. - Toutes les épreuves de portage d'objets ont été stoppées par l'assuré avant que l'évaluateur n'ait pu observer les

- 7 - signes physiques d'un effort significatif (la fréquence cardiaque s'est très peu accélérée au cours des efforts effectués; ceci témoigne de la faiblesse des efforts fournis). - On a relevé une force de préhension (main droite et main gauche) à la limite inférieure de la norme pour un sujet masculin de 45 ans. Cette observation est inexplicable par une problématique ostéo-articulaire lombovertébrale. En synthèse, ce test des capacités fonctionnelles a révélé des incohérences manifestes (W._____ annonce un niveau d'efforts possibles inférieur à sédentaire) ainsi que des phénomènes d'autolimitation, difficiles à expliquer par la pathologie de base et les constatations médicales objectives. Ceci est la troisième observation relevante de cette expertise. A ce stade, nous revenons à la description précise du poste de travail que W._____ a faite aux deux examinateurs somaticiens. L'assuré a insisté à plusieurs reprises sur le fait que cette activité n'était pas pénible, ne nécessitait pas de position contrainte ou de port de charges. Elle implique de multiples mais petits déplacements, convenant parfaitement à l'assuré. W._____ nous a affirmé qu'il désirait poursuivre cette activité. Au vu de ce qui précède, ainsi que l'a relevé le Dr K._____, si le socle somatique des plaintes de l'assuré est indéniable, force est de constater qu'aucun élément objectif, dans l'état des connaissances médicales actuelles, ne contre-indique effectivement la réalisation d'une activité légère ou de toute autre activité assimilée. Le poste de travail en tant que aide-concierge à la gare de Lausanne, tel qu'aménagé en 1998 pour cet assuré par les J._____, paraît adapté. Cet avis est partagé par l'assuré lui-même. Le dernier volet de notre expertise médicale consistait à déterminer s'il existait un diagnostic psychiatrique ayant valeur d'incapacité. On rappellera que le trouble somatoforme douloureux avait été retenu en octobre 1998 par les Drs P._____ et H._____, puis lors de l'expertise médicale effectuée dans le service de neurologie du CHUV en juillet 2003. Le Tribunal fédéral des assurances a estimé qu'il était "prématuré de nier d'emblée leur influence sur la capacité de travail du recourant alors qu'aucune investigation psychiatrique n'avait été réalisée". La Dresse C._____ a procédé à une expertise psychiatrique. L'anamnèse a relevé l'existence de plaintes somatiques, portant uniquement sur la sphère ostéo-articulaire. Elle a noté que W._____ n'avait pas d'autre plainte, qu'il n'y avait pas de trouble thymique, d'angoisses, de troubles végétatifs, cognitifs comportementaux. L'observation psychiatrique relève que W._____ apparaît

orienté, calme, collaborant, d'intelligence plutôt fruste chez un sujet qui s'exprime de manière limitée, mais parfaitement compréhensible en français. Le contact s'est établi aisément, W. _____ s'est montré euthymique, non angoissé, affecté de manière tout à fait adéquate par l'annonce de son licenciement. En conclusion, la Dresse C. _____ a estimé qu'il s'agissait d'un examen psychiatrique se situant dans les limites normales, sans maladie psychiatrique ni co-morbidités, ni trouble décompensé de la personnalité. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux relevé dans le service de rhumatologie du CHUV en 1998, évoqué également

