

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2021

Composition : M. Piguet, président
M. Métral, juge, et Mme Gabellon, juge assesseure,
Greffière : Mme Berseth

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGGA ; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est titulaire d'un CFC de coiffeur obtenu en 2002. Depuis 2006, il a travaillé en qualité d'indépendant dans son propre salon.

Le 27 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), au motif qu'il présentait une incapacité de travail de 100% depuis le 16 septembre 2014 en raison d'une retro-prostatite chronique, de lombalgies d'origine pas claire et d'un état dépressif réactionnel.

Le Dr B._____, médecin traitant de l'assuré, a fait procéder à de multiples investigations aux plans rhumatologique, neurologique, urologique, infectiologique et antalgique, afin de déterminer l'origine des douleurs lombaires, périnéales et génitales dont souffrait son patient. Ces examens ont notamment permis d'écarter les hypothèses de rhumatisme inflammatoire (cf. rapports du 28 juin 2015 du Dr B._____ et du 9 août 2016 du Prof. H._____, rhumatologue au G._____), de troubles urologiques et neurologiques, d'arthrite réactive auto-immune de type syndrome de Reiter (cf. rapport du 30 août 2016 du Prof. T._____, urologue au G._____), de sacro-illite (cf. rapport d'IRM du 27 juillet 2016) ainsi que de myélopathie (cf. rapport d'IRM médullaire du 1^{er} février 2017).

L'assuré a séjourné à la N._____ (ci-après : N._____) du 8 au 28 mars 2017.

L'Office AI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, dont il a confié le mandat au S._____. Dans leur rapport du 19 octobre 2017 (ci-après : rapport d'expertise du S._____), les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux pelvien chronique associé à des troubles mictionnels, de

thalassémie mineure, de status après urétrorprostatite à *Enterococcus faecalis* (2014), de cervico-dorsalgies avec cervico-discarthrose prédominante en C5-C6, de protrusion discale paramédiane droite D6-D7, de lombalgies basses avec discopathies étagées de L2 à L4, de lombalisation de S1 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les experts ont considéré qu'hormis quelques périodes d'incapacité de travail transitoires en 2014 liées à l'urétrorprostatite, aucune de ces atteintes n'induisait de limitations fonctionnelles et que la capacité de travail de l'assuré restait entière, tant dans son activité habituelle de coiffeur que dans une autre activité adaptée, sans baisse de rendement. Ils ont en particulier estimé que l'assuré disposait de ressources préservées lui permettant de faire face aux déficits liés à son état de santé.

Le 20 octobre 2017, le Dr B._____ a transmis à l'Office AI un rapport d'IRM cervico-dorso-lombaire et sacro-iliaque du 12 octobre 2017 concluant à des anomalies pouvant entrer dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante. Le médecin traitant a indiqué que son patient serait pris en charge par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, en vue de l'introduction d'un traitement ciblé. Le 10 décembre 2017, le Dr B._____ a encore adressé à l'Office AI un lot de rapports médicaux dont il ressortait que le Dr M._____ avait adressé l'assuré au Dr L._____, spécialiste en rhumatologie (cf. rapport du Dr M._____ du 25 novembre 2017), que le Dr L._____ avait conclu à la prévalence d'une spondylarthrite ankylosante grave, lourde et sévèrement active (cf. lettre du 28 novembre 2017 à l'assureur-maladie) et que le Prof. F._____, spécialiste en rhumatologie, entretemps sollicité par le Dr B._____, avait posé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante probable et proposé l'introduction d'un traitement anti-TNF (cf. rapport du 1^{er} décembre 2017).

Invité par le SMR à déposer un complément d'expertise tenant compte des dernières pièces versées au dossier, les Drs W._____, R._____ et C._____ ont maintenu les conclusions de leur expertise le 9 janvier 2018. Ils ont en particulier estimé que l'examen des clichés de

l'IRM rachidienne du 12 octobre 2017 ne permettait pas de conclure à l'existence de signes formels de spondylarthropathie, le radiologue n'ayant au demeurant que suggéré que les anomalies constatées « pourraient rentrer dans le cadre d'une spondylarthropathie ». Les experts ont également considéré que les Drs M._____, L._____ et F._____ n'apportaient pas d'élément diagnostique complémentaire et qu'ils basaient leur hypothèse sur des éléments de symptômes subjectifs ainsi que sur un examen clinique fluctuant, le Prof. F. _____ ne faisant au demeurant état que d'une très forte probabilité de spondylarthropathie, et non d'un diagnostic affirmé. Relevant toutefois qu'un traitement anti-TNF était envisagé, les experts ont préconisé de revoir l'assuré à distance et de procéder à des examens complémentaires pour affirmer ce diagnostic sur des constatations objectives.

