

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après : l'assuré), ressortissant serbe né en 1977, sans formation professionnelle, père de 4 enfants mineurs, est arrivé en Suisse en avril 2001 et a par la suite été mis au bénéfice d'une admission provisoire.

Il ressort du dossier que l'assuré a travaillé de juin à août 2003 pour l'entreprise [...] à [...], puis d'août à octobre 2003 auprès de la société [...] à [...], et enfin de juin à décembre 2007 pour l'entreprise « [...]» à [...] (cf. extrait du compte individuel AVS du 13 février 2009). En outre, par le biais de l'Etablissement vaudois d'accueil aux migrants (ci-après : l'EVAM), l'intéressé a suivi une formation générale consacrée aux travaux du bâtiment, vraisemblablement en 2006 ou 2007.

b) En date du 2 février 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, en raison d'un adénocarcinome invasif du bas rectum diagnostiqué en novembre 2008. A cette occasion, il a notamment précisé qu'il n'exerçait aucune activité lucrative et bénéficiait de prestations d'assistance de l'EVAM.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a interpellé le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré. Dans un rapport du 19 février 2009, ce praticien a retenu les diagnostics se reperçant sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques depuis août 2003, et d'adénocarcinome invasif du bas rectum (stade T4 N1 Mx) depuis novembre 2008. Concernant les lombalgies, il a précisé qu'une lente amélioration était possible mais que le pronostic demeurait réservé. S'agissant de l'atteinte oncologique, il a indiqué le pronostic était indéterminé mais serait probablement bon pour autant que le traitement actuellement en cours soit efficace. Le Dr M._____ a relevé que l'assuré avait œuvré en dernier lieu comme

travailleur sur chantier (à 50%) dans une activité physique légère à modérée, qu'il s'était trouvé en incapacité de travail à 100% du 23 juillet au 15 août 2003, que tel était à nouveau le cas depuis le 1^{er} janvier 2009, qu'il présentait des restrictions physiques limitant le port de charges à 10 kg au maximum en raison des lombalgies, et que l'ancienne activité demeurait exigible à un taux de 50% avec port de charges légères à modérées, moyennant une diminution de 50% compte tenu des lombalgies à l'effort. Quant aux travaux encore envisageables dans le cadre d'une activité adaptée, ce médecin a essentiellement décrit une activité à un taux de 50%, privilégiant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10 kg.

A l'appui de son constat, le Dr M. _____ a notamment annexé deux rapports rédigés respectivement les 8 novembre 2005 et 10 janvier 2006 par le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale; il en ressortait pour l'essentiel qu'en 2003, alors qu'il travaillait dans la démolition, l'assuré avait dû repousser une lourde benne qui menaçait de l'écraser, qu'il souffrait depuis lors de douleurs lombaires chroniques, qu'il n'y avait pas de signe neurologique irritatif ou déficitaire, que la mobilité rachidienne était bonne, que des radiographies effectuées le 23 juillet 2003 montraient une discrète discopathie L4-L5, et que l'on pouvait retenir le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques. Le Dr M. _____ a par ailleurs produit diverses pièces médicales concernant l'affection oncologique de l'assuré, dont un rapport du 13 janvier 2009 des Drs S. _____ et B. _____, respectivement chef de clinique et médecin assistante auprès de la Fondation du Centre G. _____ du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier N. _____), posant le diagnostic d'adénocarcinome invasif du bas rectum à 3,5 cm de la marge anale, développé sur un adénome à dysplasie de haut grade, sans instabilité micro-satellite stade cT4 cN1 Mx (micro-nodule pulmonaire droite de 4,5 mm de diamètre, à suivre), avec status post-biopsie diagnostique le 17 décembre 2008 et mutation GAC du gène K-RAS; il était précisé que, dans un premier temps, un traitement néo-adjuvant par chimiothérapie et radiothérapie était indiqué afin de diminuer la taille de la lésion en vue d'une résection chirurgicale et de diminuer le risque de

récidive locale, et que, dans un second temps, un traitement chirurgical avec résection de la masse était prévu, l'assuré ayant pour sa part catégoriquement refusé la possibilité d'une colostomie temporaire ou définitive.

Par rapport du 20 mars 2009, la Dresse B._____ a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'adénocarcinome rectal depuis décembre 2008. Elle a précisé qu'un traitement à visée curative était en cours (comprenant actuellement de la chimiothérapie, avec radio-chimiothérapie et chirurgie à venir), qu'il y avait une lente amélioration des symptômes depuis le début de la chimiothérapie, mais que cette dernière engendrait de la fatigue. Elle a observé que l'assuré, dont la dernière activité avait consisté en une formation dans le bâtiment, présentait une incapacité de travail complète depuis le 17 décembre 2008, à réévaluer. S'agissant des restrictions, la Dresse B._____ a signalé de la fatigue et relevé que la manière dont celle-ci se manifestait au travail n'était pas évaluable. Elle a ajouté que l'activité exercée n'était plus exigible, que le rendement y était réduit compte tenu des effets secondaires de la chimiothérapie (fatigue, nausées, syndrome mains/pieds), et que l'on pouvait escompter une reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, mais que cette question devrait être réévaluée en fonction de la réponse au traitement en cours. Enfin, elle a estimé que les travaux encore envisageables dans le cadre d'une activité adaptée n'étaient pas évaluable.