- 8 - par le médecin traitant en 1999, ne peut être retenu actuellement. Les douleurs présentées par l'assuré n'en ont pas le caractère fait d'un aspect diffus et multiforme, d'une singularité peu mécanique, d'un accompagnement symptomatique par de l'asthénie, une détresse, une résistance au traitement. En synthèse, il n'y a donc aucun diagnostic psychiatrique retenu ni participation psychiatrique à notre évaluation de la capacité de travail. [...] Au terme de nos entretiens de synthèse, notre appréciation sur la capacité de travail de cet assuré peut s'articuler comme suit : - W. _____ travaille comme aide concierge à la gare de Lausanne depuis juin 1998, à mi-temps, taux d'emploi que nous estimons non cohérent par rapport aux éléments objectifs, ni même par rapport aux dires de l'assuré, lequel admet que ce poste est adapté, mais ne donne pas non plus d'argument pertinent pour expliquer les raisons d'un mi- temps exclusif permanent. Notre test ECF vient souligner cette absence de cohérence de W. _____, et montre de nombreuses autolimitations fonctionnelles dont les raisons nous paraissent sortir largement du champ médical objectif. Dans ces conditions, admettre une limitation de l'ordre d'un 50% reviendrait à entériner purement et simplement une situation de fait, qui dure depuis 1998. - A l'opposé de ce point de vue, admettre que cet assuré a donc une capacité de travail complète dans une activité telle que décrite - encore une fois jugée adaptée- n'est pas entièrement satisfaisant non plus. Il existe une pathologie lombaire qui contre-indique une activité lourde, et qui est aussi susceptible d'entraîner — périodiquement - des limitations. La récurrence herniaire est montrée par les examens d'imagerie, quand bien même elle ne provoque aucun syndrome déficitaire objectif. Par conséquent, nous estimons que cet assuré a une capacité de travail de 60% dans toute activité correspondant à ce qui a été décrit plus haut lors de cette expertise. Comme nous l'avons relevé à plusieurs reprises, l'histoire médicale se déroule sur un mode finalement linéaire. Aucun événement ne vient signaler une aggravation durable de l'état de santé de cet assuré (sont exclus de cette appréciation les épisodes aigus récurrents, susceptibles d'entraîner une IT complète, mais limitée dans le temps). L'incapacité que nous admettons débute en juin 1998. Le test ECF, tel que l'a pratiqué W. _____, nous fait douter de l'utilité — et du résultat final - de mesures de réadaptations (dans le sens d'une formation) que l'on pourrait proposer à cet assuré". Par courrier du 25 novembre 2005, les J. _____ ont indiqué que si W. _____ avait pu continuer à exercer son activité professionnelle habituelle, soit celle exercée avant ses troubles à la santé, son salaire

- 9 - annuel brut en 1999 aurait été d'environ 65'442 fr. pour une activité à un taux d'occupation de 100%. En 1999, le salaire annuel brut de W. _____ pour l'activité d'aide-concierge s'élevait à 59'728 fr. à un taux d'occupation de 100% (soit 35'837 fr. à un taux d'occupation de 60%). D. Le 19 décembre 2005, le Dr L. _____, Médecine physique et rééducation au SMR, s'est déclaré "étonné de l'incapacité de travail de 40% ". Alors qu'il soulignait "l'excellente qualité" de l'expertise, le médecin du SMR a estimé

pourtant que "nous ne pouvons pas admettre les conclusions de cette expertise par rapport à la capacité de travail résiduelle". Il a relevé notamment que les experts avaient observé un manque de motivation de la part de l'assuré et une tendance à l'exagération des symptômes, dont ils n'auraient pas tenu compte dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail. Par courrier du 16 janvier 2006, les Drs K._____ et G._____, de la CRR, ont indiqué à l'OAI qu'ils maintenaient leur évaluation du 12 décembre 2005, en ces termes : "[...] Nous ne reviendrons pas ici sur notre observation médicale Il y a concordance entre les deux examinateurs sous-signés sur tous les point du status ostéo-articulaire ; le test ECF a montré clairement un phénomène d'autolimitations. Nous n'avons pas non plus mis en évidence d'élément médical nouveau par rapport aux nombreux examens cliniques précédents. Au terme de notre expertise, nous nous sommes donc retrouvés devant les mêmes problèmes d'appréciation que nos prédécesseurs. Notre synthèse a dû prendre en compte plusieurs éléments - l'examen médical se heurte à des limites sur lesquelles tout examinateur va buter tous les bilans ostéo-articulaires effectués concluent finalement de la même manière, à quelques nuances sémantiques près; -il n'est pas possible d'occulter deux points importants de cette histoire médico-asséculogique : il existe une pathologie herniaire discale (opérée, puis récidivante); il y a une plainte douloureuse compatible avec ce diagnostic, et des périodes d'exacerbation sont tout à fait plausibles; -au plan professionnel, le service médical des J. _____ a reclassé cet assuré en 1998 déjà, mais le taux d'emploi s'est "figé" à 50%, chiffre admis par le médecin des J. _____, le Dr Q._____.