Dans un avis du SMR du 19 janvier 2018, la Dre J._____ a retenu qu'il n'existait aucune atteinte durablement incapacitante du ressort de l'assurance-invalidité. Considérant que l'assuré ne connaissait aucune limitation fonctionnelle, la Dre J._____ a estimé qu'il disposait d'une capacité de travail entière, tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée. Elle a en outre préconisé une réévaluation de la situation selon les termes proposés par les experts.

Par projet de décision du 24 janvier 2018, l'Office AI a signifié à l'assuré son intention de rejeter sa demande de prestations.

Le 10 février 2018, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité. A l'appui de son écriture, il a produit une attestation du 17 février 2018 du Dr B._____, selon laquelle il suivait un traitement spécifique de la spondylarthrite, qui ne montrait pour l'instant pas de modification de la symptomatologie, un changement de molécules étant d'ores et déjà prévu en cas de non-réponse au traitement en cours. Le Dr B._____ a également invoqué des troubles de l'humeur très importants, sous traitement de Saroten.

Aux termes d'un avis du 26 février 2018, la Dre J._____ a estimé que l'assuré n'avait pas apporté d'éléments nouveaux permettant de modifier sa position.

Par décision du 15 mars 2018, l'Office AI a confirmé son refus de prestations, au motif que l'intéressé ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et qu'il disposait toujours d'une capacité de travail de 100%.

B. Par acte du 27 avril 2018, V._____, représenté par Me Laurent Damond, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, dont il a conclu à l'annulation, suivie d'un renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision. Il a soutenu que, selon les constatations du Dr B._____, dont il a transmis un rapport du 15 avril 2018, ses douleurs inflammatoires de la colonne étaient liées au diagnostic de spondylarthrite axiale et avaient été déclenchées par son infection urinaire initiale. A titre de mesure d'instruction complémentaire, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Dans sa réponse du 30 mai 2018, laquelle reposait sur un avis du SMR du 29 mai 2018, l'Office AI a maintenu sa position, estimant que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle et jouissait d'une capacité de travail de 100%.

Par réplique du 9 novembre 2018, l'assuré a transmis un nouveau lot de pièces médicales, dont il a déduit qu'il présentait une capacité résiduelle de travail n'excédant pas 20%.

Par duplique du 29 novembre 2018, l'Office AI, en se fondant sur un avis du SMR du 26 novembre 2018, a maintenu ses conclusions, estimant que les pièces médicales nouvellement produites n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de conduire à une solution autre que celle retenue dans la décision entreprise.

A l'appui de ses déterminations du 6 février 2019, l'assuré a transmis un rapport des Prof. F. _____ et Dr X. _____ du 14 décembre 2018, lequel retenait les diagnostics de spondylarthropathie axiale et périphérique, de syndrome douloureux chronique pelvien, d'hyperlaxité ligamentaire non généralisée et de discrète gynécomastie diffuse droite d'origine indéterminée. Au vu de ce document, l'assuré a déduit que le diagnostic de spondylarthropathie devait désormais être considéré comme « définitif » et que son état de santé ne lui permettait plus d'exercer une quelconque activité lucrative.

Par déterminations des 18 mars 2019, 3 mai 2019 et 27 mai 2019, les parties ont maintenu leurs conclusions, l'assuré ayant encore produit un lot de pièces médicales le 3 mai 2019.

Le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, dont il a confié le mandat aux K. _____ (ci-après : K. _____).

Dans un rapport d'expertise du 7 janvier 2021 (ci-après : rapport d'expertise des K. _____), les Drs D. _____, spécialiste en rhumatologie, et P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de fibromyalgie avec un hémisyndrome droit (M79.70), d'épisode dépressif moyen (F32.1), de prostatite chronique (N41.1) et de syndrome douloureux pelvien chronique (R10.2). Les experts ont attesté une totale incapacité de travail depuis juin 2014 dans toute activité. Ils ont indiqué que les diagnostics rhumatologiques étaient responsables de limitations fonctionnelles importantes au niveau de la marche, avec un besoin d'utilisation de deux béquilles. Le patient présentait un syndrome lombovertébral extrêmement important avec quasiment aucun mouvement possible dans toutes les directions et des cris de douleur au moindre mouvement. La position assise prolongée entraînait également des douleurs musculaires et nécessitait de réguliers changements de position. Les atteintes au plan psychiatrique étaient quant à elles responsables d'une fatigabilité, d'importantes difficultés de

concentration, d'un besoin d'interruption pour du repos, d'une incapacité d'activité prolongée, d'une perte d'intérêt et de dynamisme, d'une incapacité à assumer une relation professionnelle avec une clientèle ou un groupe professionnel, d'une incapacité à résister au stress et d'un risque de perte de contrôle comportemental en cas de crise anxieuse aiguë.

Par déterminations du 12 février 2021, l'Office AI a sollicité un complément d'expertise.

Par déterminations du 15 février 2021, l'assuré s'est rallié aux conclusions de l'expertise judiciaire.