A teneur d'un rapport du 10 juillet 2009, le Dr M._____ a essentiellement repris les termes de son précédent compte-rendu du 19 février 2009. Pour le surplus, il a précisé qu'il n'y avait pas d'amélioration significative à attendre au long terme, et a indiqué ce qui suit s'agissant des restrictions : «*psychique ~ sp*». Il a de surcroît produit un rapport du 12 juin 2009 des Drs O._____ et T._____, respectivement médecin chef et médecin assistant auprès du Service de radio-oncologie du Centre hospitalier N._____, précisant en particulier que l'assuré avait effectué 4 cures de chimiothérapie depuis fin décembre 2008, avec une bonne

réponse et une réduction volumétrique de la masse tumorale, et qu'il avait suivi du 1^{er} avril au 13 mai 2009 un traitement de radio-chimiothérapie préopératoire qu'il avait assez bien toléré.

Par rapport du 29 juillet 2009, le Dr L._____, médecin assistant au Centre G._____, du Centre hospitalier N._____, a signalé le diagnostic incapacitant d'adénocarcinome invasif du bas rectum stade cT4 cN1 M0 depuis le 17 décembre 2009 [recte : 2008]. Il a précisé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 9 mars 2009 avait mis en évidence une régression de la masse tumorale, qu'une intervention chirurgicale était indiquée (amputation rectale avec pose d'une colostomie), que le pronostic était réservé et qu'aucun traitement de chimiothérapie n'était dispensé en attendant la chirurgie. Le Dr L._____ a ajouté que l'assuré, qui avait en dernier lieu effectué une formation dans le bâtiment, présentait depuis le 17 décembre 2008 une incapacité de travail de 100%, à réévaluer. Il a mentionné des restrictions sous forme de fatigue, tout en précisant que l'on ne pouvait évaluer la manière dont celle-ci se manifestait au travail. Il a considéré que l'activité exercée n'était plus exigible, que le rendement y était réduit en raison de la fatigue, que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, mais qu'il y aurait lieu de réévaluer cette question après la chirurgie. S'agissant des travaux encore exigibles dans le cadre d'une activité adaptée, il a précisé que ceux-ci étaient «*non évaluables*».

Dans un rapport non daté, indexé par l'OAI le 3 mars 2010, le Dr L._____ a maintenu le diagnostic incapacitant d'adénocarcinome invasif du bas rectum cT4 cN1 M0 depuis le 17 décembre 2008. Il a émis un pronostic réservé, a précisé que l'assuré avait refusé l'intervention chirurgicale proposée (amputation rectale avec pose de colostomie), et a fait état d'une incapacité de travail à 100% pour la période du 17 décembre 2009 [recte : 2008] au 31 [recte : 30] juin 2009, date de la dernière consultation en oncologie. Pour le reste, il a considéré qu'il y avait lieu de réévaluer l'ensemble des questions concernant la capacité résiduelle de travail ainsi que les limitations de l'assuré.

Aux termes d'un compte-rendu du 8 mars 2010, le Dr M._____ a repris les diagnostics évoqués dans ses précédents rapports, faisant de surcroît mention, sur le plan lombaire, d'une discopathie L4-L5. Il a indiqué que le pronostic était stationnaire, a signalé une période d'incapacité de travail à 100% du 23 février 2003 au 28 juillet 2009, et a pour le surplus maintenu les observations formulées dans ses précédents rapports, tout en ajoutant que l'assuré n'était plus sous suivi médical depuis août 2009, qu'il avait refusé l'intervention chirurgicale qui lui avait été proposée à l'époque, et qu'un bilan sanguin était en cours.

c) L'OAI a confié au Dr K._____, spécialiste en médecine interne, le soin de réaliser une expertise. A cet effet, le Dr K._____ s'est vu transmettre le dossier médical constitué par l'office ainsi que diverses pièces complémentaires fournies par le Dr M._____, dont le résultat d'analyses de laboratoire effectuées le 8 mars 2010 ainsi que les pièces suivantes :

- un compte-rendu d'examen radiologique du rachis lombaire face/profil du 20 mars 2009 du Dr P._____, radiologue, se rapportant aux lombalgies chroniques non spécifiques de l'assuré et concluant à un rachis lombaire sans lésion susceptible d'expliquer la symptomatologie de l'intéressé;