- 10 - Ainsi que le mentionne notre texte en page 20, nous avons estimé que cet assuré pouvait vraisemblablement et raisonnablement exercer une activité adaptée (telle que décrite) à un taux supérieur à 50%. En ce sens, nous nous écartons des avis exprimés par certains de nos prédécesseurs ; il s'agit bel et bien de ne pas entériner une situation de fait, qui dure depuis plusieurs années. Nous sommes néanmoins parvenus à la conclusion que l'exigibilité ne pouvait aller jusqu'au plein temps, pour les raisons rappelées ci-dessus. Nous maintenons donc notre appréciation finale, telle que formulée dans notre expertise du 24 août, élaborée au terme d'une réflexion qui a tenté de prendre en compte au mieux tous les éléments à disposition". Malgré la réponse précitée de la CRR, le Dr L._____ a estimé qu'il fallait procéder à un nouvel examen rhumatologique de l'assuré, ce qui a été fait. Dans son rapport du 23 juin 2006, ce praticien a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies L5 irritatives sur hernie discale L4-L5 G (M54.4) et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome algique chronique dans un cadre d'exagération des symptômes (p. 5). Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assuré et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée sur le plan théorique et ceci six mois après l'intervention chirurgicale, depuis septembre 1997 (p. 7). Il a en outre noté ce qui suit (p. 6-7) : "L'examen clinique réalisé ce jour met en évidence essentiellement un syndrome irritatif L5 G se présentant sous la forme de dysesthésie et de paresthésie au niveau de la face latérale externe du mollet G. Nous n'avons objectivé aucun déficit au niveau des réflexes, de la sensibilité, ou de la force, La mobilité ostéoarticulaire est toute à fait complète, elle est uniquement limitée par un sentiment de crainte et des autolimitations. L'assuré présente aussi clairement des signes de non organicité avec une différence manifeste entre la distance doigts-orteils et doigts-sol (+ de 25 cm). Le reste de l'examen clinique est parfaitement dans les limites de la norme physiologique. Cet assuré présente indéniablement une atteinte à la santé sous la forme d'une hernie discale L4— L5 G au contact de la racine L5 G, sur une IRM effectuée en

2004. L'examen clinique de ce jour ne met pas en évidence de trouble neurologique de type déficitaire ni sur le plan sensitif ni sur le plan moteur. L'anamnèse fait ressortir uniquement un syndrome de type irritatif dans le territoire L5, tout à fait compatible avec les documents radiologiques mis à disposition.

- 11 - Au vu de l'atteinte à la santé présentée par l'assuré, l'activité habituelle d'employé d'exploitation des J. _____ est formellement contre-indiquée. L'activité adaptée (aide concierge) effectuée depuis le mois de juin 1998 est toute à fait en adéquation avec les limitations fonctionnelles et la pathologie qu'il présente. Par ailleurs, W. _____ estime que cette activité est tout à fait dans ses capacités mais non au-delà d'un taux de 50%. Sur le plan strictement organique, nous n'avons aucun argument objectif pouvant aller dans le sens d'une limitation à 50% dans l'activité adaptée qu'il exerçait. En conclusion: au vue des atteintes à la santé présentées, nous estimons que cet assuré présente une incapacité totale dans son activité de base. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail théorique est de 100%. Le comportement dans la vie de tous les jours de notre assuré (il effectue des promenades à pied de plusieurs heures, se déplace régulièrement depuis la gare de Lausanne jusqu'à chez lui à Renens = + de 6 km à pied, et effectue à nouveau des promenades en compagnie de son épouse et de leurs enfants en bas âge « en landau »), nous conforte dans l'idée que cet assuré est tout à fait capable sur le plan physique d'effectuer une activité adaptée à 100%. L'incapacité prétendue de 50% est subjective, elle est nécessaire aux yeux de l'assuré pour qu'il soit reconnu dans son atteinte à la santé. Les limitations fonctionnelles : Pas de position statique assise au-delà de 01h00, pas de position statique debout au-delà de 30 mm, diminution du périmètre de marche à 01h00 pas de port de charges supérieures à 15 kg de façon occasionnelle et à 10 kg de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux ou en flexion du rachis contre résistance. Pas d'activité sur machines dégageant des vibrations de Hertz ou au-delà. [...] Dans son activité habituelle d'employé d'exploitation aux J. _____, l'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 24.02.1997. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est théoriquement de 100%. Une reprise à 50% a été effectuée en tant qu'aide-concierge à la gare de Lausanne depuis le mois de juin 1998. Depuis cette époque, l'assuré a bénéficié de plusieurs périodes d'incapacité à 100% en relation avec son problème lombaire. A signaler que l'assuré a été licencié pour le 31.12.2005 en raison d'absences répétitives, en relation avec son état de santé. Une rente à 50% de la LPP des J. _____ lui a été accordée en raison de l'atteinte à la santé depuis le 01.03.2001. Concernant la capacité de travail exigible: Dans son activité initiale d'employé d'exploitation aux J. _____, la capacité de travail est de 0%. Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail théorique est de 100%. Toutefois, au vu de la présence d'une récurrence d'hernie discale L4-L5, accompagnée d'un syndrome irritatif L5 actuellement, il est tout à fait possible que cet assuré présente occasionnellement des périodes de blocage et d'incapacité de travail en relation avec celle-ci. En dehors de ses périodes de blocage, la capacité de travail théorique reste de 100%. A la vue des activités

