

VD_GERICHTE ZD08.030280 vom 16. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.030280

FR: VD_GERICHTE ZD08.030280 du 16 septembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.030280 del 16 settembre 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 515/08 - 467/2010 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 16 septembre
2010 _____ Présidence de Mme THALMANN Juges : Mme Rossier et M.
Zbinden, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : X. _____, à
Vallorbe, recourant, représenté par Me Karin Baertschi, avocate à Genève, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. X. _____ (ci-après: l'assuré), né le 20 décembre 1960, célibataire,
ressortissant portugais, travaillait en qualité de forestier- bûcheron pour l'entreprise
H. _____ SA, à Saint-Georges. Le 29 juin 1991 et le 23 septembre 1993, il a été victime
d'accidents occasionnant une entorse et une contusion du genou gauche, respectivement une
entorse au genou gauche. Ces cas ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse
d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Le 4 novembre 1994, 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), tendant à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et de
reclassement dans une nouvelle profession. Il se prévalait d'une déchirure du ménisque et
des ligaments croisés du genou gauche, se référant aux deux accidents précités. Selon les
renseignements sur le plan économique recueillis par l'OAI, l'assuré recevait un salaire
horaire de 28 fr. 44 en 1993 dans son activité de forestier-bûcheron pour l'entreprise
H. _____ SA. Il résulte de l'extrait du compte de l'assuré auprès de la caisse cantonale
vaudoise de compensation qu'en 1993 les revenus de l'assuré s'élevaient à 49'028 fr. de
février à novembre. Dans un rapport établi le 9 juillet 1996 par la division de réadaptation
de l'OAI, il est mentionné ce qui suit : "Sans atteinte à sa santé, M. X. _____ recevrait
une rétribution de Fr. 63'720.-- (ce montant a été déterminé sur la base d'un taux horaire de
Fr. 29.50) par an. Ces indications nous ont été communiquées par Mme K. _____, de
l'entreprise V. _____ à St- George, ex-employeur". Selon le questionnaire à l'employeur
signé le 13 janvier 1997, H. _____ SA a indiqué que le salaire de l'assuré s'élevait en
1993 à

- 3 - 49'000 fr. et qu'il s'élèverait à 50'000 fr. environ en 1997. L'horaire hebdomadaire de
travail était de 45 heures, 5 jours par semaine. Sur le plan médical, le 24 novembre 1993, le
Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indiquait la persistance de
douleurs au niveau de la partie postérieure de l'interligne externe du genou gauche avec
sensation de blocages. Il estimait une arthroscopie nécessaire, qui allait être effectuée le 2
décembre 1993, l'incapacité de travail étant de 100% depuis le 1er décembre 1993. Dans un
rapport du 2 décembre 1993, le Dr D. _____ diagnostiquait une lésion du LCA au
plafond, une dilacération du ménisque externe au niveau de la corne postérieure et du tiers
moyen du genou gauche, ainsi qu'une chondropathie stade II du plateau tibial externe. Ce

même jour, il a effectué une opération consistant en une résection des lambeaux dilacérés appartenant au LCA et une résection de la partie dilacérée du ménisque. Ce médecin a mentionné dans un rapport du 14 janvier 1994 que l'assuré allait reprendre le travail à 100% dès le 31 janvier 1994 et, dans un rapport du 19 février 1994, qu'une opération avait été programmée le 17 mars 1994, un arrêt de travail étant prescrit dès le 16 mars 1994, date de l'hospitalisation. Le 17 mars 1994, l'assuré, souffrant d'une instabilité antérieure chronique sur lésion du LCA, a subi une plastie du LCA selon Kenneth-Jones. L'assuré a effectué un stage à la clinique de réhabilitation de Bellikon du 27 juin au 29 juillet 1994. Dans un rapport de sortie du 9 août 1994, les médecins de cette clinique ont estimé que l'assuré n'avait aucune capacité de travail dans sa profession de bûcheron. Dans un rapport du 28 novembre 1994, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics de status après résection arthroscopique de la corne postérieure et du tiers moyen du ménisque externe du genou gauche le 2 décembre 1993 pour lésion du ménisque externe gauche au niveau de la corne postérieure, de status

- 4 - après plastie selon Kenneth-Jones du ligament croisé antérieur du genou gauche, le 17 mars 1994, une chondropathie stade II du plateau externe du tibia et un syndrome lombo-vertébral sur surcharge du membre inférieur droit. Il a retenu les incapacités de travail suivantes dans l'activité de bûcheron: 100% du 29 juin au 14 octobre 1991, 50% du 15 octobre au 1er décembre 1991, 25% du 2 au 9 décembre 1991 et 100% dès le 25 septembre 1993. Il a mentionné que des mesures professionnelles étaient indiquées dès que possible et qu'une activité ne devait pas comporter de charge sur le genou gauche. Dans un rapport de sortie du 16 mars 1995, les médecins de la clinique de réadaptation de Bellikon ont diagnostiqué une chondropathie du plateau tibial dans la région externe et rétropatellaire, un abaissement de la rotule à gauche, une arthrose du genou gauche avec limitation douloureuse de la mobilité et un syndrome lombo-vertébral. Ils ont retenu que l'assuré n'allait pas pouvoir reprendre sa profession de bûcheron en raison des séquelles de l'accident, qu'il n'était plus capable non plus de soulever et de porter des lourdes charges mais que, très alerte, il était tout à fait capable de passer à une activité en usine ou même d'entreprendre un recyclage dans le domaine électrotechnique. Ils ont également indiqué que le passage à un travail dans une usine en tant qu'aide-ouvrier conduisait à une baisse de salaire, raison pour laquelle il était recommandé d'examiner la question de la rente. Dans un rapport du 7 avril 1995, le Dr D. _____ a diagnostiqué une lésion du ligament croisé antérieur et du ménisque externe du genou gauche, une chondropathie stade II plateau tibial externe, un status après résection arthroscopique du ménisque externe lésé et un status après plastie du ligament croisé antérieur selon Kenneth- Jones le 17 mars 1994. Il a mentionné que le résultat de l'intervention de plastie était correct et qu'il fallait orienter le patient vers une activité moins lourde, l'incapacité de travail étant de 100% depuis le 17 mars 1994. Il a pronostiqué un état de santé stationnaire et décrit, comme activités adaptées, celles de chauffeur en mentionnant que l'assuré n'avait

- 5 - pas de permis poids lourds, des travaux de surveillance et du travail en usine pour autant qu'il ne portât pas de lourdes charges. Dans un rapport d'examen médical final du 28 avril 1995, le Dr S. _____, médecin d'arrondissement de la CNA et chirurgien FMH, a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 1/3 dans son ancienne activité et qu'elle était de 100% pour un travail adapté. Par décision du 9 avril 1997 la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un taux d'incapacité de gain de 25%, d'un montant mensuel de 951 fr., et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, s'élevant à 9'720 fr. Ce