Le 25 février 2021, le juge instructeur a informé les parties qu'il n'estimait pas nécessaire d'ordonner des mesures d'instruction complémentaire et que la cause serait prochainement jugée, sauf nouvelles mesures ordonnées par la Cour.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 27 février 2015.

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

b) Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Il convient d'abord que soit posé par un expert un diagnostic s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1).

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

c) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient cependant aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé. En particulier, l'évaluation de la capacité de travail par un

médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281, dont les principes ont ultérieurement été étendus à l'ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1 et les références citées ; voir consid. 3a infra).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis des experts du S._____, selon lequel le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et disposait d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité adaptée. Compte tenu de la récente introduction d'un traitement anti-TNF contre la spondylarthrite ankylosante, les experts avaient toutefois préconisé une nouvelle évaluation à distance, à laquelle l'intimé n'a cependant pas procédé avant de statuer.

De son côté, le recourant a contesté cette appréciation et soutenu que sa capacité de travail était réduite à quasi-néant par des limitations fonctionnelles sévères découlant de multiples atteintes tant somatiques que psychiques. Se fondant sur les avis de ses médecins traitants, il a en particulier fait valoir que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante devait désormais être considéré comme « définitif ».

C'est au regard de ce contexte et des doutes subsistant notamment s'agissant du diagnostic de spondylarthrite ankylosante que le tribunal a décidé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

b) aa) Sur le plan somatique, les experts du S. _____ ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux pelvien chronique associé à des troubles mictionnels, de cervico-dorsalgies avec cervico-discarthrose prédominante en C5-C6, de protrusion discale paramédiane droite D6-D7, de lombalgies basses avec discopathies étagées de L2 à L4, de lombalisation de S1, de status après urétroprostatite à *E. faecalis* et de thalassémie mineure. Ils ont toutefois estimé qu'aucune de ces pathologies n'était de nature à réduire la capacité de travail du recourant. Tous les examens de médecine interne s'étaient révélés normaux, les spécialistes en rhumatologie, urologie et neurologie n'avaient trouvé aucune pathologie susceptible d'expliquer les plaintes du recourant et il n'existait pas de signe d'organicité justifiant un handicap. L'examen du dossier radiologique montrait des discopathies étagées sans valeur pathologique et sans rapport avec les douleurs intenses, diffuses et non-systématisées dont se plaignait le recourant. La prise en charge, associant antalgiques et myorelaxants, ne semblait pas améliorer la symptomatologie, toutes les approches se soldant par une aggravation des symptômes. Le recourant disposait de ressources préservées. Dans un avis complémentaire du 9 janvier 2018, les experts ont estimé que les éléments au dossier ne permettaient pas de retenir le diagnostic de spondylarthrite ankylosante.

bb) Les experts des K._____ ont pour leur part retenu les diagnostics somatiques de fibromyalgie avec hémisyndrome droit (M79.70), de prostatite chronique (N41.1), de syndrome douloureux pelvien chronique (R10.2), atteintes auxquelles ils ont reconnu un effet incapacitant. Ils ont également relevé la prévalence de discopathies dorso-lombaires (M51.9), d'une intolérance au lactose (E73.9), d'une fracture de la clavicule droite (S42.0), d'eczéma (L30.9), d'un prolapsus anal (K64.9), d'une thalassémie mineure (D56.9), tout en constatant que ces troubles restaient sans effet sur la capacité de travail. Le Dr D._____ a en particulier exclu le diagnostic de syndrome d'hyperlaxité, évoqué par le Prof. F._____, compte tenu notamment d'un score de Brighton à zéro. L'expert judiciaire a également écarté le diagnostic de spondylarthropathie. Il a relevé à cet égard que le recourant présentait certes des manifestations « subjectives » possiblement compatibles avec une spondylarthropathie, telles que des enthésites, des arthralgies, le début des douleurs à la suite d'une infection urinaire et des douleurs mixtes au niveau du rachis. Toutefois, les autres critères, y compris les critères « objectifs », étaient inexistantes. L'imagerie n'avait pas montré d'argument pour une atteinte inflammatoire significative, les valeurs de HLA-B27 étaient négatives et il n'existait pas d'autres manifestations extra-articulaires et pas d'antécédents familiaux. Parlaient selon l'expert également en défaveur d'une spondylarthrite ankylosante l'absence d'une augmentation du syndrome inflammatoire et l'inefficacité quasi-totale des nombreux traitements essayés, y compris des traitements biologiques de différentes classes, tels qu'un traitement de fond par Salazopyrine, trois différents traitements anti-TNF, un traitement anti-IL 17 ainsi qu'un traitement anti-JAK. Rappelant que les examens par imagerie étaient primordiaux pour ce type d'atteinte, le Dr D._____ a indiqué avoir fait procéder à des radiographies des colonnes cervicale, dorsale et lombaire le 11 juin 2020, compte tenu des notions de syndesmophytes cervicales décrites par l'IRM du rachis du 12 octobre 2017. Elles n'avaient révélé aucun argument en faveur d'une syndesmophyte dans le contexte d'une possible spondylarthrite, le recourant ne présentant pas de signes de mise en carré des vertèbres et pas d'images de « shiny corner » des coins vertébraux. Les radiographies pratiquées pour les besoins de l'expertise