- 12 - qu'il présente dans la vie quotidienne, il n'y a aucune raison de retenir une diminution de rendement". Dans le questionnaire pour l'employeur du 17 juillet 2006, les J. _____ ont indiqué qu'W. _____ ne pouvait pas utiliser la cireuse, que nettoyer le sol avec une machine était à la limite de ses capacités et que le nettoyage des vitres n'était possible que jusqu'à sa hauteur. Selon les J. _____, W. _____ souffrait de trop de restrictions

médicales pour être employé, même comme aide à la conciergerie. Dans un courrier du 2 février 2007, le SMR a indiqué qu'il maintenait ses conclusions malgré les "contradictions soulevées par le service juridique" de l'OAI. Par décision du 28 avril 2008, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, confirmant son projet de décision, en se basant sur un degré d'invalidité de 30%. Le 21 mai 2008, la Dresse B. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué notamment que W. _____ présentait occasionnellement des épisodes d'exacerbation et qu'entre janvier 2007 et mai 2008, il avait présenté quatre épisodes de lumbago aigu. Elle a retenu une capacité de travail de 50% pour une activité adaptée, comme celle d'aide-conciergerie, en évitant les positions prolongées, les mouvements répétitifs de flexion, extension ainsi que de rotation et les lourdes charges. E. Par acte du 3 juin 2008, W. _____ fait recours contre cette décision et conclut principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision sur le droit à des mesures de réadaptation. En substance, il fait valoir qu'un complément d'instruction avait été requis par le Tribunal fédéral des assurances pour statuer sur son droit aux prestations d'invalidité, se prévaut du rapport du 24 août 2005 de la CRR et conteste la valeur probante du rapport du 23 juin 2006 établi par les médecins du SMR.

- 13 - L'OAI conclut au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) 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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité [LAI; 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 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. 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

- 14 - 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 s'il est de 50% au moins à une demi- rente (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En présence de plusieurs rapports médicaux, il convient de s'attacher à la discussion globale, menée dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire, plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (TF I 16/05 du 13 mars 2006 consid. 5.2 et la référence citée; TF I 513/05 du 7 septembre 2006 consid. 5.4). c) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux

- 15 - 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 l'expert 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). En cas de divergence d'opinion entre experts, spécialistes et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a et les arrêts précités) qui permettent de leur reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_204/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.3). Cette jurisprudence peut s'appliquer mutatis mutandis lorsqu'il y a divergence entre l'avis des experts et celui des médecins du SMR. 3. a) En l'espèce, le litige porte principalement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, subsidiairement sur le droit de celui-ci à des mesures de réadaptation. Dans la décision entreprise, l'OAI refuse d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, compte tenu d'un degré d'invalidité de 30%, et lui nie le droit à des mesures professionnelles.