prononcé a été confirmé par décision sur opposition du 26 novembre 1997, qui a notamment retenu ce qui suit: "[...] Sur ce point, l'ensemble des rapports médicaux au dossier s'accordent sur le fait que les séquelles accidentelles ne permettent plus la reprise de l'activité antérieure de forestier-bûcheron, ou alors dans une mesure quasi insignifiante au plan économique. Cela n'a cependant pas une invalidité totale pour corollaire. Les médecins de la Clinique de réadaptation de Bellikon (rapport du 16.3.1995), le médecin d'arrondissement auprès de la Suva Lausanne, le Dr S. _____ (rapport du 28.4.1995). ou encore le chirurgien traitant de M. X. _____, le Dr D. _____ (rapport du 1.10.1996), concluent tous à l'exercice d'une activité légère. Le Dr S. _____ précise en substance que dite activité peut s'exercer à pleins temps et rendement, pour autant qu'il ne s'agisse pas de marcher en terrain inégal sur des pentes ou des escaliers ou des échelles, ou de travailler en position accroupie ou agenouillée. Aucun indice concret au dossier ne laisse seulement supposer que l'on devrait s'écarter de l'opinion documentée du spécialiste en traumatologie de la Suva. Au plan économique, nul doute qu'un marché du travail équilibré permettrait à l'opposant, pour autant qu'il fît les efforts que l'on est en droit d'exiger de lui pour exercer une activité lucrative adaptée à son handicap, de réaliser un revenu annuel de l'ordre de frs 47'775.-. Cela ressort d'une part des conclusions motivées de l'Office AI pour le canton de Vaud du 9 juillet 1996. D'autre part, cela ressort des statistiques de l'OFIAMT pour 1993 déjà (enquête sur les salaires et traitements versés en octobre 1993), selon lesquelles le salaire moyen [...] versé en Suisse aux ouvriers semi- et non qualifiés s'élevait, mensuellement, à frs 4'584.- soit, annuellement, à frs 55'000.-, ce qui permet de considérer que le montant évalué par l'AI est équitable. Par ailleurs, il est établi que sans l'accident assuré, en 1996, l'opposant aurait pu réaliser, annuellement, un revenu de l'ordre de frs 63'720.-. La comparaison de ces revenus hypothétiques fait apparaître un préjudice économique de l'ordre de 25% de sorte que le taux de rente contesté tient compte de toutes les circonstances du cas".

- 6 - Du 1er décembre 1997 au 28 février 1998, dans le cadre de mesures de réadaptation de l'AI, l'assuré a effectué un stage d'observation au centre de formation U. _____. Dans un rapport du 10 février 1998, les responsables de ce centre ont retenu que les aptitudes mentales et manuelles de l'assuré permettaient d'envisager une réadaptation professionnelle et que l'état de santé de ce dernier était en évolution puisqu'il nécessitait un traitement en milieu hospitalier. Ils ont indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur les chances de réinsertion de l'assuré dont à court terme la capacité de gain était nulle. Le Dr G. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie à Lausanne, a été consulté par l'assuré en janvier 1998. Le 30 janvier 1998, ce spécialiste a retenu que d'un point de vue strictement objectif la situation de l'assuré n'était pas dramatique ni au plan rachidien ni au niveau du genou gauche et a proposé un programme de renforcement intensif de la musculature lombo-abdominale. Dans un travail adapté, par exemple de dessinateur en bâtiment, il a estimé que la capacité de travail était de 100 %. Suite à un séjour de trois semaines de l'assuré à l'unité rachis du service de rhumatologie du CHUV, dans un rapport du 26 juin 1998, le Dr F. _____, chef de clinique adjoint, a retenu les diagnostics de spondylolyse bilatérale de L5 avec antélisthésis stable stade II et de discopathie L5-S1 non neurocompressive. Vu l'absence d'une micro- instabilité et tenant compte de la prévalence des spondylolyses dans des sujets asymptomatiques et vu aussi le bilan fonctionnel rassurant à l'issue de ce séjour, ce médecin a relevé que la pathologie congénitale était tout à fait convenable avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée légère à moyennement lourde en évitant les mouvements répétitifs et stéréotypés. Le 9 décembre

1999, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles était refusé. L'OAI a considéré que l'intéressé avait une

- 7 - pleine capacité de travail et de gain dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il pouvait prétendre à un revenu moyen annuel brut de 45'240 fr. qui, comparé avec un revenu sans atteinte à la santé de 64'000 fr. dans l'activité de forestier-bûcheron, mettait en évidence un degré d'invalidité de 29 %. L'OAI a ajouté que des mesures professionnelles ne semblaient pas envisageables. Par décision du 4 février 2000, conforme au projet de décision ci-dessus, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. B. Le 10 mars 2000, X. _____ a recouru contre cette décision, concluant au renvoi du dossier à l'OAI pour statuer sur le droit à des mesures de reclassement professionnel, subsidiairement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 23 septembre 1993. A l'appui de ses conclusions, il a produit diverses pièces, dont des rapports et certificats médicaux attestant une incapacité de travail de 100%. Dans sa réponse l'OAI a conclu au rejet du recours, confirmant les motifs de la décision entreprise. Par jugement du 12 novembre 2001, le Tribunal des assurances a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a considéré que l'instruction du dossier sur le plan médical était lacunaire, dès lors que les activités médicalement compatibles avec l'état de santé de l'assuré et sa capacité de gain n'étaient pas déterminées, de sorte qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise auprès d'un centre d'observation médicale de l'AI (ci-après: COMAI) puis de se prononcer sur l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. C. L'assuré a été soumis à un examen rhumatologique et psychiatrique effectué par le COMAI de Lausanne en novembre 2002, en vue d'une expertise. Dans ce cadre, l'assuré a fait l'objet le 20 novembre 2002 d'une consultation de psychiatrie, effectuée par la psychologue

- 8 - N. _____, sous la supervision de R. _____, psychiatre, dont il ressort ce qui suit: "M. X. _____ est un homme de 41 ans, faisant son âge. Il parle le français avec un léger accent. Le contact n'est pas des plus aisés et illustre de manière probante la méfiance de l'expertisé envers son entourage; il répond à nos questions de manière très laconique, cherche à éviter d'entrer dans le détail de ses pensées intimes. A cet égard, sa position corporelle est également explicite; il garde les bras croisés pendant la plus grande partie de l'entretien, ne nous regarde pas dans les yeux, nous lance des regards à la dérobée. Une alliance avec l'expertisé est pour le moins ardue à construire. La symptomatologie de M. X. _____ s'inscrit dans les troubles du spectre de la schizophrénie, les manifestations paranoïdes étant à l'avant-plan. Lors d'une première décompensation en 1988, il dit avoir le sentiment que des membres de sa famille disent du mal de lui. Il consulte alors un psychiatre au Portugal qui lui permet de comprendre, dit-il, que le problème vient de lui. Dès lors, l'expertisé peut identifier l'émergence de ses symptômes et prendre de l'Haldol, qu'il stoppe après une semaine. A l'heure actuelle, les crises ont lieu environ 5 fois par an selon ses dires, dans ces moments, il a le sentiment que les personnes alentour parlent de lui; petit à petit, toutes les conversations viennent à le concerner en mal, il s'en sent gêné, il a le sentiment que les autres lui sont supérieurs et le peu d'estime qu'il a de lui-même chute alors drastiquement. Lorsqu'une recrudescence de ses symptômes paranoïdes survient, l'expertisé a recours à l'Haldol prescrit par son médecin traitant, après une semaine de traitement (2x 2.5 mg par jour), il dit se sentir mieux et stoppe la prise de neuroleptiques. Dans la vie quotidienne, la méfiance de l'expertisé à l'égard de son entourage s'exprime

d'une part par le fait qu'il n'a noué d'amitiés qu'avec des connaissances de son enfance qui ont également migré dans la région. D'autre part, par le fait qu'il a entretenu la plupart de ses relations amoureuses avec des femmes vivant au Portugal, il reconnaît par ailleurs avoir de la difficulté à se confier, même dans ses relations intimes. Plus le temps passe et plus il lui serait pénible de parler aux autres. S'il ose s'étendre sur ses douleurs somatiques, il ne peut confier sa souffrance psychique à son entourage de peur de se faire exclure de son groupe de pairs, de peur d'être "séparé". Cette peur illustre à quel point le fil qui le relie encore au monde des hommes est ténu; un rien semble pouvoir le rompre. Sa relation à la médication est également caractéristique d'un vécu paranoïde, puisque tant en ce qui concerne les anti-douleurs que l'Haldol, il dit se méfier de leur consommation; il aurait peur d'en faire un mélange fatal ou une overdose et d'en mourir. Il dit donc attendre, supporter la douleur le plus longtemps possible avant de se résoudre à prendre un médicament. Par ailleurs, notre suggestion