- un rapport du 3 août 2009 du Dr R._____, chirurgien, exposant notamment que le traitement de radio-chimiothérapie avait permis une bonne diminution de taille de la tumeur avec disparition de la symptomatologie de syndrome rectal dont souffrait l'assuré, qu'une IRM de contrôle du 3 juin 2009 avait cependant montré la persistance d'une absence de plan de clivage au niveau du muscle releveur à gauche, qu'une échographie endo-rectale du 24 juillet 2009 avait confirmé qu'il existait une lésion nodulaire infiltrant le muscle pubo-rectal gauche sans qu'il n'y ait de plan de clivage, et que l'assuré continuait à refuser une amputation abdomino-périnéale;

- un rapport non daté (et dont la première page ne figure pas au dossier) émanant des Drs Z. _____ et F. _____, respectivement chef de clinique et médecin associé auprès du Service de chirurgie viscérale du Centre hospitalier N. _____, relevant qu'une intervention avait été organisée pour le 14 août 2009, que l'assuré avait entre-temps dû se rendre en catastrophe en Bosnie pour un voyage de durée indéterminée à la suite du décès de son père, et que l'intervention susdite avait par conséquent été renvoyée à une date ultérieure dans l'attente de nouvelles de l'intéressé;

- un rapport des Drs O. _____ et T. _____ du 18 août 2009, exposant que l'assuré avait été vu le jour même pour un contrôle de suivi à presque 3 mois de la fin du traitement radiothérapeutique, qu'aucune plainte n'était annoncée sur le plan subjectif, qu'il n'y avait pas de résistance à la palpation au niveau de l'abdomen, ni d'hépatosplénomégalie, que les loges rénales étaient indolores à la percussion, et qu'il n'y avait pas d'augmentation ganglionnaire suspecte au niveau inguinal bilatéral, ni d'irritation au niveau péri-anal; cela étant, aucun nouveau contrôle n'était prévu à la consultation de radio-oncologie, l'intéressé était suivi régulièrement en oncologie;

- un rapport d'IRM rectale du 25 juin 2010 des Drs A. _____ et E. _____, respectivement médecin associée et médecin assistant au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier N. _____, relevant l'absence de signe de récurrence tumorale, les caractéristiques IRM de la paroi rectale au site de la tumeur initiale étant d'allure séquentielle après traitement radio-thérapeutique.

Le Dr K. _____ a examiné l'assuré le 28 juin 2010 et a rendu son rapport d'expertise le 5 juillet suivant, faisant notamment état de ce qui suit :

"6 Appréciation du cas et pronostic

[...]

6.2 Situation actuelle

La situation est calme, sans syndrome rectal, sans perte de poids et conservation d'un bon état général. Du point de vue digestif, il se plaint parfois de douleurs anales à l'évacuation, parfois de faux besoins et le passage de 3 selles molles/jour, non glaireuses et sans exonération. Il n'y a pas de syndrome rectal typique, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de ténésme, ni d'épreinte. Il n'y a pas non plus d'incontinence.

L'examen clinique n'est pas relevant. L'assuré se plaint de douleurs de la hanche gauche, d'origine peu claire (examen difficile chez un patient peu collaborant).

Du point de vue oncologique, il n'y a donc plus de suivi depuis août 2009. M. Q. _____ a néanmoins consulté son médecin traitant, le Dr M. _____, en mars 2010. Le bilan sanguin était parfaitement dans la norme.

Enfin, le 25.06.2010, il a accepté la réalisation d'une IRM rectale au Centre hospitalier N. _____. Par rapport aux comparatifs effectués les 23.01, 09.03 et 03.06.2009, il n'est pas mis en évidence de signe de récurrence tumorale. Il n'y a pas d'adénopathie notamment présacrée. Les caractéristiques IRM de la paroi rectale, au site de la tumeur initiale, sont d'allure séquellaire selon le rapport du Dr [...], médecin associé du Service de radiodiagnostic du Centre hospitalier N. _____.

Ainsi, l'évolution est réjouissante, l'assuré paraissant en rémission complète. Il va de soi que le risque de rechute est vraisemblablement important.

6.3 Limitations fonctionnelles

Les discrets troubles digestifs, avec émission de 3 selles/jour, ne constituent pas d'handicap significatif. Il n'est pas retenu de limitations fonctionnelles résultant de l'affection oncologique.

Concernant les lombalgies chroniques non spécifiques, sans troubles statiques ou dégénératifs significatifs, [elles] sont davantage liées au syndrome de déconditionnement. Il n'est pas retenu non plus de limitations fonctionnelles. La capacité de travail est complète.

7 Réponses au questionnaire

A. Question cliniques

[...]

4. DIAGNOSTICS (SI POSSIBLE SELON CLASSIFICATION ICD-10)

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

- Adénocarcinome du rectum de stade T4 N1 probablement M0 (novembre 2008).