- 16 - b) En résumé, dans son avis du 19 décembre 2005, le SMR relève le manque de motivation claire de la part de l'assuré pour la reprise d'une activité professionnelle et une tendance à l'exagération des symptômes, ce qui est également mis en évidence par les experts de la CRR. L'atteinte organique objective présentée par l'assuré est un trouble

dégénératif et statique sur rachis lombaire se traduisant par une hernie discale L4-L5 gauche qui a bénéficié d'une cure chirurgicale en février 1997, avec actuellement une image de récurrence à l'IRM réalisée en février 2004. Cette récurrence n'est pas symptomatique sur le plan clinique. Les différents traitements réalisés à ce jour n'ont pas apporté d'amélioration. Pour toutes ces raisons, le SMR estime que la capacité de travail résiduelle de 60% indiquée par la CRR ne peut être retenue. Un complément est alors demandé aux experts de la CRR sur les motivations d'une telle capacité de travail résiduelle. Ces derniers maintiennent leur position en mettant en évidence le fait qu'il existe une pathologie herniaire discale; il y a une plainte douloureuse compatible avec ce diagnostic et des périodes d'exacerbations tout à fait plausibles. La récurrence herniaire est montrée par les examens d'imagerie, quand bien même elle ne provoque pas de syndrome déficitaire objectif. Le SMR, suite à cette réponse, a organisé un examen clinique qui conclut à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Pour le SMR, le comportement dans la vie de tous les jours de l'assuré (selon le SMR, l'intéressé effectue des promenades de plusieurs heures, sur de longues distances) le conforte dans l'idée que l'assuré est tout à fait capable sur le plan physique d'effectuer une activité adaptée à 100%. Toutefois, au vu de la présence d'une récurrence d'une hernie discale, il est tout à fait possible que l'assuré présente occasionnellement des périodes de blocage et d'incapacité de travail en relation avec celle-ci. En dehors de ces périodes de blocage, la capacité de travail théorique reste de 100%. Au vu des activités qu'il présente dans la vie de tous les jours, il n'y a aucune raison de retenir une diminution de rendement.

- 17 - c) Pour refuser des prestations au recourant, l'OAI s'est uniquement basé sur l'expertise médicale du SMR, sans tenir compte de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR. Dans son arrêt du 20 octobre 2004, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) a estimé qu'une telle expertise était indispensable dans ce dossier et a relevé que "compte tenu des aspects physique et psychique que présentent les atteintes à la santé décrites par les médecins consultés à ce jour, cette instruction sera mise en oeuvre sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire". Donnant suite à l'arrêt du TFA, l'OAI a sollicité une expertise pluridisciplinaire à la CRR. Les Drs K. _____, G. _____ et C. _____ ont conclu (p. 20) à une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée (la capacité étant nulle dans l'activité habituelle). L'incapacité de travail du recourant dans toute activité est dès lors de 40%. Pour établir leur expertise, chacun des trois médecins précités (qui sont respectivement orthopédiste, interniste et psychiatre) a procédé à un examen clinique complet de l'assuré et établi un rapport médical circonstancié, répondant à toutes les exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante. Le rapport d'expertise final rédigé par le Dr G. _____, après discussion entre les trois spécialistes, est détaillé. Il prend en considération tant les aspects somatiques que les aspects psychiatriques de l'état de santé de l'assuré, se base sur l'anamnèse de ce dernier et analyse notamment les données objectives du dossier, les pièces médicales (notamment les examens radiologiques), les antécédents médicaux, les traitements suivis par l'assuré, les avis médicaux antérieurs, les nouveaux examens cliniques réalisés par les Drs K. _____, C. _____ et G. _____, les données relatives à l'essai de réinsertion auprès des J. _____, les données des tests, les plaintes de l'expertisé. L'expertise indique également avec clarté les diagnostics ayant une incidence sur la santé de l'assuré (p. 16), à savoir une lombosciatalgie L4-L5 gauche, non déficitaire (M54.4), une récurrence herniaire L4- L5 paramédiane gauche (M51.2) et un status après cure de hernie discale L4-L5 gauche en février 1997 (Z98.8). Répondant aux questions du SMR, les médecins de la CRR ont confirmé leurs conclusions, expliquant

pourquoi un plein temps n'était pas exigible au regard des données médicales et soulignant que les plaintes