- 9 - de s'en référer à son médecin traitant pour le rassurer à ce propos le laisse dubitatif, voire franchement sceptique. Les symptômes négatifs du trouble schizophrénique sont fortement présents, avec aboulie, apragmatisme, isolation sociale, émoussement affectif. Comme il est fréquent dans un tel registre paranoïde, la thymie est d'allure franchement dépressive, avec anormie, anhédonie, sentiment d'épuisement et fort ralentissement. L'expertisé décrit également une plus grande susceptibilité, ainsi que certains symptômes de la lignée obsessionnelle-compulsive (tel que le besoin de vérifier qu'il a bien éteint la cuisinière, 1 à 2 fois par semaine). Quant aux plaintes somatiques, étant donné la présence d'un trouble psychiatrique sévère de la lignée schizophrénique, nous ne pouvons retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. L'importance de l'expérience douloureuse justifie néanmoins la mention, aux côtés du diagnostic de schizophrénie, de douleurs chroniques irréductibles. [...] M. X._____ a vécu une enfance marquée par la déprivation affective. Tout d'abord battu par une mère colérique dont son père ne pouvait le protéger, puis éloigné de sa famille pendant les mois d'école et subissant cette fois la violence des maîtres, M. X._____ n'a pas pu se construire de manière suffisamment solide. La symptomatologie de M. X._____ est d'allure sévère, s'inscrivant dans le spectre des troubles de la schizophrénie. Vécu sur un mode paranoïde, son rapport au monde est fortement altéré. Incapable de faire vraiment confiance à qui que ce soit, il ne peut partager sa souffrance et se replie toujours plus sur lui-même. Les symptômes négatifs du trouble schizophrénique — aboulie, apragmatisme, isolation sociale, émoussement affectif — ainsi que la méfiance paranoïde donnent de plus l'impression à son entourage d'un désintérêt et d'un manque de volition de la part de M. X._____. Les symptômes du trouble psychiatrique dont il souffre ont par conséquent également un impact sur l'attitude de ses interlocuteurs à son égard. La sévérité de la pathologie psychiatrique dont souffre M. X._____, qui conjugue une expérience douloureuse sérieusement ancrée et un vécu paranoïde important, avec toutes les répercussions comportementales que ce dernier implique, constitue une atteinte majeure à sa capacité de travail. Sa capacité de travail résiduelle ne peut actuellement être évaluée au-delà de 30%. Il serait naturellement souhaitable que M. X._____ puisse bénéficier d'un traitement psychiatrique soutenu et d'une médication régulière. Néanmoins, au vu de la nature de ses symptômes paranoïdes, l'accès à un tel traitement est problématique. A cet égard, la relation qu'il entretient avec son médecin traitant, le Dr Q._____, est une ressource indéniable. Dans cette situation, le médecin traitant semble être la personne la

- 10 - plus indiquée pour évaluer l'opportunité d'un suivi psychiatrique *lege artis*. Au vu de la sévérité du tableau clinique présenté par M. X. _____, le pronostic reste néanmoins très réservé". Dans leur rapport d'expertise du 26 juin 2003, les Desses T. _____, cheffe de clinique, et C. _____, cheffe de clinique adjointe, ont posé les diagnostics suivants: Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail - Schizophrénie paranoïde - Douleurs chroniques irréductibles - Gonarthrose modérée du genou droit dans le cadre d'un status après 3 entorses du genou et plastie selon Kenneth-Jones en 1994 - Lombalgies communes. Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail - Surcharge pondérale (BMI 31.2 kg/m²) - Troubles statiques dégénératifs modérés du rachis lombaire - Tendinopathie modérée de l'épaule droite - Hypertriglycémie et hyperuricémie Ces médecins ont ensuite retenu ce qui suit dans l'appréciation du cas: "Du point de vue global en tenant compte des avis rhumatologiques et psychiatriques, nous estimons la capacité de travail résiduelle actuellement à 30%. Effectivement, la pathologie psychiatrique semble fixée et ce à long terme; le pronostic est donc réservé. Du point de vue thérapeutique il apparaît souhaitable que M. X. _____ puisse bénéficier d'un traitement psychiatrique soutenu et d'une médication régulière. Néanmoins l'accès à un tel traitement reste problématique au vu de la nature même de ses symptômes paranoïdes. Dans cette situation c'est le médecin-traitant qui apparaît être la personne la plus indiquée pour évaluer l'opportunité d'un suivi psychiatrique *lege artis*. En résumé, si les gonalgies gauches et lombalgies ainsi que les douleurs de l'épaule restent plutôt modérées, c'est essentiellement au niveau de la pathologie psychiatrique que se situe l'essentiel des limitations à la reprise d'une activité professionnelle, avec diagnostic retenu de schizophrénie paranoïde. Il n'y a pas de contradictions majeures concernant les diagnostics et la capacité de travail découlant des diagnostics somatiques. L'aspect psychiatrique a semble-t-il été sous-estimé probablement en conséquence du type de pathologie psychiatrique. En effet, on se trouve face à un patient sur la défensive, révélant peu d'éléments personnels de lui-même, maintenant un grand flou par rapport à son

- 11 - histoire médicale et les procédures asséculo-logiques. Comme déjà dit, les symptômes négatifs du trouble schizophrénique (aboulie, apragmatisme, isolation sociale, émoussement affectif), en plus de la méfiance paranoïde donnent de plus l'impression à son entourage d'un désintérêt et d'un manque de volonté de la part de M. X. _____ et ont par conséquent un impact sur l'attitude de ses interlocuteurs à son égard. Cet impact peut expliquer les impressions de "manque d'engouement, ton désabusé", relevés par l'ORP et le Dr G. _____. Ce n'est parfois qu'à l'issue d'un entretien psychiatrique approfondi, de l'évolution au cours du temps, et le recoupement de certaines informations, qu'un tel diagnostic de schizophrénie peut être posé". En réponses aux questions de l'OAI, ces médecins ont retenu dans leur expertise que la capacité résiduelle de travail pouvait être évaluée à 30% au maximum et ce dans tous types d'activité professionnelle en raison de limitations psychiatriques, estimant que l'affection psychiatrique évoluait depuis probablement plus de dix ans, que la situation s'était décompensée probablement suite à l'accident de septembre 1993 et que l'incapacité actuelle de 70% remontait en tout cas à février 2000. Ils ont également retenu que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées, en raison de l'importance de la pathologie psychiatrique. S'agissant des limitations dues à l'atteinte à la santé, ces médecins ont indiqué la position de travail (debout, assis), les travaux lourds, la marche et la schizophrénie à type paranoïde, précisant sur ce dernier point que l'assuré devait pouvoir travailler avec un minimum de relations interpersonnelles. A la question de savoir s'il existait une ou des atteintes somatiques et

psychiques ayant valeur d'invalidité et permettent de s'écarter des conclusions de la CNA quant à la capacité de travail de l'assuré dans l'activité de bûcheron ou dans une autre activité adaptée, ces médecins ont répondu comme suit: "M. X._____ présente une perturbation psychiatrique avec diagnostic retenu de schizophrénie paranoïde, qui peut être qualifiée de sévère. Cette pathologie évolue de longue date probablement, en tous cas une quinzaine d'années, étant donné qu'il a déjà consulté un psychiatre au Portugal en 1988, qui a introduit un traitement de neuroleptique sous forme d'Haldol. La durée du trouble ainsi que son pronostic défavorable permettent de considérer la pathologie comme fixée. L'ensemble du tableau psychiatrique a donc selon nous clairement valeur de maladie au sens de l'AI et altère de