- Status après chimiothérapie néo-adjuvante puis radio-chimiothérapie (Xeloda) terminée le 13.05.2009.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Lombalgies chroniques non spécifiques.

B. Influences sur la capacité de travail

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS

au plan physique

Il n'y a pas de limitations.

au plan psychique et mental

Pas de limitations.

au plan social

Pas de limitations.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Une activité peut être menée à plein temps, sans restriction.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

100%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, à plein temps.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Une incapacité de travail [à] 100 % a été justifiée depuis le début décembre 2008 jusqu'au 31.07.2009.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Depuis le 01.08.2009, il n'y a plus d'incapacité de travail.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS ?

Non, la capacité de travail étant entière.

2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT ?

Sans objet.

3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉ ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Toute activité est exigible.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

100%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non.

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Sans objet."

Par rapport du 30 novembre 2010 essentiellement fondé sur les conclusions de l'expertise du Dr K._____, les Drs X._____ et W._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont retenu que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante, et que si l'on pouvait certes admettre une entière incapacité de travail du 1^{er} décembre 2008 au 31 juillet 2009 en lien avec la problématique oncologique, il demeurerait que la capacité de travail était entière depuis le mois d'août 2009, sans limitations fonctionnelles. En particulier, le dernier bilan biologique datant de mars 2010 était dans la norme et une IRM rectale du 25 juin 2010 ne montrait pas de signes de récurrence tumorale. Concernant les lombalgies chroniques non spécifiques, sans troubles statiques ou dégénératifs significatifs, elles étaient davantage liées à un syndrome de déconditionnement et ne justifiaient pas non plus de limitations fonctionnelles.

d) En date du 15 février 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, motivé comme suit :

"Résultat de nos constatations :

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoqué par le Dr K. _____ le 28 juin 2010 en vue d'une expertise médicale du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à partir du 1^{er} août 2009 vous présentez une capacité de travail et de gain entière, ceci dans toute activité.

Dans ces conditions, le droit à une rente ne peut que vous être nié."

L'assuré n'a pas formulé d'objections à l'encontre de ce projet.

e) Par décision du 11 avril 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision précité.

B. a) Par acte du 14 mai 2011 (date de l'envoi sous pli recommandé), Q. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, sollicitant la reprise de l'instruction de son dossier et faisant valoir que son état de santé «*ne s'est pas amélioré (douleurs, fatigue excessive, dépression) suite à un cancer, évolutif*».

Par mémoire complémentaire du 30 mai 2011, l'assuré conclut implicitement à l'annulation de la décision entreprise et demande à ce que son dossier soit réexaminé et à ce qu'il soit pris en charge par l'AI à hauteur de 70-80%, cela afin de lui permettre de retrouver un «*petit travail, si possible, pour le moral*». Au surplus, il allègue notamment ce qui suit :

"Pour moi, je n'ai pas eu de chance[,] persécutions dans mon pays, guerre, assassinats dans ma famille, tout cel[a] a touché ma santé

(cauchemars, je ne dors pas la nuit[.]) Je ne peux décrire dans m[a] lettre tous mes problèmes, hallucinants. J'ai des peurs."

b) En date du 19 juillet 2011, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au jour même, et désigné son mandataire, Me Jean-Michel Duc, en tant qu'avocat d'office.

c) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 26 août 2011. Pour l'essentiel, il considère que l'instruction médicale du dossier a été menée à satisfaction compte tenu de la mise en œuvre d'une expertise médicale réalisée par le Dr K._____. L'office ajoute que l'adénocarcinome du rectum de stade T4 N1 est actuellement en rémission totale après chimiothérapie et radio-chimiothérapie, et que les lombalgies sont de nature non spécifique, sans troubles statiques ou dégénératifs significatifs, et liées à un syndrome de déconditionnement. Ainsi, vu que l'incapacité de travail survenue du 12 décembre 2008 au 31 juillet 2009 a duré moins d'une année, l'intimé estime que le droit à la rente n'est pas ouvert et que la décision litigieuse n'est pas contestable.

d) Par réplique du 27 décembre 2011, le recourant, par son conseil, précise ses conclusions en ce sens qu'il requiert l'annulation de la décision attaquée et l'octroi d'une rente AI dès le 1^{er} août 2009. D'une part, il insiste sur le fait qu'il souffre de douleurs persistantes, de fatigue excessive et de dépression, et souligne que le Dr L._____ a fait état d'une fatigue invalidante dans son rapport du 29 juillet 2009. Or, nonobstant ces éléments, l'OAI n'a procédé à aucune investigation sous l'angle psychique. D'autre part, l'assuré allègue que le Dr K._____ s'est écarté sans aucune motivation des limitations fonctionnelles décrites par le Dr M._____ dans ses comptes-rendus des 13 [recte : 19] février 2009 et 8 mars 2010, et ajoute que l'expert n'a en outre tenu compte ni de la grave affection subie, ni du lourd traitement prodigué. Considérant dans ces conditions que l'expertise du Dr K._____ est incomplète et contradictoire, et invoquant de surcroît une instruction insuffisante en procédure administrative, le recourant requiert la mise en œuvre d'une

expertise médicale pluridisciplinaire - sur les plans somatique et psychiatrique - auprès du Département [...] (ci-après : le H. _____).

e) Aux termes de sa duplique du 27 janvier 2012, l'intimé maintient sa position. Il observe tout d'abord que les affections alléguées par le recourant (douleurs persistantes et dépression) n'ont aucune valeur médicale et doivent être considérées comme des plaintes subjectives. Il relève par ailleurs que le Dr L. _____ a certes fait état d'une fatigue non évaluable empêchant l'assuré de travailler, mais que cette appréciation se base sur les plaintes de l'assuré et n'est pas de nature à remettre en question l'appréciation de l'expert K. _____, lequel a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles sur les plans oncologique et rhumatologique, l'affection oncologique étant en rémission complète et les lombalgies étant liées à un syndrome de déconditionnement non incapacitant. Enfin, l'office relève que selon la jurisprudence fédérale, les constatations émanant des médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec une certaine réserve.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. 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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).c

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références citées).

c) 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. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'espèce, se basant essentiellement sur l'expertise du Dr K._____, l'OAI a retenu, aux termes de la décision litigieuse, que la capacité de travail et de gain de l'assuré était entière dans toute activité depuis le 1^{er} août 2009.

Le recourant a de son côté contesté le point de vue de l'intimé, se prévalant, sous l'angle somatique, de la grave affection subie, du lourd traitement prodigué ainsi que des limitations fonctionnelles décrites par le Dr M._____, et faisant valoir, s'agissant de l'aspect psychique, que l'office avait ignoré les problèmes évoqués tant par lui-même que par le Dr L._____.

a) Sur le plan somatique, il convient de distinguer entre l'affection oncologique, d'une part, et les troubles lombaires, d'autre part.

aa) Au niveau oncologique, il est constant que l'assuré s'est vu diagnostiquer un adénocarcinome du rectum en novembre ou décembre 2008 (selon les versions), qu'il a suivi 4 cures de chimiothérapie dès fin décembre 2008, qu'il a ensuite bénéficié d'un traitement de radiochimiothérapie du 1^{er} avril au 13 mai 2009, qu'aucune intervention chirurgicale n'a pu être réalisée - l'intéressé s'y étant dans un premier temps catégoriquement opposé, puis n'ayant plus donné de nouvelles au service hospitalier compétent -, que la dernière consultation en oncologie a eu lieu en juin 2009 et que le suivi médical a finalement été interrompu en août 2009; tout au plus relèvera-t-on qu'en tant qu'il suggère que l'assuré aurait fait l'objet d'un suivi en oncologie au-delà du mois d'août 2009, le rapport du 18 août 2009 des Drs O._____ et T._____ ne saurait être suivi puisqu'infirmé par les autres pièces du dossier (cf. rapports du Dr L._____ du 3 mars 2010 et du Dr M._____ du 8 mars 2010). Est en revanche plus délicate l'évaluation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré en lien avec son adénocarcinome. A cet égard, il y a lieu d'examiner si les conclusions de l'expert K._____ sont mises en doute par l'avis des médecins traitants interpellés sur le sujet.

Ainsi, dans son rapport d'expertise du 5 juillet 2010, le Dr K._____ a retenu le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail d'adénocarcinome du rectum stade T4 N1 probablement M0 (novembre 2008), avec status après chimiothérapie néo-adjuvante puis radiochimiothérapie (Xeloda) terminée le 13 mai 2009 (cf. rapport d'expertise du 5 juillet 2010 pp. 16 et 19). Il a plus particulièrement relevé que

l'assuré ne bénéficiait d'aucun suivi depuis août 2009, que s'il avait certes consulté son médecin traitant en mars 2010, le bilan sanguin réalisé à cette occasion s'était toutefois révélé parfaitement dans la norme, et qu'une IRM rectale effectuée le 25 juin 2010 n'avait pas mis en évidence de signe de récurrence tumorale, les caractéristiques IRM de la paroi rectale, au site de la tumeur initiale, étant d'allure séquellaire. Le Dr K. _____ en a inféré que l'évolution était réjouissante, que l'assuré paraissait en rémission complète même si le risque de rechute était vraisemblablement important, que de discrets troubles digestifs avec émission de 3 selles/jour persistaient mais ne constituaient pas un handicap significatif, et qu'il n'était dès lors pas retenu de limitations fonctionnelles résultant de l'affection oncologique (cf. *ibid.* p. 18). Cela étant, le Dr K. _____ a retenu que l'assuré avait certes présenté une incapacité de travail à 100% du début du mois de décembre 2008 jusqu'au 31 juillet 2009, mais que, depuis le 1^{er} août 2009, la capacité de travail était entière dans toute activité, à plein temps et sans restrictions (cf. *ibid.* p. 20 s.).