- 18 - de l'assuré étaient compatibles avec les diagnostics posés. Il est ainsi incontestable que l'expertise pluridisciplinaire de la CRR est une expertise complète et circonstanciée, répondant aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de valeur probante, et dont l'OAI ne pouvait pas faire abstraction pour rendre sa décision. Le Dr L. _____ souligne lui-même que l'expertise est d'excellente qualité et que les différents points litigieux ont été abordés et investigués en détail. Pour sa part, dans son courrier du 21 mai 2008, la Dresse B. _____ retient une capacité de travail de 50% pour une activité adaptée, comme celle d'aide-concierge, en évitant les positions prolongées, les mouvements répétitifs de flexion, extension ainsi que de rotation et les lourdes charges, de sorte qu'elle s'écarte de l'avis du SMR et semble confirmer l'appréciation des médecins de la CRR. d) Par ailleurs, comme le relève à juste titre le recourant, les conclusions du rapport du SMR du Dr L. _____ souffrent de contradictions. En particulier, ce médecin constate que l'assuré peut présenter des périodes de blocages et d'incapacité de travail en raison de la récurrence d'hernie discale L4-L5 accompagnée d'un syndrome irritatif L5. Selon lui, la "capacité de travail théorique de 100% n'existe qu'en dehors des périodes de blocages". Le recourant ne dispose ainsi manifestement pas d'une pleine capacité de travail. L'évaluation de la capacité de travail résiduelle ne peut pas faire abstraction des périodes récurrentes de blocages de l'assuré, qui sont attestées par de nombreux médecins et font intégralement partie de la pathologie du recourant. Une personne devant régulièrement faire face à des blocages, entraînant des périodes d'entière incapacité de travail, ne dispose pas d'une capacité de travail à 100%. Le Dr L. _____ admet lui-même que ses conclusions sont "purement théoriques". Les conclusions du SMR sont également contredites par les limitations fonctionnelles dont souffre l'assuré. En effet, le SMR a constaté de nombreuses limitations fonctionnelles : pas de position statique assise au-delà d'une heure, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, diminution du périmètre de marche à 1 heure, pas de port de charges supérieures à 15 kg de façon occasionnelle et à 10 kg de façon répétitive, pas de position en porte-à-faux ou en flexion du rachis contre

- 19 - résistance, pas d'activité sur machines dégageant des vibrations de 5 Hertz ou au-delà. Dans ces circonstances, il est difficile d'imaginer quelle activité professionnelle à plein temps pourrait être exigée de l'assuré. Les activités mentionnées dans le projet de décision AI ne sont pas compatibles avec les limitations constatées dans l'expertise du SMR. De surcroît, après examen des différentes expertises (CRR- SMR), force est de constater que ces dernières font état de mêmes constats. Les différents points litigieux ont été abordés et investigués en détail. Les activités quotidiennes de l'assuré sont aussi connues par les experts de la CRR qui les mentionnent également dans leur expertise. Les contradictions entre le comportement spontané adopté par l'assuré lors de l'examen, l'exagération verbale, le manque de motivation sont aussi connus par les experts de la CRR qui malgré tout ont maintenu la capacité de travail résiduelle de 60%, en exposant de manière étayée les raisons pour lesquelles ils l'ont retenue. Les divers éléments objectifs et subjectifs relatifs au cas de cet assuré sont connus de part et d'autres par tous les examinateurs, seule la capacité de travail résiduelle diffère. Il s'agit donc d'une appréciation différente d'une même situation, le médecin du SMR estimant que les discordances entre le comportement spontané de l'assuré, l'amplification verbale et l'exagération caricaturale lors de l'examen clinique sont telles qu'elles lui font retenir un phénomène d'amplification des plaintes (exagération des

symptômes à but assécurologique). Or, contrairement à ce que soutient le Dr L. _____, la composante non-organique, soit l'amplification des plaintes, a parfaitement été prise en compte par les experts de la CRR pour l'établissement de la capacité de travail. C'est pourquoi la préférence doit être donnée aux experts de la CRR qui ont été mandatés à cet effet par l'administration, conformément à l'arrêt du TFA du 20 octobre 2004, qui a précisément requis un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Ainsi, les nombreuses limitations fonctionnelles admises par le SMR ne permettent manifestement pas au recourant d'exercer une

