

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Perdrix et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

P._____, à Morges, recourant, représenté par Me Christophe Maillard,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** P._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], au bénéfice d'une formation de [...], non sanctionnée par un CFC, a entrepris, à partir de 1987, un reclassement professionnel - garanti par l'assurance-invalidité (AI) - dans une activité de [...], laquelle a été exercée jusqu'au début de 1995.

Après avoir occupé divers emplois, l'assuré a été engagé, en janvier 2002, en qualité d' [...] par l'entreprise I._____. Du fait de la présence d'une affection d'ordre cardiologique, cette activité a été interrompue le 23 août 2002. L'assuré, qui avait recommencé à travailler à 40 % à partir du 1^{er} février 2003, a été licencié pour le 31 août suivant, pour des raisons économiques.

b) Le 25 août 2003, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en vue d'obtenir un placement.

Dans un rapport médical daté du 28 octobre 2003, le Dr K._____, spécialiste FMH en cardiologie ainsi qu'en médecine interne, [...], a posé le diagnostic de status après mise en place d'une valve aortique mécanique de type St-Jude en 1982, d'endocardite sur cette valve mécanique le 23 août 2002 avec abcès paravalvulaire aortique et échec de remplacement valvulaire le 8 novembre 2002. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était qualifiée de totale du 23 août 2002 au 31 janvier 2003, et de 60 % depuis lors pour une période indéterminée. Le Dr K._____ apportait encore les précisions suivantes :

« La situation de santé de M. P._____ est précaire puisqu'il présente un status après endocardite à Salmonella sur une valve mécanique en position aortique implantée en 1982, avec formation d'un abcès paravalvulaire antérieur, actuellement détergé et s'accompagnant d'une fuite paravalvulaire aortique modérée. Une tentative de remplacement valvulaire aortique en novembre 2002 s'est soldée par un échec et a failli mal se terminer pour le patient puisque à l'ouverture de la cage thoracique l'aorte accolée à la paroi

postérieure du sternum, s'est déchirée et que le patient a failli mourir d'hémorragie aiguë. La stratégie actuelle consistait à poursuivre l'antibiothérapie jusqu'à 1 année après cette intervention, puis d'essayer de l'arrêter et d'observer l'évolution de la situation. Si une nouvelle tentative de remplacement de la valve aortique devait être faite, il conviendrait d'utiliser un autre abord que l'approche transternale. Une telle tentative paraît actuellement extrêmement risquée et n'est à mon avis pas d'actualité ».

c) Mandaté par l'OAI en qualité d'expert, le Dr M._____, spécialiste FMH en cardiologie ainsi qu'en médecine interne, [...], a établi un rapport médical en date du 24 août 2004, dont il ressortait notamment ce qui suit :

« (...)

2.

Le patient signale une dyspnée d'effort discrète ainsi qu'une asthénie. Il n'y a pas d'anamnèse de douleur ou de constriction thoracique en rapport à l'effort ni de palpitations, de syncope ou de lipothymie;

Il a bénéficié en 2001 d'une réparation sous scapulaire et d'une ténodèse du long chef du biceps droit suite à un accident non professionnel, dont il a parfaitement récupéré depuis lors.

(...)

3. [diagnostic]

Status après commissurotomie pour sténose aortique congénitale.

Status après mise en place d'une valve aortique de type St-Jude en 1983 (recte : 1982).

Endocardite de la valve aortique mécanique en 2002.

Abcès paravalvulaire aortique et échec d'un remplacement valvulaire aortique (3^{ème} intervention à thorax ouvert) le 08.11.2002.

(...)

5.

Une ergométrie a permis d'objectiver une importante diminution de la capacité fonctionnelle de ce patient. En effet, il n'est capable d'effectuer qu'un effort de 100 watts, la pression artérielle augmentant de 160/84 à 172/80 et la fréquence cardiaque atteignant déjà 134/min. Sa capacité fonctionnelle est au maximum de 40 %.

Bien que la fraction d'éjection soit conservée au repos, la capacité d'effort de ce patient est objectivement limitée. Il s'agit d'une situation post-chirurgicale complexe, après trois interventions à thorax ouvert, entraînant une diminution de la capacité d'effort objectivée par l'ergométrie. L'état de ce patient demeure très précaire au vu de son lourd passé chirurgical, de ses conséquences fonctionnelles et de la persistance d'un risque infectieux non négligeable.

Il n'est pas impensable qu'il puisse retrouver une activité sédentaire du point de vue cardiologique. Quant à ses possibilités du point de

vue psycho-social et économique, je ne suis pas compétent pour les évaluer ».

d) A la demande du Dr C. _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), le Dr M. _____ a indiqué, en date du 8 décembre 2004, que la capacité de travail résiduelle de l'intéressé en qualité d' [...] pouvait être évaluée à 20-30 % depuis le début de l'année 2003 et que l'exigibilité dans une activité sédentaire, tenant compte des limitations fonctionnelles cardiologiques, devait être estimée à 40 % depuis début 2004.

Interpellé par le Dr C. _____, le Dr K. _____ a précisé que compte tenu d'une fonction ventriculaire gauche normale au repos, la capacité de travail de son patient était de 50 % dans une activité sédentaire dès le 1^{er} février 2003 et de 100 % à partir du 1^{er} mars ou du 1^{er} avril 2003.

Dans un rapport d'examen SMR du 28 décembre 2004, le Dr C. _____ a retenu, en accord avec le Dr K. _____, cardiologue traitant, que l'on pouvait exiger de l'assuré qu'il travaille dans une activité sédentaire à 50 % depuis le 1^{er} février 2003 et à 100 % à partir du 1^{er} avril 2003, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant de 40 %. A son avis, l'estimation plus pessimiste du Dr M. _____ ne trouvait aucune justification objective et devait être écartée.

e) Dans un rapport initial du 4 août 2005, la Division administrative de l'OAI a notamment exposé ce qui suit :

« En date du 8 mars 2005, nous nous sommes entretenus avec M. P. _____ pour la 1^{ère} fois dans le cadre de sa seconde demande de prestations AI.

Lors de cette discussion, le principe d'une observation dans le cadre de la Fondation des Oliviers a été retenu. Après un premier entretien qui a eu lieu le 13 avril, il a pu effectuer un pré-stage dans le cadre de l'atelier Oli'one au Mont-sur-Lausanne d'une durée d'une journée, soit le 9 mai dernier. A l'issue de celui-ci, cet établissement s'est déclaré d'accord de recevoir cet assuré afin de mettre sur pied une période d'observation.

Durant l'entretien du 14 juin, M. P. _____ a bien été informé de l'avis de l'établissement précité. Ce dernier est d'un avis totalement

différent. Il n'est en aucune manière motivé par la reprise d'un travail relevant du secteur de la mécanique. Il n'apprécie en aucune façon ce type d'emploi d'une part et d'autre part, il nous a signalé qu'il étouffait dans un atelier. Il se sent comme dans "une prison".

Sur le plan médical, il a bien été informé de l'avis du SMR Léman du 28 décembre 2004 au sujet de sa capacité résiduelle de travail. Elle est totale dans l'exercice d'un emploi adapté. Il a été très surpris par cette remarque. Il ne peut guère comprendre ce point de vue compte tenu que le Dr K. _____ (recte : M. _____), cardiologue, lui reconnaît qu'un potentiel résiduel de travail de 40 %.

Au vu de ces informations, M. P. _____ nous a mentionné qu'il voulait néanmoins en référer à son médecin traitant, le Dr [...]. Ce dernier nous a fait parvenir un rapport daté du 28 juillet écoulé. Il ne s'exprime pas sur la capacité résiduelle de travail dont on peut attendre de la part de son patient.

Lors de notre dernier entretien du 22 juin écoulé, notre assuré nous a confirmé que sa capacité résiduelle de travail était nulle et qu'il n'était plus envisageable qu'il reprenne un travail, quel qu'il soit.

Au vu de ces remarques, seule une approche théorique par le biais de l'ESS peut être envisagée.

Sur le plan médical, nous estimons que la reprise de son activité de [...] pourrait encore être exercée. Un retour dans un tel job devrait lui permettre de retrouver des conditions de travail adaptées aux limitations fonctionnelles dont il y a lieu d'être attentif. Néanmoins, compte tenu qu'il a quitté ce milieu professionnel depuis une dizaine d'années, la pratique d'un tel emploi impliquerait une réactualisation de ses connaissances, notamment sur le plan théorique. Nous pensons essentiellement au niveau des prescriptions qui ont passablement évoluées depuis lors. Cependant, au vu de la situation particulière de cet assuré, il n'est pas du ressort de l'AI d'intervenir pour une telle mise à jour. Elle relèverait d'autres organes.

Quant à l'assurance chômage, cette dernière n'est pas intervenue compte tenu du taux de 40 % au titre de capacité résiduelle de travail qui lui a été reconnue par le Dr K. _____ (recte : M. _____). Une telle valeur ne peut être prise en considération pour cette assurance.

Au vu de ces remarques, nous allons par conséquent procéder à une approche théorique de la capacité de gain de notre assuré. Pour ce faire, nous nous référons à la méthode de détermination du revenu d'invalidé selon l'ESS. Les facteurs de réduction à prendre en compte pour le calcul de ce salaire relèvent des limitations fonctionnelles liées au handicap d'une part, ainsi que de l'âge de l'intéressé, d'autre part.

Pour ce qui est des activités adaptées qui peuvent être prises en considération, nous pensons notamment à l'exercice de travaux tels que surveillance de production, montage et assemblage en milieu industriel.

Pour mettre en évidence le revenu hypothétique dont notre assuré pourrait se prévaloir dans sa situation, nous pensons qu'il y a lieu de se baser sur la valeur ESS pour l'année 2002, indexée 2003. Le niveau de qualification 4 des tables TA1 peut être retenu. En effet, il n'est pas envisageable de prendre en considération le revenu dont il a perçu en dernier lieu en exerçant un emploi incompatible d'une

part, et qui a nécessité la mise sur pied d'un reclassement par le passé, d'autre part. On obtient ainsi une rétribution annuelle de Sfr. 57'806.20 à ce titre. Un tel montant nous paraît bien refléter les possibilités en matière salariale dont il pourrait se prévaloir dans l'exercice d'un emploi dont le marché économique peut autoriser.

B. **a)** Par décision du 28 octobre 2005, l'OAI a refusé à l'assuré tout droit à une rente et à des mesures professionnelles, au motif qu'il pouvait travailler à plein temps dans une activité sédentaire, n'exigeant pas d'efforts physiques (la capacité de travail dans la profession habituelle étant en outre de 40 %). Ainsi, en comparant le salaire sans invalidité de 57'806 fr. 20 et celui avec invalidité réalisable à plein temps de 49'135 fr. 26 (fondé sur les chiffres de l'Enquête sur la structure des salaires [ESS], tableau TA1, niveau de qualification 4, adapté à une durée hebdomadaire de 41,7 heures, à l'évolution des salaires de 2002 à 2003 et avec abattement de 15 %), on aboutissait à un degré d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

b) Par acte du 24 novembre 2005, P._____, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Christophe Maillard, a formé opposition contre cette décision en concluant à la reconnaissance d'une capacité de travail de 40 % dans une activité sédentaire, conformément aux conclusions du Dr M._____ mandaté par l'OAI. A l'appui de cette opposition, il a produit un rapport médical établi en date du 12 janvier 2006 par le Dr K._____, dont il ressortait notamment ce qui suit :

« (...) J'adhère tout à fait aux conclusions de l'expertise du Dr M._____. Dans mon évaluation de la capacité de travail fonctionnelle du patient, je m'étais basé sur mes examens répétés de la fonction cardiaque en échocardiographie sans pratiquer d'ergométrie. Ce test à l'effort a objectivé une limitation importante de la capacité fonctionnelle du patient qui justifie certainement un pourcentage d'invalidité. Par ailleurs j'avais relevé dans mon rapport à l'AI le fait que ce patient a subi 3 interventions à cœur ouvert et que sa situation actuelle de santé reste précaire compte tenu du fait que sa pathologie n'a pu être corrigée lors de la dernière tentative chirurgicale en novembre 2002 ».

c) Dans un avis médical SMR du 1^{er} mai 2007, le Dr C._____ a exposé ce qui suit :

« Une diminution de la capacité de travail doit se fonder sur des éléments objectifs. Pour ma part, je relève les points suivants dans l'expertise plutôt courte du Dr M. _____ :

- Le patient signale une dyspnée à l'effort.
- Le Dr M. _____ n'a pas relevé la fréquence respiratoire au repos, ni après l'effort. On ose penser que l'expert aurait signalé une fréquence anormalement élevée s'il l'avait constatée.
- L'expert ajoute qu' "il n'est pas impensable qu'il puisse retrouver une activité sédentaire du point de vue cardiologique".
- L'expert s'avoue incompetent à évaluer les possibilités de l'assuré du point de vue psycho-social et économique, ce qu'on ne lui demande pas.

La capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 40 % est une appréciation subjective à laquelle on ne peut pas adhérer. Par définition, la dyspnée à l'effort ne survient pas en l'absence d'effort. Il n'y a donc pas de raison que la capacité de travail soit abaissée si les limitations fonctionnelles sont respectées ».

d) Par décision sur opposition du 30 mai 2007, l'OAI a confirmé sa position.

C. a) Toujours représenté par l'avocat Christophe Maillard, P. _____ a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 2 juillet 2007, en concluant avec dépens à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 22 août 2003. Il a soutenu que l'expertise du Dr M. _____ remplissait toutes les exigences posées par la jurisprudence quant à sa valeur probante et que le Dr C. _____ n'apportait aucun élément susceptible de s'écarter de la capacité de travail résiduelle de 40 % dans une activité adaptée retenue par l'expert, ce qui conduisait à un revenu d'invalidé de 19'654 fr. 10 au plus. Quant au revenu sans invalidité, il ressortait du questionnaire rempli par son employeur qu'il aurait perçu, en 2003, un salaire horaire de 29 fr. 05, avec treizième salaire, en travaillant 8,4 heures par jour, de sorte qu'il aurait pu prétendre à un salaire annuel de 68'732 fr. 30 (29.05 x 8,4 x 5 x 52 + 5'287 fr. 10 [13^{ème} salaire]). En conséquence, son degré d'invalidité était de 71,4 %, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

b) Dans sa réponse du 2 octobre 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il n'y a pas eu un second échange d'écritures.

c) A la demande du juge instructeur, l'entreprise I._____ a indiqué, en date du 26 novembre 2008, que ses employés étaient rémunérés sur la base des heures effectuées, soit environ 180 heures par mois. Si le recourant avait oeuvré pour le compte de cet employeur en 2003, il aurait perçu un salaire mensuel brut de 5'202 fr., compte tenu d'un tarif horaire de 28 fr. 90.

d) Une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée au Q._____ (ci-après : Q._____). Les experts - le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine interne, le Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et le Dr D._____, spécialiste FMH en cardiologie - ont rendu leur rapport le 2 décembre 2009, exposant notamment ce qui suit :

« 6. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale

M. P._____ un expertisé suisse de 62 ans, marié pour la seconde fois, père d'un fils indépendant issu d'une première union. Il est sans formation professionnelle et a été actif en qualité de [...]. C'est essentiellement en qualité d' [...] qu'il a été le plus actif. En 1989 semble-t-il, il a bénéficié d'un reclassement professionnel sous l'égide de l'Al et dispose d'une formation de [...], activité qu'il n'a menée que transitoirement pour reprendre, par la suite, son métier de [...].

M. P._____ présente une histoire cardiologique complexe, puisqu'il a été opéré une première fois dans l'enfance d'une sténose aortique congénitale, avec reprise 20 ans plus tard où il subit une deuxième intervention sous la forme d'un remplacement valvulaire aortique par une valve mécanique, et qui nécessitera en 2002 d'une troisième reprise chirurgicale pour tentative de remplacement valvulaire aortique dans les suites d'une endocardite à salmonelle. Ce dernier geste s'est soldé par un échec en raison d'une rupture de l'aorte dans un contexte de remaniement inflammatoire du médiastin suite aux interventions précédentes.

En 2001, il présente une rupture du tendon du sous-scapulaire de l'épaule droite compliquée d'une capsulite rétractile et le 28 mai 2001 il bénéficiera d'une réparation du sous-scapulaire avec ténodèse du long chef du biceps et acromioplastie droite. L'évolution est favorable et l'expertisé avait pu reprendre son travail en début d'année 2002.

A relever une expertise cardiologique effectuée par le Dr M._____ en 2004. Il est objectivé une importante diminution de la capacité fonctionnelle avec capacité de travail résiduelle évaluée entre 20 à 30 % dans l'activité de [...] et de 40 % dans une activité sédentaire adaptée.

Il existe une divergence d'appréciation, le Dr K. _____, cardiologue traitant, estimant quant à lui qu'une reprise à 50 % est possible dès le 1^{er} février 2003, et à 100 % dès le 1^{er} mars ou le 1^{er} avril 2003, dans une activité adaptée.

Par décision du 28.10.2005 l'AI refuse l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles, avec opposition de l'expertisé rejetée par décision sur opposition du 30.05.2007, entraînant un recours au Tribunal Cantonal des Assurances.

Situation actuelle :

Sur le plan de la médecine interne, l'expertisé fait état d'une dyspnée d'effort. Il ne présente pas de syncope, ni d'angor et n'a pas d'autres plaintes.

Cliniquement, il présente une surcharge pondérale avec un BMI à 25.7 kg/m². Sinon l'examen clinique général est sans grande particularité ne permettant pas de retenir de limitation fonctionnelle. Ces dernières résultent ainsi uniquement de l'affection cardiologique.

Sur le plan cardiologique, il s'agit d'un patient porteur d'une valve prothétique mécanique aortique implantée en 1983, c'est-à-dire, il y a 26 ans.

L'échocardiographie montre une dysfonction prothétique sous la forme d'un gradient trans-valvulaire aortique élevé correspondant à une sténose aortique probablement modérée à sévère. Ce défaut d'ouverture est de plus associé à une régurgitation aortique para-prothétique discrète. La fonction ventriculaire gauche est normale.

Le test d'effort a été interrompu relativement précocement dès 100 W en raison d'un essoufflement associé à une fatigue des membres inférieurs. L'aptitude physique est considérée comme diminuée par rapport à la moyenne, correspondant à environ 60 % de ce qui est attendu.

(...)

Synthèse et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a aucune pathologie entraînant des limitations fonctionnelles, hormis ce qui concerne l'affection cardiologique.

La capacité de travail est complète, sans diminution de rendement.

Sur le plan ostéoarticulaire, le status après réparation de la coiffe des rotateurs en 2001 montre un résultat excellent et n'entraîne pas de diminution de la capacité de travail.

Les lombosciatalgies sur discopathie en L5-S1 sont intermittentes, d'intensité modérée et n'altèrent pas la capacité de travail de façon significative et durable.

La crise de goutte est sous contrôle et n'entraîne pas de limitations particulières.

La capacité de travail est complète, sans diminution de rendement.

Sur le plan cardiovasculaire, il s'agit d'un patient présentant une longue évolution d'une sténose aortique congénitale avec trois interventions chirurgicales, et actuellement la présence d'une prothèse aortique mécanique type St-Jude présentant une

dysfonction correspondant à une sténose aortique modérée à sévère associée à une régurgitation aortique para-prothétique discrète. Cette dysfonction prothétique participe à l'état d'asthénie du patient. M. P. _____ se plaint en effet d'une asthénie avec essoufflement à l'effort, objectivée lors de l'ergométrie.

Sur le plan cardiologique, il s'agit d'une situation grave qui contre-indique toute activité physique importante, toute exposition aux températures extrêmes, à un stress excessif, ces situations ayant un effet délétère sur la pathologie cardiaque.

La capacité de travail est nulle comme [...].

Une activité adaptée qui respecte les limitations prescrites est possible à 50 %. Un taux supérieur n'est pas possible, les conditions cardiaques impliquent des possibilités régulières de repos/détente.

Le Dr M. _____ admet une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, nous sommes proches de ce qu'il propose.

Le Dr K. _____ estime qu'une activité à 100 % est possible dans une activité sédentaire, compte tenu d'une fonction ventriculaire gauche normale au repos. Nous pensons que son appréciation est trop optimiste en fonction du problème cardiaque et ne tient pas compte de toutes les surcharges possibles (effort, température, stress, risque augmentant avec l'âge) ».

e) Se déterminant le 18 janvier 2010 sur le rapport d'expertise judiciaire, l'OAI a estimé que la diminution de la capacité de travail de 50 % en raison de l'atteinte cardiologique, telle que retenue par les experts judiciaires, était difficilement soutenable, au vu notamment de l'examen clinique et de la description de la vie quotidienne du recourant. Il a dès lors maintenu que l'exercice d'une activité adaptée à plein temps était exigible de la part du recourant. L'OAI s'est référé à cet égard à l'avis médical SMR du 12 janvier 2010 du Dr C. _____, dont la teneur était la suivante :

« Après avoir pris connaissance de l'expertise en question, nous sommes en mesure de faire les remarques suivantes :

- Le délai de plus de 3 mois entre l'examen de l'assuré et la rédaction de l'expertise ne favorise pas une retranscription exacte et fidèle des constatations.
- Il est établi qu'il n'y a pas de pathologie invalidante du domaine de la médecine interne.
- De même, il est établi qu'il n'y a pas de pathologie ostéo-articulaire invalidante.
- L'atteinte principale est cardiologique. Il s'agit d'un status après 3 interventions successives pour une sténose aortique congénitale. Actuellement, l'assuré est asymptomatique au repos. Le test d'effort conduit jusqu'à 72 % de la fréquence cardiaque maximale théorique est resté cliniquement et électriquement

négatif pour une ischémie cardiaque. La charge maximale correspond à 5,5 METS (ou équivalent métabolique). A titre d'exemple, 1 METS correspond à l'énergie dont le corps a besoin lorsqu'il est tranquillement assis. Les activités physiques légères (marcher lentement, nage lente, jardiner, pédaler à vélo sans faire d'effort, nettoyer les meubles, dépoussiérer) demandent moins de 3 METS. De 3-6 METS sont nécessaires pour des activités physiques d'intensité modérée telles que marcher rapidement, jouer au golf en portant les clubs, la nage normale, tondre la pelouse, jouer au tennis en double, faire du vélo à 8-14 km/h sur terrain plat ou peu pentu, frotter le sol et laver les vitres, porter du poids.

Au vu de ces exemples pratiques, il est difficile de soutenir, comme le font les experts, qu'une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, ne nécessitant pas d'effort physique dans un environnement calme et tempéré, n'est possible qu'à 50 %. Si l'on en croit le descriptif de sa vie quotidienne (p. 10), l'assuré promène ses chiens plus de 2 heures par jour, il prépare deux repas quotidiens pour son épouse et lui, s'occupe de ranger la maison, passe l'aspirateur le matin et l'après-midi, s'occupe de l'entretien de 12 callopsittes. Accessoirement, il s'occupe du jardin, tond la pelouse, taille les haies et les arbres et repeint les surfaces de son chalet une fois tous les 2 ou 3 ans. Dans ces circonstances, le bon sens permet d'admettre qu'un homme capable de mener de front toutes ces activités, peut aussi exercer une activité légère (de type administrative par exemple) à plein temps.

- L'argument selon lequel le Dr K. _____ n'aurait pas tenu compte de "toutes les surcharges possibles" dans son estimation de l'exigibilité ne résiste pas à l'analyse. En effet, parmi ces surcharges, les auteurs citent l'effort, la température et le stress. Nous comprenons qu'une activité sans effort, en milieu tempéré et dans une ambiance calme n'est pas limitée.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons admettre que l'activité de [...] ne soit plus exigible; nous maintenons en revanche qu'une activité adaptée peut être exercée à plein temps ».

Se déterminant le 3 février 2010 sur le rapport d'expertise du Q. _____ du 2 décembre 2009, le recourant a estimé que ce rapport, clair et convainquant, revêtait une pleine valeur probante et n'appelait pas de commentaire particulier.

f) Invités à se déterminer sur les points soulevés dans l'avis médical SMR du 12 janvier 2010, en complétant dans la mesure utile leur rapport du 2 décembre 2009, les experts du Q. _____ ont exposé ce qui suit le 16 mars 2010 :

« Nous avons bien reçu les questions du SMR Vaud sous la plume du Dr C. _____. Nous y répondons comme suit.

Concernant le délai de plus de trois mois entre l'examen et la rédaction :

La remarque est infondée.

Les médecins examinateurs dictent le jour même de l'examen leurs anamnèses. Nous utilisons des dictaphones numériques, la dictée est transcrite rapidement et gardée sur le serveur sécurisé du CEMED jusqu'à ce que le rapport soit rendu.

Ce qui prend du temps est la finalisation (étude du dossier, discussions entre experts, relecture, etc.).

Pathologie cardiovasculaire :

Pour remettre les choses dans leur contexte, nous sommes dans une situation de quelqu'un qui présente une sténose aortique en tous cas modérée et très probablement sévère, symptomatique, probablement inopérable ou avec un risque d'intervention grevé d'une mortalité très élevée. Lors de la dernière intervention, l'assuré avait tout juste échappé à une issue fatale, l'opération avait dû être interrompue, le changement de valve n'avait pas pu être réalisé. En cas de non intervention d'une sténose aortique sévère symptomatique, les études parlent d'une mortalité de 50 % à deux ans.

Sur un plan théorique, il est vrai que si le patient était opéré avec succès, la capacité de travail serait probablement complète, la problématique étant valvulaire.

Situation fonctionnelle :

M. P. _____ est symptomatique sous la forme d'une insuffisance cardiaque débutante qui s'exprime par une asthénie et par un essoufflement à l'effort comme témoigné par l'ergométrie où l'aptitude physique est anormalement basse. 6.6 METs correspond à 65 % de l'aptitude physique correspondant à une V_{O2} max de 19 ml/kg/min.

L'aptitude physique évaluée par l'ergométrie reflète la capacité maximale instantanée et non pas l'endurance qui fait partie de la problématique du patient, endurance fortement diminuée de par l'insuffisance cardiaque du patient dont la traduction est la fatigue, mais où sont également en jeu d'autres facteurs comme le stress.

Ainsi, comparer une activité professionnelle à une promenade de deux heures avec les chiens n'est pas suffisant, dans cette dernière, il n'y a pas nécessité de rendement comme dans le travail. Loisirs et productivité sont deux activités très différentes.

Par ailleurs, cliniquement la situation ne fait que s'aggraver entre le moment (2003) où la situation est décrite par le Dr K. _____ et actuellement. Il est à noter que le Dr D. _____ avait pris contact avec ce cardiologue, celui-ci adhérait à nos conclusions, soit une activité sédentaire à mi-temps.

En résumé, toutes les activités faites quotidiennement par le patient sont réalisables, mais effectivement avec des moments de repos, ce qui correspond bien au 50 %. Nous estimons qu'étant donné le risque opératoire, l'intervention chirurgicale n'est pas exigible, un taux d'activité supérieur non plus ».

g) Se déterminant le 22 avril 2010 sur le complément d'expertise du 16 mars 2010, l'OAI a indiqué l'avoir soumis au SMR pour appréciation et s'est rallié à l'avis médical du 12 avril 2010 du Dr C._____ selon lequel le risque élevé de mortalité lié à la sténose aortique sévère symptomatique dont souffrait le recourant n'était pas du ressort de l'AI. Il a en outre estimé qu'une capacité physique de 6,6 METS ne permettait pas seulement une activité de loisir; en effet, selon la littérature internationale, 3-6 METS étaient nécessaires pour « frotter le sol et laver les vitres, porter du poids », si bien qu'une activité sédentaire devait à plus forte raison être considérée comme possible.

Le 23 avril 2010, le recourant a considéré que le complément d'expertise du 16 mars 2010 répondait clairement et sans contestation possible aux objections soulevées par le SMR dans son avis médical du 12 janvier 2010, de sorte qu'il s'y ralliait pleinement.

h) Le 27 avril 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt leur serait communiqué dans les meilleurs délais.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent contre une décision sur opposition rendue le 30 mai 2007 – en application de l'ancien droit qui prévoyait une procédure d'opposition contre les décisions des offices AI – par l'OAI, le recours est recevable (art. 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir 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).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité, qui dépend du degré d'invalidité déterminé. L'OAI retient dans la décision attaquée, confirmant sa décision du 28 octobre 2005, que le recourant conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et aurait ainsi pu réaliser en 2003 – année d'ouverture du droit éventuel à la rente – un revenu avec invalidité de 49'135 fr., qui, comparé au revenu de 57'806 fr. qu'il aurait réalisé en 2003 sans atteinte à la santé, fait apparaître un degré d'invalidité de 15 %. Le recourant estime que sa capacité de travail dans une activité adaptée est limitée à 40 % et que le revenu avec invalidité doit ainsi être fixé à 19'654 fr. (40 % de 49'135 fr.); il conteste en outre le revenu sans invalidité de 57'806 fr., soutenant que ce revenu devrait être fixé à 68'732 fr.; la comparaison d'un revenu d'invalidé de 19'654 fr. avec

un revenu de valide de 68'732 fr. ferait ainsi apparaître un degré d'invalidité de 71,4 %, ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 22 août 2003.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I_274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte 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 352 consid. 3b/aa et les références).

4. a) En l'espèce, la Cour des assurances sociales a confié une expertise judiciaire pluridisciplinaire au Q._____, qui a été réalisée par les Drs B._____ (médecine interne), H._____ (rhumatologie) et D._____ (cardiologie). Le rapport d'expertise du 2 décembre 2009 contient un rappel complet des pièces du dossier (p. 3-6), une anamnèse détaillée (p. 6-11), la description des plaintes subjectives de l'expertisé (p. 7-8), les données objectives (p. 11-15) - comprenant les status ostéoarticulaire, cardiovasculaire et de médecine interne (p. 11-13) ainsi que les résultats et conclusions d'un test d'effort et d'une échocardiographie réalisés le 10 septembre 2009 (p. 13-15) -, une synthèse et discussion (p. 15-17) et les réponses aux questions (p. 18-20). Cette expertise judiciaire se fonde sur des examens complets et sur une anamnèse détaillée, elle ne contient pas de contradiction, l'appréciation de la situation médicale est parfaitement claire et les conclusions des experts sont bien motivées. Ceux-ci ont par ailleurs répondu de manière circonstanciée et convaincante, dans un rapport complémentaire du 16 mars 2010, aux questions soulevées par le Dr C._____ dans son avis médical SMR du 12 janvier 2010. Il n'existe donc aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire, qui doivent au contraire être suivies pour les raisons exposées ci-après.

b) Il ressort du rapport d'expertise judiciaire du 2 décembre 2009 et de son complément du 16 mars 2010 que le recourant présente une longue évolution d'une sténose aortique congénitale avec trois interventions chirurgicales, et actuellement la présence d'une prothèse aortique mécanique type St-Jude présentant une dysfonction qui correspond à une sténose aortique modérée à sévère associée à une régurgitation aortique para-prothétique discrète, cette dysfonction

prothétique participant à l'état d'asthénie du patient. Le test d'effort a été interrompu relativement précocement dès 100 W en raison d'un essoufflement associé à une fatigue des membres inférieurs; l'aptitude physique est considérée comme diminuée par rapport à la moyenne, correspondant à environ 60 % de ce qui est attendu. Sur le plan cardiologique, il s'agit d'une situation grave qui contre-indique toute activité physique importante, toute exposition aux températures extrêmes, à un stress excessif, ces situations ayant un effet délétère sur la pathologie cardiaque. Une activité adaptée qui respecte les limitations prescrites est possible à 50 %. Un taux supérieur n'est pas possible, les conditions cardiaques impliquant des possibilités régulières de repos/détente (cf. lettre C.d supra). L'insuffisance cardiaque s'exprime par une asthénie et par un essoufflement à l'effort comme témoigné par l'ergométrie où l'aptitude physique est anormalement basse; en effet, 6.6 METs correspond à 65 % de l'aptitude physique correspondant à une V02 max de 19 ml/kg/min (cf. lettre C.f supra).

Les experts soulignent dans leur rapport complémentaire que l'aptitude physique évaluée par l'ergométrie reflète la capacité maximale instantanée et non pas l'endurance qui fait partie de la problématique du patient, endurance fortement diminuée de par l'insuffisance cardiaque du patient dont la traduction est la fatigue, mais où sont également en jeu d'autres facteurs comme le stress. Dès lors, comparer, comme le fait le Dr C._____, une activité professionnelle à des activités de loisirs ou domestiques n'est pas suffisant dans la mesure où dans ces dernières, il n'y a pas nécessité de rendement et de productivité comme dans le travail. Toutes les activités faites quotidiennement par le recourant sont réalisables, mais avec des moments de repos, ce qui correspond au taux de 50 % exigible dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, un taux d'activité supérieur n'étant pas exigible en raison du risque cardiaque (cf. lettre C.f supra).

Les experts répondent ainsi de manière incontestable aux objections émises par l'OAI. Au demeurant, on ne saurait affirmer, comme le fait le Dr C._____, (cf. lettre C.g supra), que le risque de mortalité

élevé lié à la sténose aortique sévère dont souffre le recourant n'est pas du ressort de l'AI. Dans la mesure où l'exercice d'une activité adaptée à un taux supérieur à 50 % entraîne un risque sérieux pour la vie ou pour la santé du recourant, il y a incontestablement lieu de tenir compte de cet élément dans l'appréciation de sa capacité de travail (cf. art. 21 al. 4 LPGA, aux termes duquel les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés).

Enfin, il convient de constater que les conclusions des experts judiciaires sur la capacité de travail du recourant dans une activité sédentaire adaptée à ses limitations fonctionnelles cardiologiques corroborent celles que le Dr M._____, mandaté en qualité d'expert par l'OAI, avait déjà posées dans ses rapports des 24 août 2004 et 8 décembre 2004, soit que celui-ci estimait même, en motivant dûment son appréciation, que l'exigibilité dans une activité sédentaire, tenant compte des limitations fonctionnelles cardiologiques, ne dépassait pas 40 %. Quant au Dr K._____, son appréciation, émise le 20 décembre 2004, selon laquelle l'exigibilité dans un emploi sédentaire est de 100 %, apparaît exagérément optimiste et ne peut être retenue au vu des avis particulièrement bien motivés des experts judiciaires et du Dr M._____. Au demeurant, le Dr K._____ a adhéré dans un rapport ultérieur du 12 janvier 2006 aux conclusions de l'expert M._____, ce qu'il a confirmé lorsqu'il a été contacté par l'expert judiciaire le Dr D._____ (cf. lettre C.f supra).

c) Sur le vu de ce qui précède, il doit être retenu, conformément aux conclusions probantes de l'expertise judiciaire, que seule une capacité de travail de 50 % est raisonnablement exigible du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles cardiologiques.

5. Reste à déterminer le degré d'invalidité sur cette base.

a) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.1.2.1).

Dans le cas particulier, contrairement à ce que soutient la Division administrative de l'OAI dans son rapport du 4 août 2005, il convient de prendre en compte le dernier salaire réalisé par le recourant avant la survenance de l'atteinte à la santé, le fait que celui-ci ait décidé de reprendre son ancienne activité professionnelle après un reclassement de l'AI n'étant pas déterminant. Il résulte ainsi des indications fournies par l'ancien employeur du recourant que ce revenu se serait élevé en 2003 – soit au début du droit éventuel à une rente – à 5'202 fr. par mois, soit à 67'626 fr. par année (5'202 fr. x 13).

b) S'agissant du gain d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'a pas, selon les pièces au dossier, repris d'activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles, il y a lieu de se référer aux données statistiques telles qu'elles résultent des chiffres ESS de l'Office fédéral de la statistique, singulièrement aux salaires bruts standardisés en se fondant sur la valeur médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre, en 2002, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), à savoir 4'557 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 54'684 fr. par année. Comme les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de 40 heures, ce salaire doit être converti à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 soit 41,7 heures (La Vie économique 3-2010, tableau B 9.2, p. 94), ce qui représente 57'008 fr. (54'684 : 40 x 41,7). Ce

montant, adapté à l'évolution des salaires de 2002 à 2003 (1,4 %; La Vie économique 3-2010, tableau B10.2, p. 95) et converti à un taux d'activité exigible de 50 %, il en résulte un revenu de 28'903 francs.

Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut encore faire l'objet d'un abattement. La mesure dans laquelle ces salaires doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1; TF 9C_354/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5.1). En principe, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2).

En l'espèce, il est constant que le recourant présente des limitations fonctionnelles cardiologiques et qu'il était âgé de 56 ans au moment de la reprise exigible d'une activité professionnelle adaptée. C'est donc à juste titre que l'administration a retenu un abattement de 15 %, ce qui conduit à retenir un revenu annuel avec invalidité de 24'567 fr. (28'903 fr. x 85 %).

c) La comparaison d'un revenu annuel avec invalidité de 24'567 fr. avec un revenu annuel sans invalidité de 67'626 fr. fait apparaître une perte de gain de 43'058 fr. et donc un degré d'invalidité de 63.67 %, soit, arrondi au pour-cent supérieur (ATF 130 V 121 consid. 3.2), de 64 %. Un tel degré d'invalidité ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2003 (art. 28 al. 1 et art. 29 al. 1 let. b et al. 2 aLAI, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), puis à trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004 (art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007; cf. consid. 3a supra).

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 64 %, dès le 1^{er} août 2003, puis à trois quarts de rente, basée sur le même degré d'invalidité, dès le 1^{er} janvier 2004.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels 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. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais.

c) Le recourant, qui obtient largement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à 1'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**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 sur opposition rendue le 30 mai 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente

d'invalidité dès le 1^{er} août 2003, puis à trois quarts de rente dès le 1^{er} janvier 2004.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Christophe Maillard, avocat (pour P. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :