

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mai 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Neu et Berthoud, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

M. _____, à Juriens, recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA; 4, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Titulaire d'un CFC de menuisier obtenu en 1964, M. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né le 29 juillet 1945, a exercé cette profession à plein temps en tant qu'indépendant dès l'obtention de son diplôme. Le 30 octobre 2003, l'assuré a été victime d'un accident: en travaillant sur un chantier, une cage d'escalier en construction s'est effondrée sous son poids provoquant une chute d'environ 4 m. Souffrant d'une fracture du calcaneum gauche et du cadre obturateur droit ainsi que d'une fracture costale droite, troisième et quatrième arc costal, l'assuré a séjourné dans divers établissements hospitaliers du jour de l'accident jusqu'au 24 décembre 2003. Il n'a pas repris d'activité professionnelle à la suite de cet accident.

Le 29 juin 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI ou l'intimé), sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 12 juillet 2004 destiné à l'office AI, la Dresse D. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a mentionné, outre les fractures déjà citées, une arthrose pérित्रапéзienne du pouce gauche existant depuis quelques mois et affectant la capacité de travail de l'intéressé. Tout en relevant la difficulté d'établir un pronostic, elle était d'avis qu'il ne pourrait probablement plus retravailler dans sa profession.

Le 23 juillet 2004, le Dr L. _____, médecin associé à l'Hôpital N. _____, a fait parvenir à l'office AI un rapport médical dans lequel il a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail complète dès le 30 octobre 2003 dans la profession exercée. Il a cependant admis qu'une activité sédentaire exercée principalement en position assise pourrait être envisagée à temps complet, soit huit heures par jour.

Une enquête économique pour les indépendants a été réalisée le 12 avril 2005. Dans leur rapport du 27 avril suivant, les enquêteurs ont calculé le revenu sans atteinte à la santé en se fondant sur la moyenne des bénéficiaires issus des comptes 1999 à 2003, aboutissant ainsi à un montant de 60'497 francs. Ils ont également précisé que l'entreprise avait cessé son activité à la fin de l'année 2003 en raison de l'atteinte à la santé de l'assuré.

En vue de déterminer les aptitudes de l'assuré à une réadaptation professionnelle, ainsi que son éventuelle capacité de travail résiduelle dans une activité réputée adaptée à ses limitations, un stage d'évaluation a été organisé au Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: le COPAI) à Yverdon-les-Bains du 13 février au 10 mars 2006. Le taux de présence de l'assuré a été de 100%. Dans leur rapport du 27 mars 2006, les examinateurs ont relevé que l'intéressé avait été victime de deux chutes dans son existence: la première, survenue en 1986, avait causé un arrêt de travail d'une année en raison d'une atteinte à la colonne vertébrale et la seconde en 2003, lors de laquelle il s'était cassé le pied gauche, le poignet gauche, des côtes et le bassin. Sur la base des observations en atelier, ils ont conclu que le taux de rendement raisonnablement exigible dans une activité adaptée sollicitant presque exclusivement la position assise était de 50% pour une journée entière de travail.

Dans un avis médical du 7 avril 2006, le Dr F._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a écrit qu'il ne trouvait pas d'argument médical expliquant la diminution de rendement de 50%, raison pour laquelle il ne pouvait souscrire aux conclusions du COPAI. Il a toutefois demandé que le Dr Q._____ soit interrogé afin qu'il se prononce sur les limitations fonctionnelles et l'exigibilité médicale en lien avec la seule atteinte de la main gauche.

Répondant à l'office AI dans un rapport médical du 12 juin 2006, le Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main, a indiqué que l'assuré n'avait pas de douleur à la

main gauche, mais que ses problèmes se situaient au niveau du membre inférieur gauche, du cotyle et de la spondylarthrose, ce qui nécessitait l'usage d'une canne pour se déplacer. A son avis, la diminution de rendement pour la main gauche s'élevait à 20%, l'intéressé devant être par ailleurs considéré comme polyhandicapé.

Dans un avis médical du 4 juillet 2006, le Dr F._____ a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité légère excluant le port de charges supérieures à 10 kg et respectueuse des limitations fonctionnelles énoncées dans son avis du 7 avril précédent.

Le 17 janvier 2007, l'office AI a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a considéré que l'activité antérieure de menuisier indépendant n'était plus compatible avec ses limitations fonctionnelles, lesquelles laissaient toutefois subsister une capacité de travail entière dans une profession adaptée à celles-ci. De plus, les atteintes à la main gauche n'étaient pas susceptibles d'entraver sa capacité de travail dans une activité industrielle légère. Procédant à la comparaison des revenus, l'office AI a retenu un revenu annuel d'invalidé fondé sur les salaires statistiques de 45'806 fr. 60 après un abattement de 20% compte tenu de l'âge et des limitations fonctionnelles de l'assuré, tandis que le salaire sans invalidité, résultant de la moyenne des revenus réalisés entre 1999 et 2003, s'élevait à 52'506 francs. Il en découlait un degré d'invalidité de 12,75%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 12 février 2007, l'assuré a présenté des objections contre ce projet en joignant un rapport médical du 7 février 2007 de la Dresse D._____, dans lequel celle-ci estimait que la capacité de travail de son patient n'excédait pas 50% dans une activité excluant tout port de charges. Le 3 avril 2007, le Dr F._____ a considéré que ce rapport n'apportait pas la preuve d'atteintes à la santé susceptibles de modifier l'exigibilité fixée à l'issue des avis médicaux de 2006. En conséquence, par décision formelle du 17 avril 2007, l'office AI a maintenu les termes de son projet du 17 janvier précédent.

B. Par acte du 26 avril 2007, M. _____ a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (dès le 1^{er} janvier 2009: Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal), en concluant sous suite de dépens, à son annulation et à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée dès le 1^{er} octobre 2003. Il critique les revenus avec et sans invalidité retenus par l'office intimé pour calculer le degré d'invalidité. S'agissant du revenu de valide, le recourant fait valoir que, à la suite des séquelles de l'accident survenu en 1986, son état de santé s'est progressivement détérioré à partir de 1994, le contraignant finalement à cesser toute activité en 2003. Il en serait ainsi résulté une perte progressive de son revenu dès 1994. Il convient dès lors, à son avis, de se fonder sur le revenu de référence réalisé en 1994, auquel s'ajoutent 15% au titre des charges sociales et 12% au titre du renchérissement jusqu'en 2004, si bien que le revenu de valide s'élève à 91'319 francs. Quant au revenu d'invalidé, le recourant se réfère à l'avis du Dr W. _____, médecin-conseil auprès du COPAI ainsi qu'à celui de son médecin traitant, et soutient que sa capacité de travail n'est pas supérieure à 50%, de telle sorte que le revenu d'invalidé se monte à 22'903 fr. (50% de 45'806 fr.), d'où un degré d'invalidité de 75% ouvrant le droit à une rente entière.

De son côté, l'office AI estime dans sa réponse du 19 juin 2007 qu'aucun élément du dossier ne démontre que l'état de santé du recourant aurait entraîné une diminution significative de ses revenus avant l'accident survenu en 2003. En effet, selon les constatations du COPAI, depuis une dizaine d'années, en raison de la maladie de son épouse ayant nécessité une surveillance constante, l'intéressé a préféré se limiter à de petits travaux en atelier, sans employés, facteurs étrangers à l'invalidité qui ont participé à la diminution de ses revenus dès 1994. S'agissant de la capacité de travail, l'intimé est d'avis qu'il convient de se fonder sur les constatations médicales objectives, soit celles des médecins ayant examiné l'assuré, savoir les Drs L. _____ et Q. _____, aux yeux desquels le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Quant aux rapports de la Dresse D. _____, ils ne contiennent aucun élément susceptible de mettre en doute l'avis de ces

deux spécialistes. En conséquence, l'intimé conclut à la confirmation de la décision querellée et propose le rejet du recours.

Les parties ont confirmé leurs conclusions respectives en réplique (écriture du 16 août 2007) et duplique (écriture du 5 septembre 2007). D'autres échanges d'écritures ont suivi, au cours desquels le recourant a produit diverses pièces (comptabilité de son entreprise et rapports médicaux notamment).

C. Le 25 février 2009, une audience d'instruction a été tenue lors de laquelle les parties ont confirmé leur accord quant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, afin de déterminer notamment la capacité de travail et le rendement de l'assuré dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, dont le type devait également être précisé.

Le rapport d'expertise a été rendu le 30 septembre 2011 par les Drs J._____, et K._____, spécialistes FMH en chirurgie orthopédique, respectivement médecin-adjoint et chef de clinique à l'Hôpital X._____. Les experts ont considéré que le recourant présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, dans les deux ans ayant suivi l'accident, soit du 30 octobre 2003 au 30 octobre 2005. (cf. p. 50, question 6, du rapport d'expertise). Dite incapacité a subsisté dans l'activité habituelle de menuisier au-delà de cette date. En revanche, une activité « imposée » (soit exigible ou adaptée) ne devrait pas dépasser quatre heures par jour, en tenant compte d'une baisse de rendement de 0 à 50%, en fonction du type d'activité et de la variabilité journalière des douleurs séquellaires (cf. pp. 48-50; les experts allant jusqu'à admettre en p. 50 une baisse de rendement de 50% dans une activité adaptée).

Dans ses déterminations du 17 octobre 2011, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2004.

Le 31 octobre 2011, l'office AI a demandé que les experts soient sollicités afin de clarifier leur position, en répondant à la question suivante:

« Quelle est la capacité de travail résiduelle (taux d'activité exprimé en % multiplié par le rendement en %) en toute activité respectant les limitations fonctionnelles retenues ? »

Le 9 février 2012, le juge alors en charge de l'instruction a prié les experts de répondre à cette question. Une copie des observations de l'office AI du 31 octobre 2011 et de l'avis du SMR du 19 octobre 2011 exposant les raisons pour lesquelles cette question complémentaire était posée, ont été transmis aux experts.

Le 12 mars 2012, les experts ont indiqué qu'à leur avis, la capacité de travail résiduelle se situait aux alentours de 25%, soit une capacité de travail de 50% en temps, multipliée par un rendement évalué à 50% pour une activité adaptée. Ils ont ajouté qu'en tenant compte des multiples aspects discutés dans l'expertise, cette valeur était à considérer comme un maximum, avec une marge qui s'étendrait plutôt vers le bas.

Se déterminant le 22 mars 2012, le recourant a relevé que les experts confirmaient une capacité de travail résiduelle de 25% au maximum dans une activité adaptée, si bien qu'il maintenait les conclusions de ses écritures précédentes.

En se ralliant à l'avis de son SMR du 26 mars précédent, l'office AI a suggéré le 3 avril 2012 que les experts soient interpellés sur l'évolution de la capacité de travail du recourant entre février 2006 (date de l'évaluation faite par le COPAI, admettant une capacité de travail de 50%) et juillet 2011 (date de la deuxième audition du recourant par les experts, selon lesquels la capacité de travail maximale était désormais de 25%).

D. Le 28 mars 2013, le juge instructeur a écrit ce qui suit à chacune des parties:

« Suite au départ à la retraite de l'ancien juge instructeur et d'une vacance de quelques mois du poste, l'affaire a finalement été reprise par le soussigné. [...].

Après étude approfondie du dossier, nous renonçons à de nouvelles mesures d'instruction (cf. mémoire de l'OAI du 3 avril 2012) et comptons rendre un arrêt en application de l'arrêt de principe du Tribunal fédéral ATF 138 V 457 consid. 3.3 à 3.5, qui vient de paraître dans le recueil officiel et auquel nous renvoyons. Cela, bien entendu, sous réserve de mesures supplémentaires prévues par la Cour. Un projet d'arrêt sera mis en circulation à partir du mois de mai, ce qui vous laisse le temps de nous faire parvenir d'éventuelles observations.

[Salutations] »

Aucune des parties n'a procédé plus avant.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 let. g LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV

173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

3. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (cinquième révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5129, 5147), n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

4. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Dès le 1^{er} janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement.

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1 cité). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1).

5. a) A l'issue du stage effectué au COPAI en 2006, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (assise à l'établi), avec une diminution de rendement de 50%, a été reconnue au recourant (cf. avis médical du SMR du 7 avril 2006). Le Dr W. _____ précisait en outre que celui-ci pouvait travailler toute la journée. Toutefois, faute d'argument médical permettant de justifier une diminution de rendement de 50% (cf.

avis médical du 7 avril 2006), l'office intimé a dénié le droit du recourant à une rente d'invalidité. De son côté, le recourant a contesté la capacité de travail exigible, en inférant du rapport du COPAI que celle-ci était de 50% et non de 100% (cf. mémoire de recours du 26 avril 2007, pp. 4-5).

Afin de dissiper toute incertitude quant à la capacité de travail du recourant, une expertise judiciaire orthopédique a été diligentée. Dans leur rapport du 30 septembre 2011, les experts ont conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité du 30 octobre 2003 au 30 octobre 2005. Invités à clarifier leur position à propos d'une éventuelle diminution du rendement, les experts ont déclaré, le 12 mars 2012, que le rendement du recourant dans une activité adaptée exercée à 50% s'élevait à 50%, soit une capacité de travail résiduelle de 25 pour-cent.

La question est dès lors de savoir dans quelle mesure il peut être exigé du recourant qu'il mette en œuvre la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue, après une période d'incapacité de travail totale.

b) Selon la jurisprudence, le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4).

En l'espèce, même si le COPAI s'était déjà prononcé en 2006 sur la capacité de travail résiduelle du recourant, cette évaluation ne saurait être déterminante dans la mesure où la cour de céans a considéré que la documentation médicale au dossier n'était pas complète. Elle a donc mis en œuvre une expertise orthopédique, dont le rapport a été rendu en date du 30 septembre 2011. Précisées en date du 12 mars 2012, seules les conclusions des experts judiciaires – dont le rapport satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante

au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. supra consid. 4b) - répondent de manière claire aux questions posées à propos de la capacité de travail résiduelle du recourant et permettent par conséquent de fixer avec précision le moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement exigible.

Cela étant, à la date du rapport d'expertise, le 30 septembre 2011, le recourant était âgé de 66 ans et deux mois. Or, le moment décisif permettant de constater cette exigibilité ne s'est pas présenté avant que ledit rapport n'ait été communiqué aux parties. Compte tenu des questions soulevées par l'intimé dans son écriture du 3 avril 2012, le moment déterminant pourrait encore être fixé plus tard. Quoi qu'il en soit, en automne 2011, l'assuré avait déjà atteint l'âge de 66 ans révolus, si bien que l'on ne saurait exiger de sa part qu'il mette en œuvre la capacité de travail résiduelle qui lui a été reconnue (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.3 à 3.5). Peu importe dès lors qu'il ait présenté une capacité de travail résiduelle de 25% dans une activité adaptée dès le mois de novembre 2005, évaluation dont les experts admettent expressément qu'elle constitue un maximum appelé à diminuer progressivement au fil du temps. Il appert ainsi que l'incapacité de travail de l'intéressé se confond avec son incapacité de gain, de sorte que le taux d'invalidité peut être fixé sans analyse économique. Dans ce contexte, on précisera encore que, compte tenu de l'ATF 138 précité et de l'âge avancé du recourant, il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition formulée par l'office AI dans son écriture du 3 avril 2012, d'autant que l'assuré avait déjà atteint l'âge de 60 ans révolus au mois de février 2006 (date mentionnée par le SMR dans son avis du 26 mars 2012).

Il convient donc d'admettre que le recourant présente un taux d'invalidité de 100% du 30 octobre 2003 au 30 octobre 2005, puis de 75% depuis lors. Il suit de là que, compte tenu du délai de carence d'une année, le droit à une rente entière prend naissance le 1^{er} octobre 2004 en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. supra consid. 3 et TF 9C_786/2012 du 6 février 2013 et les références).

c) En définitive, le recours doit être partiellement admis, dès lors que le recourant avait initialement conclu à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} octobre 2003 (cf. mémoire de recours du 26 avril 2007) et la décision querellée réformée, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} octobre 2004. Il appartiendra à l'intimé de calculer le montant de la rente due.

6. Vu le sort du recours, l'assuré, ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire autorisé, peut se voir accorder des dépens partiellement réduits, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Succombant, l'office intimé supportera les frais judiciaires arrêtés à 1'000 fr., conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 17 avril 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que M. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2004.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 1'000 fr. (mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud devra verser à M._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour M._____),
- 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 :