n'avaient finalement mis en évidence qu'une cervico-discalarthrose discrète en C5-C6 et C4-C5 accompagnée d'une calcification antérieure, avec un bon alignement des corps vertébraux et pas de perte de hauteur vertébrale, mais néanmoins une raideur et une rectitude de la colonne cervicale et une perte de lordose, souvent observées chez les patients avec une douleur chronique du rachis et probablement en lien avec une raideur musculaire. Le Dr D. _____ a également ordonné un scanner du bassin le 11 juin 2020, dont il était ressorti une discrète sclérose focale en miroir de la partie postéro-inférieure de l'articulation sacro-iliaque, aspécifique. Le reste de l'examen du bassin des deux côtés était symétrique, sans érosion, et sans élargissement ou pincement des interlignes sacro-iliaques ; il n'y avait pas non plus d'autres lésions osseuses et les parties molles étaient sans particularité, tous ces éléments plaidant en défaveur d'une sacro-illite. Le Dr D. _____ a encore observé des critères de New-York et des critères de classification d'ASAS négatifs. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il a conclu qu'il n'existait pas suffisamment d'argument pour conclure à une spondylarthrite, ni axiale ni périphérique, une spondylarthrite « atypique » étant toujours difficile à exclure à 100%.

L'avis du Dr D. _____ s'agissant de cette question diagnostique est probant : l'expert a pris en compte l'ensemble des éléments au dossier, ordonné plusieurs examens complémentaires, procédé à une appréciation circonstanciée et motivée. Il a également expliqué en quoi il s'écartait des avis divergents au dossier. Il a ainsi indiqué que l'IRM du rachis du 12 octobre 2017 décrivait certes un petit œdème sacro-iliaque droit, possiblement inflammatoire, mais que cette zone correspondait à la zone de sclérose mise en évidence par le scanner du bassin du 11 juin 2020 et n'était pas spécifique à une atteinte inflammatoire et n'était donc pas diagnostique d'une spondylarthrite axiale. De même, après avoir procédé à une relecture de l'IRM pelvienne de janvier 2015 conjointement avec des confrères radiologues, dont une médecin adjointe agrégée en radiologie ostéoarticulaire, le Dr D. _____ s'est dit en mesure d'affirmer que dite imagerie, qui n'était au demeurant pas dédiée aux articulations sacro-iliaques, ne mettait pas en évidence de

signes inflammatoires compatibles avec une sacro-illite, raison pour laquelle il devait s'écarter de l'interprétation du Dr B._____. L'expert a encore précisé que les critères de classifications d'ASAS pour une spondylarthrite axiale, qualifiés de positifs par le médecin traitant, nécessitaient une « inflammation active (aigüe) fortement suggestive de sacro-illite », ce qui n'était pas le cas en l'espèce. L'appréciation du Dr D._____ s'agissant du diagnostic de spondylarthrite ankylosante est en outre superposable à celles des experts du S._____ et du Prof H._____ qui, en 2016, n'avait retenu que les diagnostics de dorsolombalgies d'origine peu claire, de status post urétrite en 2014 et de douleurs chroniques pelviennes et vésicales d'origine mixte, tout en excluant des symptômes inflammatoires. Les rapports produits par le recourant, antérieurs à l'appréciation du Dr D._____, ne contiennent aucun élément qui aurait été ignoré de l'expert et qui serait de nature à remettre en cause l'avis de ce dernier.

cc) En définitive, au plan purement somatique, prévalent essentiellement des atteintes du rachis – dont tous les experts s'entendent à dire qu'elles restent sans effet sur la capacité de travail – ainsi que des troubles de la prostate. Dans la liste de leurs diagnostics, les experts des K._____ ont classé la prostatite chronique parmi les atteintes incapacitantes (cf. rapport d'expertise des K._____ p. 19). Force est toutefois de constater que dans le corps de leur rapport, les experts n'ont ni motivé, ni même évoqué, les éventuelles répercussions de dite atteinte sur la capacité résiduelle de travail du recourant. Au contraire, au chapitre 7 du rapport d'expertise traitant de l'évaluation médicale et médico-assurantielle, les experts ont mentionné que l'état du recourant entraînait une incapacité totale de travail, qui était la conséquence à la fois du syndrome douloureux somatoforme persistant, de la fibromyalgie et des pathologies psychiques (cf. rapport d'expertise des K._____ p. 21) ; ils n'ont toutefois pas fait mention de la prostatite parmi les atteintes péjorant la capacité de travail. De leur côté, les experts du S._____ n'ont pas reconnu d'effet incapacitant aux troubles prostatiques. Il n'existe donc au dossier aucun élément circonstancié et probant explicitant en quoi la pathologie prostatique, de type chronique, pourrait empêcher le recourant

de travailler. Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans est fondée à s'écarter de la conclusion des experts des K._____ et à conclure qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la prostatite chronique porte atteinte à la capacité de travail et de gain du recourant.

dd) Si aucun des spécialistes consultés n'est parvenu à mettre le tableau douloureux du recourant en lien avec un déficit organique clair, ou à tout le moins pas de manière probante, les experts s'entendent sur le fait qu'il prévaut une symptomatologie douloureuse sans étiologie déterminée, en lien avec laquelle ils ont posé le diagnostic de syndrome douloureux pelvien chronique et de fibromyalgie. L'examen d'un éventuel effet incapacitant lié à ce type d'atteintes intervient selon des principes instaurés par la jurisprudence, et qui sont identiques à ceux appliqués aux maladies psychiques. Dès lors que le recourant présente potentiellement des atteintes à sa santé psychique, l'analyse des éventuelles répercussions de ses troubles psychosomatiques et psychiques aura lieu dans le même temps, à l'issue du volet psychiatrique du présent arrêt. Dans ce contexte, la divergence d'avis sur le diagnostic de fibromyalgie, retenu par les experts des K._____ mais pas par les experts du S._____, peut souffrir de demeurer non tranchée, puisqu'elle resterait sans incidence significative sur l'issue de la cause. Il s'agira en effet dans tous les cas de procéder à l'examen des ressources du recourant au regard de la grille des indicateurs fixée par le Tribunal fédéral, examen qui interviendra de la même manière, que le diagnostic de fibromyalgie soit avéré ou non.

c) Au plan psychiatrique, les avis des experts du S._____ et des K._____ concordent sur le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Par contre, ils divergent sur l'existence d'une pathologie concomitante.

aa) Les experts du S._____ ont estimé que le syndrome douloureux n'était pas associé à un trouble psychiatrique sévère, que le recourant présentait une humeur un peu anxieuse, mais aucune humeur

dépressive ni troubles cognitifs, qu'il connaissait un certain sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique dans un contexte de conflit émotionnel. Ils n'ont constaté aucune organisation pathologique de la personnalité ni aucune affection psychiatrique grave et invalidante.

bb) De leur côté, les experts des K._____ ont conclu à la présence d'un épisode dépressif moyen (F32.1). Le Dr P._____ a relevé à cet égard que les deux diagnostics retenus au plan psychique étaient complémentaires et cohérents entre eux, survenus de façon quasi simultanée, s'entretenant l'un l'autre sur le plan psychopathologique. Les troubles psychiques avaient fait suite à une maladie somatique douloureuse, qui avait entraîné une déstabilisation de l'état psychique, en raison des douleurs, de l'impossibilité d'exercer une profession très investie psychologiquement, d'une altération du statut social et d'une atteinte des modalités relationnelles psycho-sexuelles. Le Dr P._____ a observé qu'un état dépressif réactionnel avait été signalé dès mai 2014 par le médecin traitant, qui l'avait ensuite considéré comme en rémission, en juin 2015 ; à la suite de la chronicisation de l'incapacité de travail et de l'augmentation des douleurs, sans causes objectives, un syndrome douloureux chronique avait été évoqué en février 2017 ; le trouble dépressif n'avait par contre plus été évoqué durant la période de trois ans, au cours de laquelle des traitements et une reconversion professionnelle étaient évoqués ; finalement, en l'absence d'amélioration et face au constat de la dégradation de son état de santé et la perte de toute perspective professionnelle ou sociale, l'état psychique s'était effondré et un état dépressif avait à nouveau été constaté par le médecin traitant en janvier 2020. Le recourant avait alors débuté un suivi en février 2020 auprès du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui avait posé le 16 mai 2020 le diagnostic de trouble dépressivo-anxieux sévère, personnalité non pathologique, avant de préciser le 20 juillet 2020 que l'état dépressif était d'intensité variable, actuellement très prononcé compte tenu d'une recrudescence des douleurs, avec une composante anxieuse (cf. rapport d'expertise des K._____, p. 34 et 35).

cc) Cela étant, les conclusions du Dr P._____ ne peuvent être prises en considération que dans la mesure où elles portent sur la situation du recourant jusqu'à la date de la décision attaquée, le cadre temporel de l'examen du juge étant défini par la date de la décision administrative du 15 mars 2018 (voir notamment TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 avec la jurisprudence citée). La période postérieure échappe ainsi au pouvoir d'examen du tribunal, en particulier pour ce qui est de l'aggravation rapportée au cours du premier semestre 2020. Il en découle que le diagnostic d'état dépressif moyen ne peut pas être pris en considération en l'espèce, puisqu'il n'a été constaté par le médecin traitant qu'en janvier 2020 et formellement posé par un spécialiste qu'en mai 2020, soit bien ultérieurement à la décision litigieuse. Certes, au moment de déposer sa demande de prestations en février 2015, le recourant avait annoncé un état dépressif réactionnel. Mais outre le fait que son état psychique n'avait pas fait l'objet d'une évaluation par un spécialiste à l'époque, le Dr B._____ avait attesté une rémission au plan psychique le 25 juin 2015, ce qu'il avait déjà signifié à l'assureur perte de gain le 4 mai 2015.

dd) Il y a donc lieu de conclure qu'au plan psychique, seul un syndrome douloureux somatoforme persistant est relevant pour l'issue de la présente cause.

6. Il découle des considérations qui précèdent que, s'agissant des pathologies susceptibles de porter atteinte à sa capacité de travail, le recourant présente des atteintes psychosomatiques et psychiques (trouble douloureux somatoforme persistant, syndrome douloureux pelvien chronique et fibromyalgie), dont l'examen du caractère invalidant doit faire l'objet de la procédure probatoire structurée instaurée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 3a supra).

a) Pour rappel, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global tendant à déterminer les ressources dont dispose l'assuré pour surmonter les difficultés découlant de son état de santé, telles que douleurs, stress, déclin social, perte de

gain, notamment. Selon le Tribunal fédéral, l'examen des ressources est réalisé en tenant compte de différents indicateurs ayant trait au degré de gravité fonctionnel et à la cohérence. Plus le degré de gravité fonctionnel et la cohérence sont importants, moins l'assuré disposera de ressources mobilisables permettant de surmonter les effets délétères de son atteinte à la santé. A l'inverse, plus les ressources de l'assuré sont préservées, plus on pourra exiger de lui qu'il fournisse un effort raisonnable en vue de diminuer les conséquences de son atteinte à la santé.

aa) Concernant les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel (cf. consid. 3b supra), il ressort des éléments médicaux au dossier que les symptômes du recourant semblent se manifester de manière particulièrement prononcée. Dans le cadre de l'expertise du S._____, le recourant a en effet indiqué qu'il souffrait de douleurs très intenses et permanentes qui l'empêchaient de « faire quoi que ce soit ». Au cours des examens cliniques somatiques, les experts ont décrit un recourant qui se déplaçait avec difficulté avec une canne, en boitant, qui avait demandé à se lever plusieurs fois au cours des entretiens et qui soulageait sa position assise en s'appuyant en suspension sur ses deux bras. Les gestes de déshabillage et d'habillage étaient effectués lentement, avec des manifestations de douleurs, tout comme les changements de positions, qui étaient accompagnés de grimaces, de gémissements et de cris de douleurs. Le recourant avait même peiné à monter sur la balance. Tous les mouvements de mobilisation nécessités par l'examen clinique étaient qualifiés d'intensément douloureux (cf. rapport d'expertise du S._____ p. 18ss). Les experts des K._____ ont également fait état d'un handicap fonctionnel majeur d'étiologie multifactorielle empêchant le recourant d'exercer son activité de coiffeur. Le Dr D._____ a décrit un patient hyperalgique, dont le syndrome lombovertébral extrêmement important rendait quasiment tout mouvement impossible dans toutes les directions, avec des cris de douleurs au moindre mouvement. Des constats analogues avaient déjà été posés par d'autres spécialistes précédemment. Ainsi, en 2016 déjà, le Dr B._____ évoquait des douleurs très fortes, qu'aucune position ne soulageait, et qui empêchaient le recourant de se concentrer (cf. rapport du 25 juillet 2016).

Le Dr Z._____, neurologue, avait rapporté des douleurs permanentes quotées à 8/10 (cf. rapport du 13 mars 2017 cité par le rapport d'expertise du S._____, p. 22). Les Drs F._____ et X._____ avaient également relevé que le recourant signalait une fatigue très importante et un handicap fonctionnel très marqué, avec une évaluation de la douleur située à 8-9/10 (cf. rapport du 14 décembre 2018). Ces constats, plaidant en faveur d'un degré de gravité fonctionnel élevé, doivent toutefois être tempérés par les facteurs de majoration des plaintes unanimement constatés. Les experts du S._____ ont en effet relaté un recourant démonstratif, qui avait majoré ses plaintes somatiques, gémissant et grimaçant au moindre mouvement. Constatant que le recourant marchait avec une canne, ils ont qualifié sa démarche de caricaturale (cf. rapport d'expertise S._____, p. 21 et 25). Ils ont estimé que les plaintes du recourant étaient excessives, non-systématisées et diffuses, compte tenu de contractures diffuses et de douleurs à la palpation même superficielle du rachis. Il existait selon les experts somaticiens une incohérence certaine entre les plaintes exprimées et l'examen clinique, compte tenu d'un manque de corrélation entre l'importance des douleurs alléguées et les constatations objectives lors des examens (cf. rapport d'expertise de S._____, p. 27). Dans le cadre de l'expertise judiciaire, le Dr D._____ a également observé un recourant hyperalgique et très démonstratif durant l'ensemble de l'examen clinique et présentant des douleurs à la palpation diffuses (cf. rapport d'expertise des K._____, p. 16). L'expert judiciaire a constaté des divergences entre certaines plaintes du recourant et les éléments au dossier. Ainsi notamment, l'examen clinique et les images récentes de scanner montraient une trophicité musculaire préservée, alors que le recourant indiquait devoir recourir à l'utilisation d'une puis de deux cannes depuis 2017 en raison de la sévérité de ses douleurs. Certaines des mesures de mobilité effectuées durant l'examen clinique montraient également des résultats incohérents et incompatibles les uns avec les autres (cf. rapport d'expertise des K._____, p. 21). Ce phénomène de majoration des plaintes et de démonstrativité avait déjà été signalé par les Drs F.G._____ et R.S._____, médecins à la N._____, qui avaient relevé des grimaces et gémissements durant toute l'anamnèse ainsi qu'une très importante discordance entre les plaintes, très intenses, et la

modestie des anomalies objectives constatées (cf. rapport du 30 mars 2017). Lors de son examen clinique, le Dr K.L._____, neurologue, avait également mis en évidence quelques atypies concernant les limitations d'amplitudes de la colonne selon les activités effectuées (cf. rapport du 7 février 2017).

Sous l'angle de l'indicateur relatif au traitement médical, aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute la compliance du recourant aux différents traitements qui lui ont été prescrits.

Aucune constatation déterminante ne peut être tirée de l'indicateur relatif aux mesures de réadaptation, puisque le recourant n'a pas été mis au bénéfice de telles mesures. Tout au plus peut-on observer qu'au cours du séjour à la N._____, la participation du recourant aux thérapies a été qualifiée de moyenne (cf. rapport des Drs F.G._____, et R.S._____ du 30 mars 2017), sans que cette constatation ne revête une portée significative en l'espèce.

Les éléments au dossier permettent en outre d'écartier l'existence de comorbidités dont l'importance serait susceptible d'éliminer les ressources du recourant. Au plan somatique, les experts ont notamment exclu la prévalence d'une spondylarthrite ankylosante. Au plan psychique, les experts du S._____ ont retenu que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'était associé à aucun trouble psychiatrique sévère (cf. rapport d'expertise du S._____ p. 26). Quant au diagnostic d'épisode dépressif moyen mis en évidence par les experts des K._____, il ne peut pas être pris en compte dans le cadre de la présente analyse, puisque survenu ultérieurement à la décision litigieuse (cf. consid. 5c/cc supra).

La structure de personnalité du recourant n'apparaît pas non plus donner lieu à une diminution de ses ressources. Selon les experts du S._____, il n'y a pas de notion d'organisation de la personnalité ni de trait de personnalité pathologiques ; il n'y a pas non plus de carence affective ni de traumatisme ; le recourant est rationnel, endurant et

autonome ; il est capable de respecter un cadre, de s'adapter avec une certaine flexibilité, de communiquer, de s'organiser, d'apprendre, de se mobiliser. Ne souffrant pas d'une affection psychiatrique l'empêchant de raisonner rationnellement, il a une bonne perception de lui-même et des autres ; il se décrit comme sérieux dans son travail et sociable, aimant partager et aider les autres (cf. rapport d'expertise du S. _____ p. 26). Les experts des K. _____ n'ont relevé aucune problématique liée à la structure de personnalité du recourant et ont précisé que, de l'avis du Dr Q. _____, le recourant présentait une personnalité non pathologique (cf. rapport d'expertise des K. _____ p. 34).

Sur le plan social, les différents experts ont fait le constat d'un contexte plutôt favorable. En 2015, dans le cadre d'une expertise mise en œuvre par l'assureur-maladie perte de gain, le Dr B.C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait notamment relevé que le recourant vivait en concubinage depuis peu, que l'entente avec son amie était très bonne et qu'ils avaient même des projets d'enfants. Il n'existait pas de signe de tristesse ni de signe de la lignée dépressive ou anxieuse. L'assuré jouissait d'intérêts et de plaisirs tout à fait conservés : il aimait méditer, bouquiner, écouter de la musique, il était heureux quand il faisait beau et ne présentait aucune perte d'énergie au-delà des douleurs. Sa vie sociale était pleinement préservée, tant avec sa famille qu'avec son cercle amical habituel et son amie (cf. rapport du 7 mai 2015). Les experts du S. _____ ont relevé que, même s'il s'était séparé de sa compagne d'un commun accord en avril 2017, le recourant disposait d'un réseau social personnel et professionnel. Il continuait à gérer le volet administratif de son salon de coiffure, où il se rendait une fois par semaine. Il pouvait compter sur l'aide de son père, chez lequel il vivait, de son frère et d'une employée, qu'il avait nommée gérante de son salon. Ses journées étaient rythmées par un réveil entre 9 et 10h, ensuite de quoi il prenait son petit déjeuner, faisait sa toilette et s'adonnait à l'un de ses loisirs, en attendant l'arrivée de son frère en fin de matinée. Son frère apportait les courses et préparait un repas qu'ils partageaient, avant de parfois passer une partie de l'après-midi ensemble. Au retour de son père le soir, il échangeait et mangeait avec lui. Au titre de loisirs, le recourant se consacrait volontiers à la

lecture, la méditation, la gemmologie, la musique, le cinéma, les promenades, la télévision et l'ordinateur (cf. rapport d'expertise du S._____ p. 16 et 17). Dans le cadre de l'expertise des K._____, il a été constaté que le recourant vivait toujours chez son père, avec lequel il entretenait de bons contacts et mangeait chaque soir, qu'il s'adonnait à la gemmologie, sa passion depuis de nombreuses années, ainsi qu'à la lecture et au cinéma, et qu'il partageait les tâches ménagères avec son père. Le recourant a toutefois déploré un manque de contacts sociaux et la perte de son salon de coiffure en 2019. Il s'est en outre plaint de se sentir seul, sans soutien réel autour de lui ni sur le plan social.

bb) Sous l'angle de l'indicateur lié à la cohérence, les experts du S._____ ont observé des divergences significatives au plan psychique entre les symptômes décrits (par exemple la fatigue) et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de l'expertise, de même qu'entre les éléments apportés par le recourant et les éléments au dossier. Le recourant n'avait notamment pas montré de signe de fatigue : il avait gardé le focus et était resté vigilant durant l'évaluation de près de deux heures. Les experts n'avaient pas pu objectiver de modification de niveau d'activité au plan psychique par rapport à la période avant la maladie.

b) Sur le vu de ce qui précède, procédant à une évaluation globale des indicateurs précités, en tenant singulièrement compte des facteurs d'amplification des plaintes permettant de relativiser le caractère prononcé des symptômes pertinents pour le diagnostic, de l'absence de comorbidités concomitantes déterminantes ainsi que du constat d'axes relatif à la personnalité et au contexte social favorables, le tribunal retient que le recourant bénéficiait, au moment de la décision litigieuse, de ressources suffisamment préservées pour lui permettre de surmonter les déficits causés par ses atteintes à la santé psychosomatiques et psychiques, sans subir de diminution de sa capacité de travail. C'est ainsi de manière justifiée que l'intimé a fixé une pleine exigibilité, tant dans l'activité habituelle de coiffeur que dans toute autre activité adaptée.

c) Au vu des éléments versés au dossier pour la période ultérieure à la décision litigieuse, on ne peut exclure que la situation du recourant ait connu depuis lors une aggravation susceptible de mettre à mal de manière significative ses ressources. Tel pourrait être notamment le cas au niveau des atteintes psychiques et de son contexte social. Dans la mesure où cette problématique sort de l'objet de la présente contestation, le tribunal invite l'intimé à reprendre l'instruction de son dossier afin de déterminer si l'évolution de l'état de santé du recourant peut justifier l'ouverture d'un droit aux prestations.

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 15 mars 2018 confirmée. Le dossier est toutefois retourné à l'intimé afin qu'il procède à l'examen du droit aux prestations pour la période ultérieure à la décision entreprise.

a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés au recourant. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 1^{er} mai 2018 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1, let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Damond, à compter du 27 avril 2018 (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile suisse du 19 novembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

La liste des opérations produite le 11 mars 2021 par Me Laurent Damond fait état de 32 heures et 19 minutes consacrées à la présente procédure. Bien que significatif, le temps passé à la réalisation des opérations listées peut être considéré comme correspondant au temps nécessaire à la conduite du procès. Rémunérées au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), elles correspondent à un montant d'honoraires de 5'817 fr., auquel il convient d'ajouter la TVA de 7,7%, par 447 fr. 90, pour un total de 6'264 fr. 90. A ce montant s'ajoutent les débours de 5%, soit 313 fr. 25, TVA de 7,7% comprise. L'indemnité totale de Me Laurent Damond est donc arrêtée à 6'578 fr. 15, TVA compris, étant précisé que le défenseur d'office a déjà perçu une avance de 3'000 fr. sur ce montant, en avril 2020.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (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 ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 15 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, le dossier étant retourné à l'autorité intimée pour qu'elle examine le droit de V._____ à des prestations pour la période postérieure à la décision entreprise.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. L'indemnité d'office de Me Laurent Damon, conseil de V._____, est arrêtée à 6'578 fr. 15 (six mille cinq cent septante-huit francs et quinze centimes), débours et TVA compris, une avance de 3'000 fr. (trois mille francs) lui ayant déjà été allouée.

- VI. 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Damon (pour le recourant), 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 :