- 12 - manière tout à fait significative son fonctionnement social et professionnel. Les mesures thérapeutiques envisageables ont été discutées ci-dessus, et nous rappellerons qu'idéalement il devrait bénéficier d'un traitement psychiatrique soutenu ainsi que d'une médication régulière. Cependant en raison de la nature de ses symptômes paranoïdes l'accès à ce traitement apparaît problématique. Dans cette situation c'est son médecin-traitant qui semble être la personne la plus indiquée pour évaluer l'opportunité d'un suivi psychiatrique *lege artis*. Il est impossible de se prononcer sur la durée mais [nous] ne pouvons qu'insister sur le fait que le pronostic est tout à fait réservé". Cette expertise a été soumise à l'appréciation du Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans un avis médical SMR du 21 août 2003, les Drs M._____, psychiatre FMH, et B._____, spécialiste en médecine générale, ont relevé ce qui suit: "L'expertise du COMAI du 26 juin 2003 appelle les commentaires suivants, en particulier en ce qui concerne l'examen psychiatrique effectué le 20 novembre 2002 par Mme N._____, psychologue, sous la supervision du Dr R._____, psychiatre: 1. Sur le plan formel, le chapitre Observation contient beaucoup d'éléments anamnestiques et très peu de constatations cliniques. Les examinateurs relèvent une méfiance, une attitude non-verbale fermée (bras croisés, regard fuyant), mais aucun signe positif pour une schizophrénie paranoïde. Pour les experts du COMAI, l'assuré est collaborant, un peu sur la réserve. 2. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde, posé par les psychiatres consultants du COMAI, repose sur la notion anamnestique d'un trouble débutant en 1988 au Portugal, alors qu'il vient de subir une rupture sentimentale. Visiblement dépressif et en proie à des idées suicidaires, il se plaint alors d'avoir la sensation que les membres de sa famille disent du mal de lui. Il consulte un psychologue, puis un psychiatre, qui lui auraient permis "de comprendre que le problème vient de lui. Dès lors, l'expertisé peut identifier l'émergence de ses symptômes et prendre de l'Haldol, qu'il stoppe après une semaine". 3. Si la notion d'une tendance à la méfiance, à l'interprétativité et au concernement, peut éventuellement amener l'expert à évoquer des traits paranoïdes de la personnalité, le diagnostic de schizophrénie repose quant à lui sur des critères cliniques clairement établis dans le DSM-IV: A. Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement): 1. idées délirantes 2. hallucinations 3. discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)

- 13 - 4. comportement grossièrement désorganisé ou catatonique 5. symptômes négatifs, p. ex. émoussement affectif, alogie ou perte de volonté. B. [...] Dysfonctionnement social / des activités C. [...] Durée: des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. 4. De plus, la [notion même] de conscience morbide, permettant à l'assuré de reconnaître les signes de sa maladie et de se traiter, ne correspond en rien à l'état habituel

du schizophrène. Ce dernier est le plus souvent anosognosique, tendant à projeter son malaise sur le monde extérieur (ce sont les autres qui sont fous et pas moi ...) Le traitement par des neuroleptiques incisifs, tels que l'Haldol®, fait la plupart du temps l'objet d'après négociations entre le malade et ses thérapeutes. L'adhésion du patient à la prise d'une médication spécifique n'est pratiquement jamais un fait acquis. 5. La suppression en cinq jours de signes cliniques de la schizophrénie par la prise d'Haldol® en gouttes est en soi contradictoire d'un tel diagnostic. 6. Aucun des médecins qui a examiné l'assuré depuis 1993 n'a relevé le moindre signe parlant en faveur d'une schizophrénie paranoïde. Les responsables d'U. _____, pourtant spécialisés dans la réadaptation de patients psychiatriques lourds, n'ont à aucun moment constaté le moindre trouble psychique, au cours d'un long stage du 1er décembre 1997 au 28 février 1998. Toutes ces contradictions nous amènent à contester formellement le diagnostic posé par les psychologue et psychiatre consultants, sur lequel repose l'essentiel de l'expertise du COMAI. Celle-ci doit être considérée comme non probante, ses conclusions ne pouvant être retenues". L'OAI a alors mandaté le Dr J. _____, psychiatre FMH à Genève, qui a établi son rapport d'expertise le 29 juin 2004. Ce spécialiste y a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de douleurs chroniques, de gonarthrose modérée du genou droit et status après plastie selon Kenneth-Jones en 1994 suite à trois entorses, et de lombalgies communes. Il a indiqué ce qui suit au sujet de l'apparition des troubles: "Sur le plan psychique, les troubles de la personnalité datent probablement depuis l'adolescence. Pour le trouble dépressif récurrent je pense que l'on peut le situer depuis l'arrêt de son activité professionnelle. Pour les troubles physiques leur début se situe avec l'accident incriminé".

- 14 - Le Dr J. _____ a en particulier mentionné ce qui suit dans l'appréciation du cas: "L'assuré reconnaît avoir déjà souffert de la dépression (abattement, tristesse) suite à une déception sentimentale au Portugal en 1987 et a consulté à 2 reprises un psychologue. Il a eu alors l'impression que "l'on se moque de lui", et ce pour la première fois. Il pense que sa famille aurait semé la zizanie dans cette relation, il est alors devenu méfiant vis à vis d'autrui, même de ses proches. Il s'ensuit alors quelques allers-retours Portugal-Suisse, vu la persistance des symptômes, le patient voulant parler sa langue avec son thérapeute. C'est ainsi qu'il consulta en 1988 un psychiatre qui lui prescrivit de l'Haldol en gouttes et de l'Artane. Il n'a vu ce thérapeute qu'à deux reprises, l'on a parlé de sa "tendance paranoïaque", et aurait pris l'Haldol pendant un mois. Les symptômes disparus il arrête la médication de son propre chef. Il reconnaît que les relations avec les femmes sont pour lui problématiques; elles sont capricieuses, imprévisibles, incompréhensibles. En 1990 il a une liaison pendant presque un an avec une femme au Portugal, mais "elle l'a laissé tomber car sa mère n'était pas d'accord". En 1991, nouvelle crise toujours en rapport avec une problématique affective. Il se rend de nouveau au Portugal pour voir son [psychiatre], prend de l'Haldol. Il signale enfin une relation qui aurait duré 5 ans depuis 1996, toujours au Portugal mais [qui] n'a encore rien donné. "Il n'y avait pas de l'amour". En Suisse, donc, l'assuré n'est pas soigné psychiatriquement lege artis, c'est son généraliste qui lui prescrit l'Haldol lorsque le patient le consulte et c'est ce dernier qui procède à une sorte d'autothérapie-automédication en prenant occasionnellement ces gouttes en fonction de son état psychique. Par conséquent vu ce qui précède je suis d'accord avec les Drs M. _____ et B. _____ quand ils s'inscrivent en faux contre le diagnostic posé de schizophrénie paranoïde, tel qu'évoqué dans le rapport du 20.11.02 par Mme N. _____ supervisée par le Dr R. _____. Je diagnostique donc un trouble de l'humeur récurrent dont la gravité

actuelle est moyenne, chez une personnalité paranoïaque, diagnostic bien moins lourd - et tant mieux pour l'assuré - que celui de la Schizophrénie paranoïde. L'Haldol à doses réduites peut avoir un effet anxiolytique qui conviendrait au patient lorsque celui-ci, en proie du processus paranoïaque, s'isole et angoisse, tout en ayant, bien entendu, un effet antipsychotique puissant et bien connu. En conclusion, je dirais donc que le pronostic est bien moins sombre qu'initialement annoncé.

- 15 - B. Influence sur la capacité de travail [...] Limitations sur le plan psychique et mental L'assuré est un homme intelligent et nuancé. Il gère sa vie et fait face à ses problèmes de santé. Il pourrait suivre une thérapie psychologique en Suisse avec bénéfice, même dans sa langue, si telle est aussi sa volonté. Il est peut être partagé entre l'exemple de son frère aîné, aussi accidenté comme lui et au bénéfice d'une rente AI, et celui de son frère cadet, réadapté professionnellement comme sertisseur suite également à un accident professionnel et qui semble être très content de son sort. Naturellement on l'encouragera, vu ses capacités, vers la 2e voie. Sur le plan social Vu ce qui précède une reprise d'une activité professionnelle ne pourrait avoir qu'un effet favorable sur ses relations et contacts sociaux. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici. Impossibilité d'exercer sa profession de bûcheron. Le rapport d'U. _____ du 10.2.98 décrit parfaitement la capacité résiduelle et dans quelle mesure. Toutefois, ce rapport datant d'il y a plus de 6 ans, une nouvelle évaluation des capacités physiques vous paraîtrait peut être nécessaire. Sa capacité de travail dans sa profession de bûcheron est actuellement réduite de 70% suite à l'accident de septembre 93. Il n'y a pas d'évolution depuis lors. Sur le plan psychique, après la dissipation de l'épisode dépressif actuel, il n'y a pas à mon sens d'incapacité de travail. L'assuré pourrait alors exercer une activité adaptée à ses capacités physico- intellectuelles (dessinateur p. e). L'assuré est capable de s'adapter à un environnement professionnel, de préférence une petite équipe. C. Réadaptation professionnelle. Des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables. L'assuré a des ressources de s'habituer à un rythme de travail, progressivement, de s'intégrer et mobiliser ses ressources. L'assuré ne peut plus exercer sa profession de bûcheron et ce définitivement à cause des séquelles des accidents et des douleurs dorsales dues à des processus dégénératifs.

- 16 - Par contre il pourrait exercer une autre activité moins exigeante sur le plan physique telle que dessinateur, idée à laquelle il souscrit par ailleurs. Une autre activité peut être exercée entre 6-8 heures par jour, de préférence seul ou en petite équipe. Actuellement il y a diminution du rendement, l'assuré présentant un trouble de l'humeur de gravité moyenne, entretenu par sa situation d'attente, mais aussi par le fait que l'assuré n'est pas traité lege artis sur le plan psychiatrique (entretiens psychothérapeutiques, médication appropriée). La diminution du rendement actuellement est d'environ 30-40% dans une profession appropriée. Le pronostic me paraît assez favorable pour cet assuré, compte tenu de ses capacités et en ce qui concerne sa capacité de travail dans un poste approprié. Sa capacité de travail pourrait même être améliorée après la guérison du trouble de l'humeur". Par lettre du 6 décembre 2004 adressée au Dr B. _____ du SMR, le Dr J. _____ a précisé que la capacité de travail de l'assuré était actuellement de 75% ou six heures par jour. Le rapport du Dr J. _____ a été soumis à l'appréciation du SMR. Dans un avis médical du 6 décembre 2004, les Drs B. _____ et H. _____ ont indiqué ce qui suit: "Le rapport d'expertise du Dr J. _____, rendu en juin 2004, permet de retenir que l'assuré présente une personnalité paranoïaque et un trouble dépressif récurrent depuis 1993, épisode actuel moyen, avec une [capacité de travail] de 75% dans une activité adaptée. L'expert ne retient

pas le diagnostic de schizophrénie paranoïde posé lors du COMAI de 2003, mais annonce celui de personnalité paranoïaque, n'ayant pas de répercussion sur la [capacité de travail] et présent probablement depuis l'adolescence. La lecture attentive du parcours de vie de l'assuré retracé dans le rapport d'expertise et les conclusions de l'expert permettent effectivement de s'écarter du diagnostic de schizophrénie paranoïde pour laisser la place à la personnalité paranoïaque, affection effectivement nettement moins invalidante. Vient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10), qui est étayé par un test ICD 10 selon Kapitel. V, qui remonterait à l'arrêt de l'activité professionnelle, qui permettrait de travailler de 6 à 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 30 à 40% dans une activité adaptée. Le trouble dépressif persiste, selon l'expert, en raison de la situation d'attente et par absence de traitement adéquat. A l'extinction du trouble dépressif, il n'y a pas d'[incapacité de travail] au plan psychique.

- 17 - Dans un courrier complémentaire daté du 06.12.2004 faisant suite à ma demande de préciser la [capacité de travail] médicalement exigible, le Dr J. _____ admet une [capacité de travail] de 75% ou 6 heures par jour, et c'est cette exigibilité que nous retiendrons. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes: travail en équipe moyenne à grosse; anxiété; relations en groupe; interprétativité; troubles de l'humeur. On recherchera une activité de type sédentaire, plutôt dans une petite équipe, permettant d'éviter les confrontations. Dans le rapport du COMAI de 2003, on retrouve (p. 21, 2ème alinéa) les éléments dépressifs évoqués par le Dr J. _____, mais qui n'ont pas été intégrés dans un diagnostic de trouble dépressif, puisque celui-ci n'a pas été retenu. Ces éléments de la p. 21, 2ème alinéa, viennent renforcer le diagnostic posé par le Dr J. _____. Toujours dans le rapport du COMAI 2003, on ne retrouve pas d'appréciation de la [capacité de travail] au seul plan somatique; toutefois nous pouvons estimer qu'elle est entière dans une activité adaptée (voir avis Dr G. _____ 1998 et Dr F. _____ 1998, qui admettent tous deux une pleine [capacité de travail] dans une activité adaptée) en raison d'une part des atteintes somatiques: gonarthrose modérée du genou D post-traumatique et lombalgies communes dans le cadre de troubles dégénératifs modérés, et d'autre part de l'absence d'évolution entre l'appréciation des Dr G. _____ et F. _____ en 1998 et celle du COMAI de 2003. Pour mémoire, je rappelle l'analyse fouillée que le Dr M. _____ a rendue en date du 21.06.2003 sur le diagnostic psychiatrique posé dans le rapport du COMAI de 2003, et qui ne permettait pas de retenir le diagnostic de schizophrénie paranoïde". L'assuré a effectué un stage d'observation professionnelle au COPAI à Yverdon-les-Bains du 17 mai au 10 juin 2005. Dans leur rapport du 23 juin 2005, les responsables du COPAI ont notamment mentionné ce qui suit : "Au terme de l'examen, notre équipe d'observation arrive à la constatation que M. X. _____ démontre des limitations claires au niveau des atteintes physiques. Dès lors, les activités sollicitant des ports ou déplacements de charges lourdes, la marche sur un terrain inégal, les positions debout prolongées, en porte-à-faux, basses, ainsi que les rotations répétées du tronc et de la tête sont contre- indiquées. Par contre, au niveau du comportement et des performances qualitatives et quantitatives nous sommes plus mitigés. En effet, le côté labile de l'assuré peut être un frein à la réorientation. Forts de ces constats, il est évident que l'activité de bûcheron n'est plus possible et qu'une activité adaptée face à un établi devrait lui permettre de trouver un meilleur confort et des performances accrues. Toutefois, nous observons que, confronté à de telles activités adaptées, ses performances sont très fluctuantes tant sur le point qualitatif que quantitatif, avec des rendements

- 18 - passant de 18% à proches de la norme, la norme ne pouvant pas être atteinte en raison d'une part des limitations physiques, mais aussi en raison de son mal être psychique. Afin que cet homme puisse au mieux se réorienter, il est important de trouver un emploi dans une petite structure avec un responsable faisant preuve de pédagogie et en qui M.

X._____ puisse avoir confiance. 6. Conclusion En conclusion nous sommes d'avis que M. X._____ peut être actif toute la journée avec un rendement de 70% dans des activités de montage à l'établi, petite soudure, câblage de tableaux privilégiant la position assise. Toutefois, il est important de tenir compte des difficultés psychiques de M. X._____ qui peuvent être un frein à la réorientation. Afin, que cette démarche puisse avoir des chances réelles de réussite, l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une aide au placement, ainsi que d'une période d'entraînement à l'effort et d'une formation pratique directement sur le lieu de travail. 7. Opinion de l'assuré La séance de bilan interne a eu lieu le 16.06.2005 [...]. La discussion et les conclusions de ce rapport sont lues et expliquées à l'assuré. Il exprime sa crainte à tenir l'horaire complet et à entrer dans un nouveau rythme de vie, mais est d'accord de collaborer avec les intervenants de l'Al qui vont l'aider à rechercher un poste adapté à sa problématique". A ce rapport a été joint celui du 13 juin 2005 du Dr L._____, médecin-conseil au COPAI, dont il résulte notamment ce qui suit: "M. X._____ est un portugais de 45 ans, qui, malgré une scolarité prolongée, a travaillé comme bûcheron dans son pays et en Suisse. Suite à plusieurs entorses du genou gauche, M. X._____ a arrêté son travail en 1994 et ne l'a pas repris par la suite. Il a eu une observation de 3 mois à l'U._____ mais pas d'autre travail pendant cette longue période d'inactivité. Sur le plan médical, les plaintes de M. X._____ sont, somme toute, relativement modestes. Elles concernent son genou, le rachis lombaire et cervical et consistent en douleurs à la charge, à la marche et à la position statique prolongée. L'examen physique est peu perturbé. Nous retenons aussi des signes de non-organicité selon Waddell. L'état physique actuel de M. X._____ ne permet pas de comprendre, selon nous, un arrêt de travail total depuis plus de 10 ans. Dans le dossier mis à notre disposition, on trouve toute une discussion psychiatrique entre le COMAI, le SMR et l'expert psychiatre. Pour les premiers, M. X._____ souffre d'une schizophrénie paranoïde; pour les seconds, d'une personnalité paranoïaque et d'un état dépressif de degré moyen. La capacité de travail sur le plan physique et psychique retenu est de 75% dans une activité adaptée étant entendu que les troubles physiques

- 19 - empêchent maintenant le travail de bûcheron. Nous rejoignons tout à fait cette évaluation. A l'atelier, on constate surtout un rythme irrégulier, haché par de nombreuses pauses, sorties à l'extérieur, avec un tabagisme important, des pauses prolongées devant l'ouvrage à la place de travail, des changements de position nombreux. La gestuelle est assez habile, la qualité satisfaisante à bonne, mais les rendements vont de 18 à 80% en lien avec le comportement irrégulier et peu assidu de cet homme. Nous notons aussi une mauvaise intégration dans le groupe et même l'évitement des autres stagiaires. Au terme de ce stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. X._____ conserve une capacité de travail de l'ordre de 70% dans un plein temps, telle que retenue par le SMR. Sur le plan physique, M. X._____ est tout à fait apte à des travaux de câblage, des travaux à l'établi, à de la production sur machines, à du montage. Le travail doit être léger à moyennement léger et autoriser les changements de position. Notre souci pour M. X._____ vient de son comportement peu social et irrégulier qui nécessite que la place de travail soit encadrée, mais que ce cadre soit plutôt soutenant et pédagogique que rigide et contraignant". Du 5 septembre au 2 décembre 2005, l'assuré a effectué un nouveau stage au sein de

A. _____, à Yverdon-les-Bains, dans le but d'un réentraînement au travail dans les tâches de montage/assemblage et occasionnellement petites soudures. Un rapport intermédiaire du 10 janvier 2006 de l'OAI a mentionné que l'assuré avait démontré de bonnes aptitudes pour les travaux fins et que son rendement avoisinait les 60% à 70%, puis a suggéré un stage en entreprise afin d'observer les compétences de l'intéressé comme ouvrier polyvalent. Un bilan de stage a été établi par A. _____ le 12 janvier 2006, mettant en évidence les remarques suivantes: L'assuré a fourni des prestations excellentes faisant valoir finesse d'exécution et capacité d'autocontrôle des travaux qu'il effectuait. Après initiation aux différentes opérations ainsi qu'un temps d'adaptation, son rendement a passé d'un taux moyen de 45% à un taux oscillant entre 60 et 70%, ce taux étant susceptible d'évoluer dès lors que le maintien en activité (réentraînement au travail plus soutenu) et l'acquisition d'une certaine "routine" devaient sans autres contribuer à l'accroissement de sa rapidité d'exécution. Les responsables du stage ont estimé que l'intéressé pouvait retrouver une activité légère dans l'économie (opérateur sur travaux fins par exemple) tenant compte de ses limitations liées à son handicap (position debout pas

- 20 - au-delà d'une demi-journée, résistance face au port de charges non testée lors du stage, rendement réduit). Ils ont indiqué qu'une prolongation de la mesure sous forme de stage en entreprise était judicieuse, une observation en milieu industriel où le rythme de travail est soutenu étant probablement de nature à optimiser le taux de rendement de l'intéressé, celui-ci ayant tendance à s'adapter au rythme ambiant, naturellement moins poussé que dans l'économie privée. Les responsables du stage ont enfin relevé que l'assuré n'avait pas eu de problèmes relationnels et que malgré sa préférence au travail individuel, il s'était bien intégré à l'équipe tout en restant discret. Courant 2007, l'assuré a travaillé en qualité d'aide-mécanicien pour le compte de W. _____ SA. Le 3 mai 2007, cet employeur a écrit à l'OAI qu'après quelques mois d'activité dans sa société, l'assuré était arrivé au maximum de ses possibilités, ses aptitudes limitées ne permettant pas d'entrevoir une évolution positive. Il a estimé toutefois que celui-ci pouvait travailler dans une société similaire mais dans un secteur moins exigeant. Dans un rapport final du 29 mai 2007, la division administrative de l'OAI a notamment indiqué ce qui suit : "Nous nous référons à notre dernier rapport du 1er décembre 2006 qui préconisait une prolongation de la mesure de formation de notre assuré auprès de l'entreprise W. _____ SA à Vaulion. Rappelons que les rendements évalués en centre chez A. _____ (cf. rapport du 12 janvier 2006) étaient situés entre 60 et 70%, avec un taux moyen de 45%. Après un bilan sur place en entreprise le 16 octobre 2006 (cf. notre rapport du 25 octobre 2006), le rendement de l'assuré est d'à peine 50%. Aux dernières nouvelles, selon M. P. _____, directeur de l'entreprise, ce dernier est prêt à engager notre assuré tout en précisant que son rendement moyen se situe entre 30 et 40%, soit 35% de moyenne sur une journée complète. Le salaire convenu est de Sfr. 1'400.- x 13 mensualités, soit Sfr. 18'200.- (RI) dès le 20 mai 2007. A titre indicatif, le salaire pour un rendement plein serait de Sfr. 4'000.-/mois. Selon l'avis SMR du 6 décembre 2004, l'exigibilité médicale est fixée à 75%. En fait, il n'y a pas eu de progression dans le rendement, mais M. X. _____ est un employé toujours à l'heure et toujours présent, sur qui on peut compter. Certes, il ne noue pratiquement aucun contact avec les collègues mais exécute son travail sans se poser de

- 21 - questions. D'ailleurs, il réalise des tâches que des personnes qualifiées souhaitent bien souvent déléguer. Selon le rapport employeur du 13 janvier 1997, notre assuré gagnerait environ Sfr. 50'000.- en 1997. Actualisé à 2007, ce montant passe à Sfr. 56'360.- (RS).

Précisons que selon la CCT en vigueur dans la branche en 2007, un ouvrier forestier gagne Sfr. 3'504.- x 13 mensualités, soit Sfr. 45'552.-. En prenant comme RS le salaire actualisé de l'employeur, cette solution est en faveur de l'assuré. Ce que l'on peut dire aussi c'est que les CCT proposent des salaires minimaux. Apparemment, il était bien mieux payé que les salaires recommandés. De la comparaison de gains résulte un préjudice économique important qui n'a pas pu être réduit de manière significative par des mesures professionnelles. Toutefois, au vu des troubles de l'assuré, un engagement dans l'économie, dans une entreprise proche de chez lui, reste la meilleure solution. De notre côté, notre intervention n'étant plus justifiée, nous archivons ce dossier et vous laissons le soin d'y donner la suite qui convient (droit à la rente)". Le 13 juin 2007, l'entreprise W. _____ SA a remis à l'OAI une copie du contrat de travail de l'intéressé, attestant un salaire brut de 1'400 fr. plus une prime annuelle de 1'400 fr., à raison de 42 heures par semaine. Dans un projet de décision du 26 mars 2008, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'intéressé présentait des problèmes de santé et avait dû cesser son activité lucrative depuis le 16 mars 1994. Sur la base de l'enquête suisse sur la structure des salaires pour 1995 (calculé pour 1994, avec le renchérissement pour 1995) dans des activités simples et répétitives dans le secteur privé, il a retenu un salaire d'invalidité de 37'442 fr. 43, compte tenu d'une diminution de rendement de 25% et d'un abattement de 5%. En comparaison avec un revenu sans invalidité de 50'410 fr. que l'assuré aurait perçu en 1995 dans son ancienne activité, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 25.72%, ne donnant pas droit à une rente. L'OAI a relevé que le droit à des mesures de reclassement était ouvert, lesquelles avaient été mises en place par un stage au COPAI, au centre A. _____, puis en entreprise, ce dernier ayant débouché sur un

- 22 - engagement, lequel n'avait malheureusement pas permis à l'assuré de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail. Le 29 avril 2008, par son mandataire, l'assuré a contesté ce projet de décision, se prévalant notamment d'une diminution de rendement de 35% et arguant du fait que la comparaison des revenus devrait être réactualisée en 2007, conformément au rapport final de l'OAI du 29 mai 2007. Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à la rente d'invalidité et indiqué que des mesures de reclassement avaient déjà été ordonnées. Il s'est référé aux mêmes motifs que ceux figurant dans le projet de décision du 26 mars 2008. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a donné les explications suivantes au mandataire de l'assuré: "S'agissant du rendement de notre assuré tout d'abord, il a effectivement été évalué à 35 % par son employeur actuel; ce rendement très faible est toutefois en contradiction avec le reste du dossier et ne peut être expliqué par l'atteinte à la santé uniquement. Au plan médical, la capacité de travail est jugée entière dans une activité adaptée d'un point de vue purement somatique; en revanche une baisse de rendement de 25 % sur un plein temps est admise au plan psychiatrique sur la base d'une expertise effectuée en juin 2004. Nous relevons que l'expert parlait même d'une amélioration possible après traitement de l'état dépressif et reprise du travail. Cette évaluation a par la suite été confortée par un stage d'observation professionnelle d'un mois au COPAI, en 2005, lequel concluait à une capacité de travail complète mais avec un rendement de l'ordre de 70 %. Un stage de réentraînement au travail a ensuite été effectué chez A. _____, à 100 %, où le rendement de M. X. _____ a passé de 45 % à 60-70 %, taux en outre susceptible d'augmentation sur la durée. L'actuel employeur de votre client indique lui-même dans un courrier du 3 mai 2007 qu'il considère que ce dernier pourrait travailler (sous-entendu, avec un rendement supérieur) dans une entreprise similaire, mais dans un secteur moins exigeant que le sien. Compte tenu de ce qui

précède, nous sommes obligés de considérer que notre assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle dans son poste actuel, et ne pouvons par conséquent nous écarter de l'évaluation médicale du cas, soit d'une exigibilité de 75 % dans une activité adaptée; les rendements

- 23 - modestes constatés dans l'emploi actuel ne sont pas à mettre en lien avec l'atteinte à la santé mais avec des facteurs extra-médicaux et/ou des tâches inappropriées à ses capacités. En ce qui concerne l'année du calcul de la perte de gain, la jurisprudence précise que le moment déterminant pour effectuer la comparaison des revenus est le début du droit potentiel à la rente, sauf si une modification significative des données à considérer est intervenue postérieurement. En l'occurrence, l'incapacité de travail de longue durée ayant débuté le 16 mars 1994, le droit à la rente aurait pu s'ouvrir en mars 1995, et c'est donc à juste titre que le calcul de la perte de gain a été effectué sur la base des données de l'année 1995, tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité. D'autre part, ces deux revenus devant être indexés de manière identique, le pourcentage de la perte de gain reste le même jusqu'à aujourd'hui". D. Par acte du 8 octobre 2008, X. _____ recourt contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, concluant avec dépens à l'annulation de celle-ci, à l'octroi d'une rente d'invalidité de trois quarts, fondée sur un degré d'invalidité minimum de 60%, et au renvoi du dossier à l'OAI afin qu'il statue dans le sens des considérants. Subsidiairement, il conclut à ce qu'il puisse apporter par toutes voies de droit la preuve des faits qu'il allègue. Sur la base du rapport du Dr J. _____ et du résultat des mesures professionnelles, dont l'OAI n'était pas fondé à s'écarter, il se prévaut d'un rendement effectif de 35 ou 40%, s'écartant ainsi de celui de 75% retenu dans la décision attaquée. Il relève que l'OAI s'est écarté à tort des conclusions du rapport final du 29 mai 2007 de la division administrative de l'OAI, qui avait retenu un préjudice économique important. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 50'410 fr. et d'un revenu d'invalidité de 17'473 fr. 15, respectivement 19'969 fr. 35, il allègue que son degré d'invalidité s'élève à 65.33%, respectivement 60.38%, lui ouvrant droit à un trois quarts de rente. Dans sa réponse du 1er mars 2010, l'OAI conclut au rejet du recours, en se référant à ses précédentes écritures. E. Le dossier de l'assuré auprès de la CNA a été produit.

- 24 - E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'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 a été déposé en temps utile, le 8 octobre 2008. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause (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

- 25 - 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 un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). 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). 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

- 26 - 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 (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 ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare

entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalidité est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.1). Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et

- 27 - des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises, selon la jurisprudence, que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_439/2009 du 30 décembre 2009 consid. 5.1). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 114 V 313 consid. 3a; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_532/2007 du 28 mars 2008 consid. 2.2.1). Le montant obtenu en se fondant sur l'ESS doit encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc; TFA I 673/03 du 10 décembre 2004 consid. 4.2).

- 28 - 3. Dans la décision attaquée, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, ce qui est précisément contesté par le recourant. S'agissant des troubles physiques, il résulte de l'ensemble des rapports médicaux que le recourant ne peut plus travailler dans son ancienne activité mais que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. L'expertise effectuée par le COMAI ne montre pas d'évolution défavorable de la capacité de travail du recourant sur le plan physique, retenant que si les gonalgies gauches et lombalgies ainsi que les douleurs de l'épaule restent plutôt modérées, c'est essentiellement au niveau de la pathologie psychiatrique que se situe l'essentiel des limitations à la reprise d'une activité professionnelle, avec diagnostic retenu de schizophrénie paranoïde (expertise du 26 juin 2003). Le Dr L. _____, qui a examiné le recourant au cours d'un stage, estime également

que les plaintes du recourant sont, somme toute, relativement modestes et qu'elles concernent son genou, le rachis lombaire et cervical et consistent en douleurs à la charge, à la marche et à la position statique prolongée, l'examen physique étant peu perturbé (rapport du 13 juin 2005). Il apparaît dès lors que le recourant a une capacité de travail entière sur le plan physique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'activités sollicitant des ports ou déplacements de charges lourdes, la marche sur un terrain inégal, les positions debout prolongées, en porte-à-faux, basses, ainsi que les rotations répétées du tronc et de la tête). 4. Sur le plan psychique, le recourant, se référant à l'expertise effectuée par le Dr J. _____, se prévaut d'une capacité de travail de 75% avec une baisse de rendement de 30 à 40% dans une activité adaptée. Il ajoute que sur la base du résultat des mesures professionnelles, son rendement se situe entre 35 et 40%. Il en conclut que le taux de 75% de capacité de travail retenu par l'OAI n'est confirmé ni par l'évaluation

- 29 - médicale ni par les constatations effectuées lors des mesures de réadaptation professionnelles. a) S'agissant des diagnostics, les experts du COMAI se réfèrent à une schizophrénie paranoïde entraînant une incapacité de travail de 70%. Dans leur avis médical du 21 août 2003, les Drs B. _____ et M. _____ contestent ce diagnostic, estimant que l'expertise du COMAI est dénuée de valeur probante dès lors notamment que les experts n'ont relevé aucun signe positif pour une schizophrénie paranoïde, que la notion de conscience morbide, permettant à l'assuré de reconnaître les signes de sa maladie et de se traiter, ne correspond pas à l'état habituel du schizophrène, que la suppression en cinq jours de signes cliniques de la schizophrénie par la prise d'Haldol® en gouttes est en soi contradictoire d'un tel diagnostic et qu'aucun des médecins ayant examiné l'assuré depuis 1993 n'a relevé le moindre signe parlant en faveur d'une schizophrénie paranoïde. Dans son expertise, le Dr J. _____ se rallie à l'appréciation des médecins du SMR, ne retenant pas le diagnostic de schizophrénie paranoïde, mais ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et de personnalité paranoïaque, ce dernier diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. Pour les motifs évoqués par les médecins du SMR auxquels se rallie l'expert, il y a donc lieu d'écarter les diagnostics et conclusions du COMAI sur le plan psychiatrique et de retenir les diagnostics posés par le Dr J. _____. b) En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr J. _____ indique que la reprise d'une activité professionnelle ne pourrait avoir qu'un effet favorable sur les relations et contacts sociaux du recourant. Après la dissipation de l'épisode dépressif actuel, il estime qu'il n'y a pas d'incapacité de travail (p. 9 de l'expertise). En revanche l'expert mentionne (p. 10) que le recourant ne pouvant plus exercer la profession de bûcheron pour des raisons physiques une autre activité peut être exercée entre 6-8 heures par jour, de préférence seul ou en petite équipe. Il relève qu'actuellement il y a diminution du rendement d'environ 30-40%

- 30 - dans une profession appropriée, le recourant présentant un trouble de l'humeur de gravité moyenne, entretenu par sa situation d'attente, mais aussi par le fait que l'assuré n'est pas traité lege artis sur le plan psychiatrique. Il pronostique que la capacité de travail du recourant dans un poste approprié pourrait être améliorée après guérison du trouble de l'humeur. L'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail du recourant apparaît ainsi contradictoire. Toutefois, dans un courrier du 6 décembre 2004 valant complément de son expertise, le Dr J. _____ précise que la capacité de travail actuelle du recourant, c'est-à-dire compte tenu de l'épisode dépressif, est de six heures par jour ou de 75%, ce qui lève toute contradiction. On précisera que six heures par jour équivalent à 75% de 8 heures par jour. L'expert considère ainsi qu'une activité à plein temps équivaut à 8 heures par jour,

soit 40 heures par semaine, ce qui n'est pas le cas comme le retient à juste titre l'OAI qui tient compte de 41.9 heures par semaine (La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2). On doit donc retenir que la capacité de travail est bien plutôt de 70%. C'est d'ailleurs ce taux qui est retenu par les responsables du COPAI dans leur rapport du 23 juin 2005 et par le Dr L. _____ dans son rapport du 13 juin 2005. De même, les responsables de A. _____ retiennent dans leur rapport du 12 janvier 2006 un taux oscillant entre 60 et 70%, ce taux étant susceptible d'évoluer dans le sens d'un accroissement de la rapidité d'exécution. Certes, le rendement du recourant chez W. _____ SA est nettement inférieur mais cet employeur mentionne que le recourant pourrait avoir un rendement supérieur dans une entreprise n'ayant pas les mêmes exigences. En outre, les observations de l'employeur quant au rendement du recourant ne sauraient l'emporter sur les avis concordants de tous les autres intervenants, médecins ou responsables de stage pour lesquels il est usuel d'évaluer la capacité de travail. Enfin, vu sa relation avec son employé, l'employeur est susceptible de ne pas avoir toute l'objectivité nécessaire. c) En conséquence, il y a lieu de retenir une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du

- 31 - recourant, ceci dès le 16 mars 1994, début de sa longue incapacité de travail comme le retient l'OAI dans la décision attaquée. 5. Sur le plan économique, l'OAI a, conformément à la jurisprudence, procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. Elle a pris pour année de référence 1995 à juste titre. En effet, l'incapacité de travail ayant débuté en 1994, le droit à la rente est ouvert en 1995, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI). a) En ce qui concerne le salaire sans invalidité, l'OAI retient le montant de 50'410 fr. Certes, dans le questionnaire signé le 13 janvier 1997, l'employeur H. _____ SA déclare que le salaire du recourant s'est élevé en 1993 à 49'000 fr. et qu'il s'élèverait à 50'000 fr. environ en 1997. Toutefois, le 9 juillet 1996, la division de réadaptation de l'OAI fait état d'un entretien téléphonique avec l'employeur selon lequel, sans atteinte à sa santé, le recourant recevrait une rétribution de 63'720 fr. C'est ce montant que la CNA a pris en compte dans sa décision du 26 novembre 1997. Il résulte d'ailleurs du dossier de la CNA où figurent les relevés de salaires du recourant (extrait du livre de paie, pièce 82) qu'il est impossible d'établir un gain annuel selon les critères habituels pour ce genre de travailleur à la tâche, le prix de l'heure variant selon les coupes et l'entreprise n'étant pas en mesure d'indiquer les heures effectuées par jour (rapport de E. _____ du 4 décembre 1996). C'est en outre le montant de 64'000 fr. qui a été pris en compte par l'OAI dans sa première décision du 4 février 2000. Si l'on se réfère à l'extrait du compte de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation, on constate qu'en 1993, les revenus du recourant se sont élevés à 49'028 fr, ce qui correspond à ce qu'a déclaré l'employeur dans le questionnaire, mais ce revenu porte sur la période de février à novembre 1993, soit sur dix mois. Ainsi, si le recourant avait travaillé 12 mois en 1993, ses revenus se seraient élevés à 58'833 fr. 60. Il apparaît ainsi, au stade de la vraisemblance prépondérante, que c'est le chiffre annoncé par l'employeur le 9 juillet 1996, soit 63'720

- 32 - fr. pour cette année, qui apparaît le plus plausible et qui doit être retenu en le réduisant de 1.3% (taux d'indexation des salaires nominaux en 1996: 828 fr. 36), le revenu sans invalidité étant dès lors de 62'891 fr. 65. b) Quant au revenu avec invalidité, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur l'ESS 1994, indexé en 1995, soit 52'550 fr. 78. Il y a toutefois lieu de réduire ce montant de 30%, puisqu'une capacité de travail de 70% a été retenue, ainsi qu'on l'a vu plus haut (consid. 4b ci-dessus). En outre, l'OAI a retenu un abattement de 5% du revenu d'invalidité, ce que semble contester le recourant. Dans le cas présent, les

limitations fonctionnelles du recourant sont les suivantes : pas d'activités sollicitant des ports ou déplacements de charges lourdes, la marche sur un terrain inégal, les positions debout prolongées, en porte-à-faux, basses, ainsi que les rotations répétées du tronc et de la tête. Il doit pouvoir en outre exercer cette activité de préférence seul ou dans une petite équipe. Compte tenu du handicap du recourant, de son taux de capacité de travail, de ses limitations tant physiques que psychiques, une réduction de 5% du revenu d'invalidité est nettement insuffisante. En revanche une réduction de 20% apparaît adéquate. c) Ainsi, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 62'891 fr. 65 et d'un revenu d'invalidité de 29'428 fr. 44 (tenant compte d'un salaire selon l'ESS 1995 de 52'550 fr. 78, d'une capacité de travail de 70% et d'un abattement de 20%), le degré d'invalidité se monte à 53.21%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. On relèvera que le résultat est le même si l'on détermine le revenu sans invalidité sur la base du montant de 58'833 fr. 60 (consid. 5a ci-dessus) selon l'extrait du compte de l'assuré auprès de la caisse cantonale vaudoise de compensation, calculé sur douze mois et en tenant compte de l'évolution des salaires de 1993 à 1995. 6. Partant, le recours doit être admis dans son principe, la décision rendue le 5 septembre 2008 par l'OAI devant être réformée en ce

- 33 - sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mars 1995. 7 a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA- VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. b) Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 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), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, au vu du dossier, il y a lieu de fixer ces dépens à 2'000 fr. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée au recourant X._____ dès le 1er mars 1995.

- 34 - III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant X._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Le présent arrêt est rendu sans frais. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Karin Baertschi, avocate à Genève (pour X._____) - 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.