- 20 - quelconque activité à un taux de 100%. Au vu de ce qui précède, force est de constater que la décision AI ne pouvait se fonder sur le rapport médical du SMR pour écarter l'expertise pluridisciplinaire de la CRR et refuser des prestations d'invalidité au recourant. Le recourant présente donc conformément aux experts de la CRR une capacité de travail résiduelle de 60% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 4. a) Selon la décision de l'OAI et le courrier des J. _____ du 25 novembre 2005, W. _____ aurait perçu en 1999 un salaire annuel brut de 65'442 fr. sans invalidité. Son salaire avec invalidité dans une activité d'aide-concierge à un taux de 60% s'élèverait à 35'837 fr. comme le relève le recourant et le courrier précité des J. _____. Les experts ont relevé que le poste de travail en tant qu'aide-concierge à la gare de Lausanne, tel qu'aménagé en 1998 pour cet assuré par les J. _____, paraissait adapté. Toutefois, le recourant n'exerçait cette activité qu'à 50% et le chef du personnel des J. _____, dans son courrier du 25 novembre 2005, a relevé que le taux de rendement de 50% de W. _____ n'avait jamais été complet et qu'il n'y avait pas eu de possibilité de baisser son salaire en raison de l'affiliation à une convention collective de travail, de sorte que le revenu d'aide-concierge de l'intéressé devait très vraisemblablement comporter une part sociale. Au vu du questionnaire pour l'employeur du 17 juillet 2006 – dont il ressort en substance que W. _____ ne pouvait pas utiliser la cireuse, que nettoyer le sol avec une machine était à la limite de ses capacités, que le nettoyage des vitres n'était possible que jusqu'à sa hauteur et qu'il souffrait de trop de restrictions médicales pour être employé, même comme aide à la conciergerie – on retiendra que le recourant était limité dans plusieurs activités essentielles que requéraient son poste de travail. Dès lors, le salaire qu'il réalisait dans son activité d'aide-concierge ne peut être pris en compte pour déterminer son revenu d'invalidité. Il faut dès lors retenir un revenu avec invalidité dans toute activité adaptée et tenant compte des limitations du recourant, comme l'a fait l'OAI dans le projet de décision du 1er juin 2007 (ESS activité simple et

- 21 - répétitive), soit un revenu de 4'268 fr. par mois en 1998 compte tenu de la durée du temps de travail en 1998 (TF I 98/01 du 8 août 2001 consid. 4) et d'un abattement de 15 % - paraissant équitable au vu des circonstances (absence de formation, importance des limitations fonctionnelles et âge de l'assuré) – ce qui aboutit à un montant de 45'601.45 fr. En déduisant 40% pour tenir compte de la capacité de travail résiduelle du recourant, on retiendra un revenu d'invalidité de 27'360.87 fr. La comparaison des revenus sans invalidité (soit 65'442 fr.) et avec invalidité (soit 27'360.87 fr.) conduit à un degré d'invalidité de 58.2%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. A relever que ce résultat est identique si l'on déduit du revenu sans invalidité, valable pour 1999, l'évolution des salaires de 1998 à 1999 (+0.3%; TF I 774/01 du 4 septembre 2002 consid. 4b) afin de se baser sur un revenu valable en 1998, année de la comparaison des revenus. b) Partant, le recours est admis, en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février

1998 (art. 28 et 29 LAI; début de l'incapacité de travail le 24.02.1997 selon l'examen rhumatologique SMR du 23.06.2006). La conclusion principale du recourant étant admise, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la conclusion subsidiaire portant sur le droit à des mesures de réadaptation. 5. a) Le recourant a droit à des dépens dès lors qu'il obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). Le montant de ces dépens, en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr., doit être fixé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 46 LPA-VD ; 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter ces dépens, fixés en chiffres ronds incluant la taxe sur la valeur ajoutée (art. 7 al. 4 TFJAS), à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

- 22 - 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, le recourant obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public. L'avance de frais versée par le recourant lui sera restituée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision attaquée est réformée en ce sens que W. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 1998. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. La présidente : Le greffier :

- 23 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève (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 :

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