Aux termes de son rapport du 19 février 2009, le Dr M. _____, médecin interniste traitant, a considéré que l'assuré souffrait d'un adénocarcinome rectal incapacitant. Toutefois, s'il a fait état d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité, ce médecin n'a paradoxalement spécifié aucune limitation fonctionnelle propre à l'adénocarcinome en question et susceptible de restreindre concrètement le taux d'activité exigible du recourant. Sous cet angle, l'appréciation du Dr M. _____ s'avère donc manifestement incomplète. En tout état de cause, ce praticien ne s'est que très laconiquement exprimé sur l'affection oncologique de l'assuré et n'a en définitive évoqué aucun élément concret et objectif qui aurait échappé à l'attention de l'expert K. _____. Bien plus, aux termes de son rapport du 19 février 2009, le Dr M. _____ a émis un pronostic favorable pour le cas où le traitement de l'assuré s'avérerait efficace (cf. rapport du 19 février 2009 ch. 1.4 p. 1), ce qui a précisément été le cas s'agissant tant des cures de chimiothérapie débutées en décembre 2008 (cf. rapports de la Dresse B. _____ du 20 mars 2009 [ch. 1.4 p. 1] et des Drs O. _____ et T. _____ du 12 juin 2009) que de la radio-chimiothérapie mise en œuvre d'avril à mai 2009 (cf. rapports du Dr

R._____ du 3 août 2009 et des des Drs O._____ et T._____ du 18 août 2009). Il apparaît par conséquent que le compte-rendu du 19 février 2009 ne contient aucun indice pertinent justifiant de s'écarter de l'expertise du Dr K._____. Le même constat s'impose à l'égard du rapport du Dr M._____ du 10 juillet 2009, aux termes duquel ce dernier s'est limité à reprendre les termes de son précédent compte-rendu, sans aucune motivation. En outre, si dans ses observations du 10 juillet 2009 le Dr M._____ a estimé qu'il n'y avait pas d'amélioration significative à attendre sur le long terme, il n'a nullement explicité les éléments l'ayant poussé à modifier son pronostic par rapport à celui - favorable - évoqué en février 2009, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'y arrêter. Enfin, dans son rapport du 8 mars 2010, le Dr M._____ a réitéré ses conclusions et fait état d'un pronostic stationnaire, tout en ajoutant que l'assuré avait refusé l'intervention chirurgicale proposée et n'était plus sous suivi médical depuis le mois d'août 2009. Ce faisant, ce médecin ne s'est référé à aucun élément concret et objectif qui permettrait de mettre en cause les conclusions du Dr K._____. Par conséquent, sous l'angle oncologique, on ne peut déduire de l'appréciation du Dr M._____ aucun motif justifiant de douter de l'avis de l'expert K._____.

Dans son compte-rendu du 20 mars 2009, la Dresse B._____, du Centre G._____ du Centre hospitalier N._____, a fait état d'un adénocarcinome rectal à titre d'atteinte avec impact sur la capacité de travail. Evoquant par ailleurs une entière incapacité de travail depuis le 17 décembre 2008, cette praticienne ne s'est pour le surplus pas prononcée de manière catégorique sur la capacité de travail et les limitations de l'assuré, considérant que ces questions devraient être réévaluées ultérieurement, respectivement qu'elles n'étaient pas évaluables - ces réserves étant de toute évidence motivées par le fait que l'intéressé se trouvait en traitement à cette époque et subissait en particulier les effets secondaires de la chimiothérapie (fatigue, nausées, syndrome mains/pieds [cf. rapport du 20 mars 2009 ch. 1.7 p. 2]). Sur ce point, il est révélateur de souligner que la Dresse B._____ a expressément indiqué qu'une éventuelle reprise de l'activité professionnelle ou amélioration de la capacité de travail devrait être réévaluée en fonction de la réponse au

traitement en cours (cf. rapport du 20 mars 2009 ch. 1.9 p. 2). Or, c'est précisément dans cette perspective qu'il y a lieu d'appréhender l'avis du Dr K._____, à savoir comme une réévaluation de la situation à l'issue du traitement mis en œuvre, traitement auquel l'assuré a du reste répondu positivement (cf. rapports de la Dresse B._____ du 20 mars 2009 [ch. 1.4 p. 1], des Drs O._____ et T._____ du 12 juin 2009, du Dr R._____ du 3 août 2009 et des Drs O._____ et T._____ du 18 août 2009). Dans ces conditions, il appert que le compte-rendu de la Dresse B._____ du 20 mars 2009 ne renferme en définitive aucun élément qui permettrait de mettre en doute les conclusions de l'expertise du Dr K._____.

En ce qui concerne le Dr L._____, également du Centre G._____ du Centre hospitalier N._____, il ressort d'un premier rapport du 29 juillet 2009 que ce médecin a lui aussi estimé - à l'instar de la Dresse B._____ - que l'adénocarcinome rectal avait des répercussions sur la capacité de travail, que celle-ci était nulle depuis le 17 décembre 2009 [recte : 2008], et que l'ensemble des questions ayant trait à la capacité de travail et aux limitations devraient être réévaluées ultérieurement, respectivement n'étaient pas évaluables. Plus particulièrement, le Dr L._____ a indiqué qu'une éventuelle reprise de l'activité professionnelle ou amélioration de la capacité de travail devrait être réévaluée «après la chirurgie» (cf. rapport du 29 juillet 2009 ch. 1.9 p. 2), traitement qui n'a au final pas pu être mis en œuvre. Cela étant, dans la mesure où le Dr L._____ a renoncé, le 29 juillet 2009, à se déterminer de façon définitive sur la capacité de travail du recourant mais a expressément réservé une évaluation ultérieure, à laquelle a précisément procédé le Dr K._____ dans son rapport d'expertise du 5 juillet 2010, la Cour de céans ne voit pas en quoi les conclusions de l'expert pourraient être remises en question par l'avis - qui plus est succinctement motivé - du Dr L._____. Le même constat s'impose s'agissant du rapport de ce dernier médecin du 3 mars 2010, mentionnant en substance que l'intervention chirurgicale proposée (amputation rectale avec pose de colostomie) avait été refusée, que la dernière consultation en oncologie avait eu lieu le 31 [sic] juin 2009, et que les questions portant sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré devaient être réévaluées. En

effet, là encore, le Dr L._____ n'a pas formulé de conclusions définitives quant à la capacité résiduelle de travail du recourant, pas plus qu'il n'a évoqué d'éléments importants dont l'expert K._____ aurait omis de tenir compte. Dans ces circonstances, il apparaît que l'appréciation du Dr L._____ n'est pas de nature à entamer le bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise du 5 juillet 2010.

Il découle de ce qui précède qu'en ce qui concerne l'aspect oncologique, l'analyse du Dr K._____ n'est nullement mise en doute par les autres avis médicaux au dossier. Partant, on retiendra avec l'expert que quand bien même l'assuré a souffert d'un adénocarcinome rectal ayant engendré une pleine incapacité de travail de décembre 2008 à juillet 2009, il n'en demeure pas moins que depuis août 2009, le recourant - en rémission complète - est en mesure d'exercer toute activité, à pleine temps et sans restriction.

bb) Au niveau lombaire, l'expert K._____ a posé le diagnostic dépourvu d'impact sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non spécifiques (cf. rapport d'expertise du 5 juillet 2010 pp. 16 et 19). Il a en particulier relevé que l'examen clinique n'était pas relevant, que les lombalgies précitées n'étaient pas assorties de troubles statiques ou dégénératifs significatifs mais étaient davantage liées à un syndrome de déconditionnement, et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle à signaler sous cet angle (cf. *ibid.* p. 18).

Seul le Dr M._____ a considéré que les lombalgies chroniques non spécifiques avaient valeur de diagnostic incapacitant (cf. rapports des 19 février 2009, 10 juillet 2009 et 8 mars 2010). Dans ce contexte, il a exposé en substance que les lombalgies limitaient le port de charges à 10 kg au maximum, que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle avec port de charges légères à modérées, et qu'une activité adaptée, privilégiant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de port de charges de plus de 10 kg, était également envisageable à un taux de 50% (cf. *ibid.*). Quoi qu'en dise le recourant (cf. notamment réplique du 27 décembre 2011 p. 2), son médecin traitant s'est limité à

avancer sa propre appréciation des faits sans réelle motivation et sans se référer à aucun élément objectif et concret que l'expert K. _____ aurait ignoré. Dans ces conditions, force est d'admettre que l'avis du Dr M. _____ ne saurait mettre en doute l'appréciation plus objective et circonstanciée de l'expert K. _____.

cc) Par ailleurs et surtout, le rapport du Dr K. _____ repose sur un examen clinique complet. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, et l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée. A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées et ont du reste rencontré l'aval du SMR (cf. rapport des Drs X. _____ et W. _____ du 30 novembre 2010) et, corollairement, de l'OAI. Dans ces conditions, il y a lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr K. _____ du 5 juillet 2010 répond en tous points aux exigences jurisprudentielles ayant trait à la valeur probante des rapports médicaux (cf. consid. 3c supra).

Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que se rallier à l'appréciation de l'expert K. _____. En définitive, il y a donc lieu de retenir, sur le plan somatique, que nonobstant un adénocarcinome rectal ayant engendré une pleine incapacité de travail de décembre 2008 à juillet 2009, il reste que depuis août 2009, l'assuré est en mesure d'exercer toute activité lucrative, à plein temps et sans restriction.

b) Les avis médicaux au dossier ne comportent aucune indication selon laquelle le recourant présenterait des troubles psychiques, et encore moins des troubles psychiques incapacitants. Bien au contraire, aux termes de son rapport du 10 juillet 2009, le Dr M. _____ a précisé qu'il n'y avait aucune restriction sous l'angle psychique («*psychique ~ sp*» [cf. rapport du 10 juillet 2009 ch. 1.7 p. 2]). Si le Dr L. _____ a mentionné, dans son rapport du 29 juillet 2009, des restrictions sous forme de fatigue, il n'a toutefois nullement laissé à entendre que celles-ci étaient liées à des troubles psychiques, contrairement à ce que semble prétendre le recourant (cf. réplique du 27 décembre 2011 p. 2). A cet égard, on rappellera que la Dresse B. _____ a elle aussi, dans son rapport

du 20 mars 2009, évoqué une problématique similaire mais qu'elle l'a mise en relation avec les effets secondaires de la chimiothérapie suivie par l'assuré (cf. rapport du 20 mars 2009 ch. 1.4 p. 1 et ch. 1.7 p. 2) et non avec des troubles psychiques. Enfin, l'assuré n'a pas allégué - ni a fortiori démontré - qu'il était suivi par un spécialiste en psychiatrie ou bénéficiait d'un traitement psychiatrique spécifique. Dans ces conditions, la Cour de céans ne peut que conclure à l'absence d'éléments médicaux concrets plaidant en faveur d'une pathologie psychique incapacitante. C'est dès lors à juste titre que l'OAI n'a procédé à aucune mesure d'investigation sous cet angle.

c) En procédure de recours, l'assuré s'est plaint de «*douleurs, fatigue excessive, dépression*» (cf. mémoire de recours du 14 mai 2011) et s'est notamment prévalu de troubles du sommeil et d'un sentiment de peur (cf. mémoire complémentaire du 30 mai 2011). Ses plaintes ne trouvent toutefois aucune assise dans le dossier (cf. consid. 4a et 4b supra). Par ailleurs, l'assuré s'est abstenu de fournir le moindre élément de preuve à l'appui de ses allégations. Il n'a dès lors pas rendu vraisemblables ses dires, lesquels ne sauraient, à eux seuls, emporter la conviction de la Cour de céans.

C'est ici le lieu de rappeler que l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; cf. TF I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1 et la référence citée), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

d) Au vu de ce qui précède, on ne peut que rejoindre l'OAI pour conclure que le recourant a certes présenté des troubles somatiques ayant engendré une complète incapacité de travail de début décembre 2008 au 31 juillet 2009, mais que dès le 1^{er} août 2009, l'intéressé a récupéré une pleine capacité de travail dans toute activité, à plein temps et sans restrictions.

5. Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire auprès du H._____, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a considéré que le recourant ne pouvait pas prétendre à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité, l'assuré ayant présenté une incapacité de travail totale de décembre 2008 à juillet 2009, soit durant une période inférieure au délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, et ayant ensuite récupéré une pleine capacité de travail et de gain à compter du 1^{er} août 2009 (cf. décision du 11 avril 2011 et réponse du 26 août 2011).

Il sied toutefois de relever, au demeurant, que de l'avis du Dr K._____, «*il va de soi que le risque de rechute est vraisemblablement important*» sur le plan oncologique (cf. rapport d'expertise du 5 juillet 2010 p. 18). Dès lors, si l'évolution de l'état de santé de l'assuré devait effectivement s'avérer négative, il appartiendrait, le cas échéant, au recourant d'introduire auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations dûment étayée, sans qu'il ne soit toutefois préjugé ici de l'issue d'une telle requête.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 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 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, celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a 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 a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc (cf. art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 6 heures

et 35 minutes de prestations d'avocat rémunérées à un tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ) et à 1 heure de prestations d'avocat-stagiaire rémunérée à un tarif horaire de 110 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. b RAJ), ce qui correspond à un montant total d'honoraires s'élevant à 1'295 fr., auquel il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit un montant de 103 fr. 60. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (cf. ATF 122 I 1). Selon le montant indiqué par le conseil d'office, ceux-ci s'élèvent à 50 fr., auxquels il convient d'ajouter 4 fr. de TVA. L'indemnité d'office du conseil du recourant s'élève ainsi à 1'452 fr. 60, TVA de 8 % comprise.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 avril 2011 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 laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil du recourant, est arrêtée à 1'452 fr. 60 (mille quatre cent cinquante-deux francs et soixante centimes).
- 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 :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :