

## VD\_GERICHTE ZD17.040222 vom 5. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.040222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.040222)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.040222 du 5 novembre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.040222 del 5 novembre 2018

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 295/17-321/2018 ZD17.040222 CO UR DE S  
ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 5 novembre 2018 \_\_\_\_\_ Composition : Mme BRÉLAZ  
BRAILLARD, présidente Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges Greffière : Mme  
Rochat \*\*\*\*\* Cause pendante entre : A. \_\_\_\_\_, à (...), recourant, représenté par Me  
Christian Favre, à Lausanne, et U. \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17  
LPGA ; art. 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéficiaire  
d'un permis C, a travaillé en qualité de nettoyeur à 100% depuis 2008 auprès de l'entreprise  
[...] jusqu'au 28 février 2011, date du début de son incapacité de travail. Il a été licencié par  
lettre du 24 février 2011 avec effet au 30 avril 2011. L'assuré a présenté des rectorragies de  
sang frais s'accompagnant d'un ténesme occasionnel depuis février 2011. Lors d'une  
consultation en urgence à l'Hôpital de [...] le 8 avril 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
chirurgie viscérale, a mis en évidence une masse ulcérée sus-anale, dont la biopsie a révélé  
un adénocarcinome. Un traitement par radio-chimiothérapie d'une durée de six mois était  
proposé ainsi que, par la suite, une prise en charge chirurgicale avec amputation abdomino-  
périnéale. La radiothérapie et la chimiothérapie ont respectivement débuté les 26 et 27 avril  
2011, tandis que l'amputation abdomino- périnéale avec reconstruction des releveurs a été  
pratiquée le 29 juillet 2011. L'assuré a déposé une demande de prestations le 31 août 2011  
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en  
faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 28 février 2011 en raison du cancer  
du rectum dont il souffrait, ainsi que de problèmes de hanches. Le 23 septembre 2011, le Dr  
N. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil  
locomoteur, a indiqué que l'assuré présentait une coxarthrose droite opérée en mars 2007,  
laquelle développait des douleurs depuis au moins une année. Des examens avaient permis  
de mettre en évidence une probable réaction au métal sur une prothèse qui avait été dans  
l'intervalle retirée du commerce. L'assuré développait par ailleurs une coxarthrose gauche

- 3 - symptomatique. Un changement de son resurfaçage à droite avec mise en place d'une  
prothèse classique était probablement nécessaire de même que la mise en place d'une  
prothèse totale de hanche à gauche. L'assuré devait cependant terminer ses séances de  
chimiothérapie et se remettre de sa chirurgie colo-rectale avant d'envisager une chirurgie  
orthopédique. Il était probable que l'assuré ne puisse pas reprendre d'activité  
professionnelle, en tout cas pas avant une année. Le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
médecine interne et oncologie médicale, a indiqué dans un rapport du 28 septembre 2011  
que l'assuré présentait un état dépressif majeur. La reprise de l'activité était cependant  
possible à partir du printemps 2012. Dans un certificat médical intermédiaire du 18 janvier  
2012, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant, a retenu les diagnostics d'amputation

abdomino-périnéale, de radio-chimiothérapie et de mise en place d'un port à cath (PAC) droite en septembre 2011. L'assuré était affaibli tant sur le plan physique que psychique. L'incapacité de travail était entière, et ce pour une durée indéterminée. L'assuré a subi une intervention de sa hanche droite le 25 septembre 2012 (changement de sa prothèse de hanche). Le 30 octobre 2012, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale avec la réalisation d'une caecotomie par laparotomie pour l'ablation d'un polype. Selon le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale au Service d'oncologie de l'Hôpital de [...], l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'une fatigabilité, d'une dysurie, d'une iléostomie, d'une polyneuropathie périphérique sensitive, de douleurs articulaires et d'un état anxio-dépressif (rapport du 13 décembre 2012). Dans un rapport du 19 janvier 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_, a retenu les diagnostics de cancer colo-rectal en cours de traitement, de coxarthrose gauche et de status après changement de prothèse total de la

- 4 - hanche droite intervenu en octobre 2012 en raison d'une réaction au métal. La capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeur était nulle. Les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée étaient les suivantes : pas de port de charge, pas de déplacement sur terrain irrégulier, pas d'échafaudage, d'échelles ou autres. L'activité devait par ailleurs autoriser la position assise alternée avec la position debout. La coxarthrose gauche était encore modérée, mais nécessitait à terme l'implantation d'une prothèse. Dans un rapport du 19 janvier 2013, la Dresse Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen existant depuis l'été 2011. L'assuré était profondément touché dans l'image de soi et les séquelles de la maladie physique avaient un important retentissement sur son état psychique. Une symptomatologie dépressive en lien avec sa situation entraînait des difficultés majeures à initier des actions et à maintenir l'effort, en raison de la présence d'un ralentissement psychomoteur, d'une anhédonie et d'une importante irritabilité s'il était confronté au stress. On pouvait également relever une difficulté à se mettre au travail et à maintenir tout effort à raison de la poche intestinale qui limitait les mouvements et qu'il devait constamment surveiller. L'évolution des symptômes dépressifs était lentement favorable à cause de la gravité de la maladie. Grâce à une adaptation médicamenteuse, la récupération était néanmoins seulement partielle. Le 1er juillet 2013, la Dresse Y. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que depuis son dernier rapport du 19 janvier 2013, l'état de l'assuré était resté stationnaire. Sur le plan psychiatrique, elle notait la persistance des symptômes dépressifs malgré l'introduction d'un traitement médicamenteux. Il était difficile de se prononcer quant à l'évolution clinique future de l'assuré parce que son état psychique dépendait essentiellement de limitations somatiques causées par le cancer. Une reprise professionnelle adaptée pouvait néanmoins permettre de retrouver du plaisir et l'estime de soi.

- 5 - Faisant suite au rapport de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a proposé, dans un avis du 17 juillet 2013, d'initier un stage d'observation progressif dans des activités adaptées. Il s'agissait de tenir compte de l'atteinte oncologique (fatigabilité) et d'une coxarthrose qui imposait une activité légère, sans port de charges, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail sur échafaudage ou échelle, et permettant l'alternance des positions. Le 24 octobre 2013, l'assuré s'est vu implanté une prothèse de hanche à gauche, en raison de la coxarthrose qu'il présentait. Le 28 novembre 2013, la Dresse Y. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était défavorable. Suite à l'aggravation de la maladie du colon, les symptômes dépressifs s'étaient aggravés, ce qui

rendait impossible la reprise d'un projet professionnel, même adapté. La situation devait être réévaluée dans une année selon elle. Le 9 janvier 2014, l'assuré a subi une nouvelle intervention pour un prolapsus stomial, en raison de la poche de colostomie qu'il tolérait mal et qui présentait des fuites. Le 4 février 2014, la Dresse [...], spécialiste en oncologie médicale, a indiqué à l'OAI qu'au plan oncologique, l'évolution de l'état de santé de l'assuré était bonne. Elle a indiqué que selon un rapport du 20 novembre 2013 de la Dresse [...], qu'elle n'a toutefois pas joint à son propre rapport, la capacité de travail dans toute activité était nulle. Le 7 février, le Dr D. \_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était stable, faisant état de l'intervention du 9 janvier 2014 pour un prolapsus stomial. L'assuré souffrait d'une dépression, de douleurs chroniques pelviennes, de coxalgies et rencontrait également des problèmes de gestion de son appareil de colostomie. La somme des problématiques rendaient une réinsertion professionnelle difficile.

- 6 - Il ressort de l'avis de consultation d'oncologie du 2 décembre 2015 établi par la Dresse [...], spécialiste en oncologie médicale, que l'assuré présentait toujours la même symptomatologie, à savoir des douleurs occasionnelles au niveau de la colostomie, des arthralgies au niveau des hanches des deux côtés et la persistance de selles diarrhéiques. Sur le plan moral, l'assuré avait cessé son suivi par la psychologue mais prenait toujours son traitement. Il signalait des céphalées quotidiennes secondaires selon lui à une trop grande anxiété relative à ses soucis financiers, physiques et familiaux. L'examen clinique était sans particularité. Le scanner thoraco-abdominal de contrôle réalisé le même jour montrait l'absence de récurrence tumorale et de localisation secondaire dans le cadre du status post amputation abdomino-périnéale. Par communication du 6 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, oncologie, orthopédie, psychiatrie) était nécessaire afin de clarifier son droit aux prestations. Le mandat d'expertise a été confié par l'OAI à la Policlinique Médicale Universitaire de [...]. Dans ce cadre, l'assuré a subi différents examens et entretiens, les 23 février, 21 et 22 mars et le 1er avril 2016. Dans leur rapport d'expertise du 31 mai 2016, dont les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire, les Drs V. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_, spécialistes en médecine interne générale, et le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, de coxarthrose bilatérale sur dysplasie de hanche, d'adénocarcinome du bas rectum et d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne. Les experts ont indiqué qu'en raison de la succession des événements médicaux (prise en charge thérapeutique du cancer jusqu'à fin 2011, changement de la prothèse de hanche droite en septembre 2012, ablation chirurgicale d'un polype en octobre 2012, mise en place d'une prothèse de hanche gauche en octobre 2013, et chirurgie d'une fuite stomiale en janvier 2014), la capacité de travail était restée nulle jusqu'à fin avril 2014, soit six mois après

- 7 - l'implantation d'une prothèse totale de hanche gauche. A partir du 25 octobre 2014, du fait des séquelles orthopédiques et du traitement du cancer, la capacité de travail de l'expertisé était estimée à 50%. Ces conclusions résultent de l'appréciation suivante du cas : « [...] Du point de vue internistique, Monsieur A. \_\_\_\_\_ signale la gêne occasionnée par le port d'une poche de stomie en société avec la nécessité de changement fréquent de celle-ci. Il n'y a pas de fuite de la stomie, pas d'allergie au matériel utilisé. Les limitations fonctionnelles en lien avec la stomie sont : pas de travail lourd, pas de port de charges, pause supplémentaire possible pour changement de la poche si nécessaire. Du point de vue

oncologique, l'examen clinique ne retrouve pas d'élément orientant vers une récurrence de la maladie cancéreuse qui est toujours en rémission. L'expertisé signale des dysesthésies des mains qui peuvent correspondre à un effet secondaire de la chimiothérapie. Cependant en l'absence de trouble moteur, nous ne considérons pas que ces dysesthésies aient un retentissement fonctionnel. Monsieur A. \_\_\_\_\_ signale également des douleurs périanales/anales sans explication particulière à l'examen clinique. Un suivi clinique et radiologique par les oncologues est nécessaire pendant au moins 5 ans du fait du risque de récurrence de la pathologie colique. Du point de vue orthopédique, nous notons un mauvais résultat du changement de prothèse de la hanche droite avec des douleurs qui n'ont jamais cessé et objectivement nous retrouvons à notre examen une insuffisance des fessiers de la hanche droite avec boiterie douloureuse. A gauche, Monsieur A. \_\_\_\_\_ a eu la mise en place d'une prothèse totale par voie transfessière le 24.10.2013. L'expertisé indique la persistance de douleur de la région trochantérienne. Les radiographies de la hanche gauche montrent une prothèse de hanche bien en place. Il n'y a pas d'argument pour une infection de la prothèse. En dehors de lésions musculaires en lien avec la voie d'abord pour la mise en place de la prothèse, nous n'avons pas d'explication pour les plaintes douloureuses concernant la hanche gauche. Il n'y a plus de traitement à envisager du point de vue orthopédique. Du fait de la présence de deux prothèses de hanche et des difficultés de déplacement, un travail en position essentiellement assise est indiqué, avec déplacement occasionnel. En raison des lombalgies basses en rapport avec des discopathies lombaires étagées et une arthrose facettaire postérieure, l'activité ne doit pas comporter de porte-à-faux ou de flexion répétée du tronc. L'activité habituelle de nettoyeur n'est plus adaptée à l'état de santé de Monsieur A. \_\_\_\_\_, dans cette activité la capacité de travail est définitivement nulle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'expertisé est estimée à 50% en raison de la gêne fonctionnelle aux déplacements sur son lieu de travail et aussi pour se rendre au travail et au vu de la nécessité de se lever occasionnellement, en particulier en présence des douleurs anales.

- 8 - Sur le plan psychiatrique, il est noté un discret ralentissement idéomoteur, des troubles de la mémoire, une fatigabilité, une humeur triste et un découragement chez un expertisé avec peu de capacité d'abstraction. Sur l'anamnèse et après notre entretien, nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif ayant fait suite à l'annonce du diagnostic du cancer. Actuellement, l'intensité est estimée légère à moyenne. Le suivi spécialisé a été interrompu en 2014 par Monsieur A. \_\_\_\_\_ en raison d'un découragement. Cependant l'expertisé, du fait de ses faibles capacités de mentalisation semble peu accessible à la psychothérapie et, par ailleurs il poursuit la thérapeutique antidépressive, comme les dosages sanguins le montrent, avec son médecin traitant. Du point de vue purement psychiatrique, nous considérons que la capacité de travail de Monsieur A. \_\_\_\_\_ est entière dans une activité tenant compte de sa diminution de résistance au stress, depuis 2014. Dans un avis SMR du 15 juin 2016, le Dr [...] a retenu les diagnostics de coxarthrose bilatérale sur dysplasie de hanche et adénocarcinome du bas rectum. L'assuré présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (au plan ostéoarticulaire : activité principalement assise, éviter le travail en flexion du dos ou en porte-à-faux. Au plan psychiatrique : diminution de la résistance au stress, fatigabilité). Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 25 octobre 2014. Le 8 février 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet d'acceptation de rente, dans lequel il lui reconnaissait un droit à une rente entière dès le 1er mars 2012, puis un droit à une demi-rente dès le 1er février 2015. L'OAI a estimé que depuis cette date, la capacité de travail résiduelle de l'assuré pouvait être mise

en valeur dans des activités telles qu'ouvrier en industrie légère, ouvrier de production, contrôleur qualité ou préparateur de commande. Entendu par l'OAI le 17 avril 2017, l'assuré a contesté le préavis du 9 février 2017. Il a confirmé son opposition par courrier du 20 avril 2017 en indiquant qu'il n'était plus en mesure de travailler et qu'il devait vivre au quotidien avec des douleurs insupportables et des médicaments. Il a joint à son courrier un rapport du 5 mars 2017 établi par le Dr X. \_\_\_\_\_, lequel indiquait que l'assuré se trouvait en incapacité totale à long terme, ce qui équivalait à une rente à 100%. L'assuré

- 9 - souffrait d'un état dépressif chronique et de douleurs chroniques qui avaient un impact important sur son état général. Les simples activités de la vie quotidienne étaient déjà vécues comme difficiles ; par exemple, il était incapable de rester trop longtemps assis en raison de l'apparition rapide de douleurs au niveau de son bassin, associée à une humeur très fragile. Une nouvelle expertise était nécessaire. Par décision du 18 août 2017, l'OAI a confirmé son préavis du 9 février 2017, en indiquant que le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2017 n'apportait aucun élément nouveau ou de nature à changer sa position. En particulier, les diagnostics retenus par ce médecin étaient déjà connus. Il n'apportait par ailleurs aucune anamnèse, ni status ostéo- articulaire de médecine générale ou de psychiatrie rendant plausible une aggravation de l'état de santé. Enfin, les plaintes évoquées avaient déjà été prises en considération par les experts en mai 2016. B. Par acte du 19 septembre 2017, A. \_\_\_\_\_, désormais représenté par Me Christian Favre, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 15 juin 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2012 et subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. En substance, il conteste disposer d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et considère à cet égard que le rapport d'expertise du 31 mai 2017 est lacunaire, en particulier quant à l'appréciation de la capacité de travail sous l'angle oncologique. L'assuré conteste également le montant du revenu d'invalidité retenu par l'OAI, qui ne tient pas compte d'une diminution de rendement ni d'un taux d'abattement suffisant. Au titre des mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, son audition en qualité de partie ainsi que celle de son épouse, en qualité de témoin. Dans sa réponse du 19 octobre 2017, l'OAI s'est référé au rapport des 15 juin 2016 et 8 mai 2017 établi par le SMR ainsi qu'aux rapports et fiche de calcul du salaire exigibles avant de proposer le rejet

- 10 - du recours et le maintien de la décision querellée. S'agissant de la date de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, fixée au 1er février 2015, l'OAI a donné les explications suivantes : « concernant la date, à partir de laquelle l'exercice d'une activité adaptée est devenu exigible à un taux de 50%, les experts l'ont fixée 6 mois après la mise en place, le 24 octobre 2013, de la prothèse totale de la hanche gauche (cf. rapport d'expertise du 31 mai 2016, page 18, réponse à la question 3, et page 19, question 3 également). Or la date finalement retenue du 25 octobre 2014 (page 17 in fine et 18, question 3) se situe encore 6 mois plus tard, soit un an après l'intervention. Nous avons pris le parti de fixer à octobre 2014 la récupération de la capacité de travail partielle, plutôt que de réinterroger les experts pour voir s'il fallait arrêter une date de 6 mois antérieure. Au vu des renseignements à disposition, on pouvait en effet admettre que l'amélioration de la capacité de travail existait en tout cas en octobre 2014, d'où notre décision de diminuer la rente dès le 1er février 2015 seulement ». Les parties ont maintenu leurs conclusions dans leur courrier respectif des 9 et 30 novembre 2017. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

- 11 - c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2015, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. 3. a) Selon le droit fédéral 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 art. 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 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

- 12 - 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. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins,

trois quarts de rente pour un taux de 60% au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins. c) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les

- 13 - circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413, en particulier, consid. 2d et et 3 ; cf, aussi TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 4). 4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

- 14 - (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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). b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

- 15 - plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références). 5. En l'occurrence, l'OAI a octroyé une rente dégressive au recourant, soit une rente entière pour la période du 1er mars 2012 au 30 janvier 2015, puis une demi-rente dès le 1er février 2015. Il convient de se rapporter à ces deux périodes successives, en vertu de la jurisprudence précitées (consid. 3c supra). 6. Dans sa décision du 18 août 2017, l'OAI a fondé le droit à une rente entière pour la période du 1er mars 2012 au 30 janvier 2015 sur le constat d'une incapacité totale du recourant d'exercer toute activité lucrative au moment de l'échéance du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. c LAI, et cela jusqu'au 25 octobre 2014. L'incapacité totale de travail retenue pour cette période s'explique par les opérations viscérales et des deux hanches subies par le recourant entre le 29 juillet 2011 et le 9 janvier 2014, ainsi que par les périodes de convalescence qui les ont suivies.

- 16 - Il n'y a pas lieu de remettre en cause le droit du recourant à une rente entière d'invalidité pour cette période. En effet, d'une part, tous les médecins qui se sont prononcés sur cette question constatent une incapacité totale de travail, dans toute activité, pour la période en cause (cf. notamment certificat médical du Dr X. \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2012, rapports des 13 décembre 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_ et 4 février 2014 de la Dresse W. \_\_\_\_\_). D'autre part, les parties ne critiquent pas cet aspect de la décision. 7. En revanche, l'OAI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du 31 mai 2016 pour

considérer que dès le 1er février 2015, le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, étant admis qu'il ne pouvait par contre plus exercer son activité habituelle de nettoyeur, selon les avis concordants de tous les médecins. Le recourant soutient quant à lui qu'il n'est plus capable de travailler. a) Quoiqu'en dise le recourant, on peut relever que le rapport d'expertise du 31 mai 2016 remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels rappelés sous considérant 4a supra pour se voir conférer une pleine valeur probante. Singulièrement, les Drs M.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ se sont prononcés sur le vu de l'ensemble des pièces versées au dossier de la présente cause, ainsi que sur la base des examens cliniques réalisés entre le 21 mars 2016 et le 15 avril 2016 par les praticiens de la Policlinique médicale universitaire (consultation d'oncologie par le Dr [...], consultation de psychiatrie par le Dr P.\_\_\_\_\_ et consultation d'orthopédie par le Dr L.\_\_\_\_\_). Les conclusions qui résultent de leur analyse prennent en considération les différents aspects de l'état de santé de l'assuré en ce sens qu'elle porte sur la problématique orthopédique en relation avec ses prothèses de hanche, sur la problématique psychique en relation avec sa dépression et sur la problématique oncologique en relation avec le cancer colo-réctal en rémission. Ils ont par ailleurs rapporté par le détail les éléments pertinents de l'anamnèse familiale,

- 17 - psychosociale et professionnelle de l'assuré et ont pris en considération les plaintes de ce dernier, sans manquer de les confronter à leurs constats objectifs. Fruits d'une analyse approfondie de la situation, les conclusions communiquées le 31 mai 2016 sont exemptes de contradictions. Elles s'avèrent également motivées à satisfaction. A cet égard, le seul rapport postérieur à l'expertise du 31 mai 2016, établi par le Dr X.\_\_\_\_\_ le 5 mars 2017, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts M.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. Le Dr X.\_\_\_\_\_ se prononce de manière très succincte, au demeurant sur des éléments qui ne sont pas de sa spécialité comme la psychiatrie. Ses allégations relatives à la vie quotidienne du recourant sont en outre contredites par les déclarations que l'intéressé a faites lui-même dans le cadre de l'expertise (cf. expertise du 31 mai 2016, anamnèse familiale et psychosociale, p. 6). Il ne paraît par ailleurs pas incohérent de ne pas tenir compte de l'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ pour les motifs exposés ci-dessus, quand bien même le conseiller en charge des mesures professionnelles l'avait sollicité (cf. REA – Rapport final du 6 décembre 2016 et recours du 19 septembre 2017, point 8, p. 10). b) Contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'évaluation de sa capacité de travail en lien avec la problématique oncologique a été suffisamment prise en compte par les experts. En effet, sur cette question, ils ont relevé que l'examen clinique ne permettait pas d'orienter vers une récurrence de la maladie cancéreuse toujours en rémission, ce qui rejoint les conclusions du service de radiologie de l'Hôpital de [...] dans un rapport du 17 novembre 2015. Que l'assuré doive être suivi de manière régulière dans les cinq années suivant l'opération, particulièrement en raison du risque de récurrence de la pathologie colique, ne signifie pas encore que son état ne soit pas stabilisé. Il s'agit en effet d'un contrôle usuel qui suit l'opération en lien avec la tumeur. Le recourant relève encore que dans la mesure où la maladie oncologique est en rémission, il aurait fallu soumettre son cas à l'expertise d'un proctologue ou d'un gastroentérologue, et non pas d'un

- 18 - oncologue. Il ne ressort néanmoins pas du dossier que l'avis d'un tel spécialiste soit plus avisé que celui d'un oncologue dans le cas d'espèce, ni même que l'assuré consulte, dans le cadre du suivi de sa maladie, un proctologue ou un gastroentérologue. Le choix des intervenants qui ont contribué à l'élaboration du rapport d'expertise paraît dès lors

pleinement approprié au vu des pathologies présentées par le recourant. Toujours dans le contexte de la maladie oncologique, le recourant considère que l'expertise ne comporte aucune indication sur les limitations fonctionnelles en lien avec son cancer du rectum et l'amputation abdomino-périnéale (recours, p. 9), ce qui ne peut être suivi. En effet, les experts ont retenu, dans le cadre de l'« appréciation du cas », des limitations fonctionnelles en lien avec les douleurs périanales et anales ainsi qu'avec la stomie. Les experts n'ont en revanche constaté aucune répercussion fonctionnelle motrice en lien avec les fourmillements au niveau des mains dont se plaint le recourant, de sorte qu'ils n'ont, de façon cohérente, retenu aucune limitations fonctionnelle en lien avec cette gêne. S'agissant de la gêne occasionnée par la stomie et de ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, il en a été tenu compte puisque les experts ont considéré qu'un travail lourd devait être évité, qu'il ne devait pas porter de charges et disposer de temps pour changer la poche si nécessaire. Sur la question des douleurs périanales et anales, les experts ont constaté que la gêne et les douleurs exprimées par le recourant à ce niveau ne s'expliquaient pas d'un point de vue clinique. Ils ont par la suite relevé que le recourant, bien qu'il a indiqué en début d'expertise ne pas pouvoir rester assis plus de cinq à dix minutes, ne s'était levé qu'une seule fois au cours de l'entretien qui avait duré une heure trente. Lors de l'anamnèse psychosociale, le recourant a expliqué qu'il aimait assister à des concerts d'accordéon et voir danser des groupes folkloriques. Il a en outre beaucoup d'amis qu'il rencontre dehors, lors de promenades, au bar ou chez eux et le soir, il regarde la télévision avec son épouse. Ces indications fournies par le recourant lui-même laisse plutôt penser, à l'instar de ce qu'ont constaté les experts, qu'il dispose de la possibilité

- 19 - de s'asseoir pour des périodes plus longues, quand bien même il est probable qu'il doive se lever à plusieurs reprises, ce dont les experts ont tenu compte puisque la capacité de travail de l'intéressé est estimée à 50 % en raison de la gêne fonctionnelle au déplacement sur son lieu de travail et au vu de la nécessité de se lever occasionnellement en raison de douleurs anales (expertise, p. 17). Le fait que les experts indiquent que le recourant doit pratiquer une activité en position essentiellement assise tient vraisemblablement compte du besoin de se lever occasionnellement. On ne saurait dans ce contexte suivre le recourant lorsqu'il dit qu'il ne peut travailler ni complètement assis, en raison de sa maladie colorectale, ni complètement debout, en raison sa problématique orthopédique. Il découle des éléments qui précèdent que, s'agissant de la capacité de travail retenue par les experts de la Policlinique médicale universitaire, le recourant n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause leur appréciation ni même le caractère probant de leur expertise. 8. Le recourant fait grief aux experts d'avoir fixé sans explication la date de reprise de la capacité de travail au 25 octobre 2014. Il y voit un défaut de motivation, qui devrait être corrigé dans le cadre d'une nouvelle expertise à mettre en œuvre. Il apparaît néanmoins que l'expertise est suffisamment étayée sur ce point pour permettre la compréhension des éléments ayant conduit l'OAI à retenir que le recourant présentait une capacité de travail partielle à partir du 1er février 2015. En effet, les experts ont expliqué que la capacité de travail était restée nulle jusqu'à fin avril 2014, soit six mois après la pose de la prothèse de hanche gauche, en octobre 2013 (expertise, p. 18). Ce délai qui a été prolongé de six mois, permet de tenir compte de la succession des événements médicaux vécus par le recourant depuis 2012. Cette manière de faire, qui est au demeurant à l'avantage du recourant, ne paraît pas critiquable. Quant à l'OAI, c'est à juste titre qu'il a diminué la rente dès le 1er février 2015, soit trois mois après avoir constaté une amélioration déterminante de la capacité de gain,

- 20 - sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). En conséquence, l'argument tiré d'un défaut de motivation de l'expertise doit être écarté. 9. a) Concernant le degré d'invalidité, il est rappelé que chez les assurés actifs, il 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 ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4 ; 128 V 174). 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'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale 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

- 21 - 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 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005, consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005, consid. 4.2.4). b) Le recourant n'a pas contesté la méthode et le calcul du degré d'invalidité effectués par l'intimé. Il est cependant d'avis que l'abattement de 15% sur le revenu d'invalide est insuffisant. Selon lui, l'OAI aurait dû prendre en compte le critère de la nationalité et du permis de séjour pour déterminer l'abattement qui devrait dès lors être porté à 20% au moins. Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2 ; ATF 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant

les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les

- 22 - différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'abattement de 15% retenu par l'intimé qui tient compte des limitations fonctionnelles du recourant et de son âge. Etabli en Suisse depuis 1995 et au bénéfice d'un permis C, le recourant n'est pas désavantagé au plan salarial en raison de son origine ou de son permis de séjour, de sorte qu'il ne se justifie pas de procéder à un abattement plus élevé. On relèvera au surplus que d'éventuelles difficultés linguistiques ou la nationalité ne peuvent être considérées comme des critères déterminants au regard de la nature des activités encore exigibles, à savoir des activités simples, répétitives et ne nécessitant pas de formation particulière dans les domaines de la production et des services (TF 9C\_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3). Enfin, c'est à juste titre que l'appréciation ne tient pas compte d'une diminution de rendement supplémentaire subie par le recourant, à imputer sur le revenu d'invalidé, dès lors que l'évaluation de la capacité résiduelle de travail inclut déjà cet élément. Les experts ont en particulier retenu des limitations fonctionnelles en lien avec la stomie. Au surplus, l'assertion du recourant selon laquelle une personne en bonne santé a toujours un meilleur rendement qu'une personne qui souffre de dépression même légère ne repose sur aucun fondement, pas plus que celui selon lequel le traitement antidépresseur au citalopram affecterait la capacité de concentration et de rendement du recourant (cf. recours, p. 11 et 12). 10. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Vu l'issue du litige, la mise en œuvre des mesures d'instructions requises par le recourant n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-

- 23 - dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1). b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1

LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christian Favre (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invité à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), ce dernier a communiqué le 13 août 2018 une liste totalisant 13 heures de travail, dont 12 heures 30 effectuées par le stagiaire. Il requiert le paiement d'une indemnité de 1'465 fr. 20 auxquels s'ajoutent les débours (67 fr.) et la TVA (122 fr. 40). Vérifiée d'office, la liste des

- 24 - opérations doit ainsi être approuvée. En définitive, il convient donc d'octroyer à Me Favre un montant total de 1'654 fr. 60 (débours et TVA compris) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 18 août 2017 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. L'indemnité d'office de Me Christian Favre, conseil du recourant, est arrêtée à 1'654 fr. 60 (mille six cent cinquante- quatre francs et soixante centimes), TVA incluse. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière :

- 25 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Christian Favre, avocat (pour A. \_\_\_\_\_), à Lausanne - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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 :

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