COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Favez

*****

Cause pendante entre :

A._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 44 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1961, travaillait à 100 % depuis le 1er octobre 1994 en qualité de monteur de cheminées auprès de l'entreprise B._____ AG à [...]. Le 3 avril 1996, l'assuré a chuté d'un toit d'une hauteur de 5 mètres selon ses premières déclarations. Avant de tomber sur le dos, il a heurté une échelle durant sa chute, entraînant des contusions multiples de l'hémicorps gauche. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas et a versé les prestations légales. Après un traitement sous forme d'antalgiques et de physiothérapie, l'évolution a été qualifiée de favorable avec une reprise de travail à 100 % dès le 28 mai 1996, malgré la persistance de lombalgies. Il a présenté une nouvelle incapacité de travail à 100 % dès le 25 octobre 1996. L'intéressé a finalement résilié son contrat de travail le 28 octobre 1996 pour le 30 novembre 1996 en raison de la distance entre son domicile et son lieu de travail. Il a par la suite assumé différents emplois qu'il a cessés en raison de dorso-lombalgies et a présenté une rechute le 24 septembre 1997 avec une incapacité de travail à 100 %.

Par décision sur opposition du 6 avril 1998 confirmant une décision du 17 février 1998, la CNA a considéré que l'assuré présentait une totale capacité de travail pour les seules suites de l'accident et mettait fin au versement de ses prestations à compter du 22 février 1998.

Dans un rapport d'expertise du 19 avril 1999 établi à la demande de la CNA, les Drs D._____ et E._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier C._____ (...), ont posé le diagnostic de syndrome lombo-vertébral chronique avec hernie discale L5 gauche selon CT scan du 27 janvier 1999 et estimé que les troubles présentés étaient en relation vraisemblable avec l'accident du 3 avril 1996. La présence d'une hernie discale L5-S1 nécessitait une évaluation neurochirurgicale. La capacité de travail était de 25 % dans son

ancien métier et probablement de 50 % dans une activité adaptée ne comportant pas le port de lourdes charges, ni des stations prolongées assise ou debout.

La CNA a annulé sa décision sur opposition du 6 avril 1998 et repris le versement d'indemnités journalières rétroactivement au 25 février 1998 et ce, à 50 %.

La CNA a mis en œuvre une seconde expertise et mandaté l'Hôpital F._____ à [...] (Drs AA._____ et AB._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Dans un rapport du 6 septembre 2001, les experts ont considéré que l'évolution défavorable du syndrome douloureux vers une chronicisation résultait de la personnalité de l'assuré ainsi que de facteurs psycho-sociaux. La capacité de travail était nulle dans un travail lourd, mais complète dans une activité adaptée, étant précisé qu'il convenait de solliciter l'avis d'un psychiatre afin de définir la capacité résiduelle exigible.

L'assuré a finalement conclu au mois d'août 2002 une transaction avec la CNA, portant sur l'octroi d'une rente d'invalidité LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents) fondée sur un degré d'invalidité de 55 % dès le 1er juillet 2000 (décision du 22 septembre 2003).

b) Dans l'intervalle, soit le 5 décembre 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant quant au genre de l'atteinte : « douleurs dorsales ».

Par décision sur opposition du 10 novembre 2004 confirmant une décision du 21 janvier 2004, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré. Il a considéré qu'il n'était pas lié par la transaction passée avec la CNA et s'est fondé sur l'expertise de l'Hôpital F._____ de [...] du 6 septembre 2001 et sur le rapport bi-disciplinaire des Drs AC._____, spécialiste en

médecine interne générale, et AD._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 20 juin 2002 avec volet psychiatrique du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) pour admettre une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée (pas de port de charges répété de plus de 10 kg, pas de position statique debout, assis ou en porte-à-faux).

Le recours déposé par l'assuré contre ladite décision a été rejeté par le Tribunal des assurances le 22 février 2006 (AI 186/04 – 77/2006), au motif que l'atteinte présentée par l'assuré (syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie L5-S1) ne l'empêchait pas d'exercer une activité adaptée à plein temps et que les troubles somatoformes dont il souffrait n'avaient pas un caractère invalidant. Ce jugement est entré en force.

B. Le 15 février 2007, A._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité auprès de l'OAI.

Par courrier du 20 février 2007, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait que la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son état de santé s'était aggravé.

Par courrier du 2 mars 2007, l'assuré a indiqué que sa santé s'était péjorée considérablement tant du point de vue physique que psychique. Il a ajouté qu'il avait consulté quinze jours plus tôt une psychiatre au Centre G._____ à [...] et qu'il devait y retourner le 15 mars 2007.

Dans un rapport médical du 12 mars 2007 rédigé à la demande de l'assuré, son médecin traitant, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, n'a pas signalé d'aggravation sur le plan somatique, mais a fait état d'une importante augmentation des douleurs, ainsi que d'un syndrome dépressif pour lequel l'intéressé serait suivi par le Centre G._____ à [...].

Par courrier du 13 août 2007, la Dre I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue assistante J._____ du centre précité ont indiqué qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique, mais que l'assuré avait été vu à quatre reprises du 19 février au 14 juin 2007 en vue d'un consilium psychiatrique demandé par son médecin traitant. Selon elles, il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise afin d'évaluer l'atteinte à la santé psychique de l'assuré.

Le consilium susmentionné daté du 13 août 2007, signé par les Dres I._____, K._____, médecin-assistante, et la psychologue J._____, fait état d'un diagnostic de « possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (chute de 11 mètres) F.62.0 » et d'un « possible trouble somatoforme persistant F45.4 ».

Dans un rapport médical du 22 août 2007 à l'OAI, le Dr H._____ a repris les éléments médicaux de son rapport du 12 mars 2007 à l'OAI. Il ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée.

Par avis des 22 octobre et 3 décembre 2007, le SMR a relevé que le Dr H._____ ne faisait pas état d'une aggravation objective sur le plan somatique et que le diagnostic de modification de personnalité après expérience de catastrophe ressortant du consilium psychiatrique devait être mis en doute, l'assuré ayant fait en 1996 une chute de 3 à 4 mètres et non de 11 mètres sans perte de connaissance. Il s'était en outre rendu directement après la chute dans une permanence où seules des contusions avaient été diagnostiquées. En conclusion, les nouveaux éléments médicaux n'apportaient pas la preuve selon le SMR d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Par décision du 23 mars 2009 confirmant un projet de décision du 2 juin 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assuré, au motif que les nouvelles pièces médicales produites par ce dernier ne faisaient pas état d'une aggravation de son état de santé.

L'assuré a recouru contre cette décision par acte du 27 avril 2009 auprès de la Cour de céans. Il a notamment transmis par la suite un rapport médical de la Fondation L._____, daté du 30 juin 2010 attestant qu'il y était suivi depuis décembre 2009 en raison d'une symptomatologie anxieuse et dépressive. Ce rapport mentionne les diagnostics de « possible modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (chute de 11 mètres) F 62.0 » et d'« épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 33.11 ».

Par arrêt du 8 novembre 2010 (AI 205/09 – 434/2010), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assuré. Elle a considéré qu'au vu des pièces médicales en sa possession, le SMR pouvait constater l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré sans procéder à un examen plus approfondi. La décision attaquée échappait ainsi à la critique en tant qu'elle retenait, sur la base d'un dossier suffisamment instruit sur le plan médical, que le degré d'invalidité du recourant ne s'était pas modifié depuis la précédente décision.

C. Le 11 mai 2011, A._____ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI.

Par décision du 13 septembre 2011 confirmant un projet de décision du 1er juillet 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assuré, car il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'état de fait était resté identique. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

D. Le 9 novembre 2012, A._____ a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI en précisant quant au genre de l'atteinte « psychologique et physique ».

Par consilium psychiatrique du 26 juin 2012 adressé au Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant

de l'assuré, les Drs N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique, et O._____, médecin-assistant, ainsi que le psychologue adjoint P._____ de la Fondation L._____ ont retenu les diagnostics de probable modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (chute de 11 mètres), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, ainsi que de probable trouble de la personnalité passive-agressive.

Par certificat médical du 6 novembre 2012, le Dr M._____ a retenu les diagnostics de modification durable de la personnalité passive et agressive, d'épisode dépressif moyen avec symptômes somatiques, de suspicion de polyarthrite rhumatoïde et de hernie discale médiane L5-S1, volumineuse, comprimant le sac dural et à l'origine de douleurs lombaires invalidantes. Il a considéré que l'incapacité de travail de son patient était de 100 %.

Par avis médical du 7 juin 2013, la Dre Q._____ du SMR a conclu que l'appréciation de l'exigibilité faite par le SMR en 2002 restait d'actualité.

Par projet de décision du 18 juin 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il refusait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 25 septembre 2013, l'assuré, alors représenté par l'avocat Dominique Alvarez, a contesté le projet de décision précité et transmis plusieurs documents médicaux, soit notamment :

- un rapport médical du 11 septembre 2013 du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré depuis le 7 janvier 2013 dans le cadre d'une psychiatrie de soutien. Il retient les diagnostics de somatisation et de trouble de la personnalité passive-agressive, considérant que la capacité de travail est nulle depuis le début du suivi ;

- un rapport médical du 12 septembre 2013 du Dr S._____, spécialiste en rhumatologie et médecin-chef de la clinique de rhumatologie de l'Hôpital T._____. Il a relevé la présence d'une atteinte polyarticulaire périphérique symétrique évidente touchant les membres inférieurs. Un bilan complémentaire lui a fait retenir le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, actuellement active et non contrôlée. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans son activité de monteur et qu'elle était de 20 % dans une activité occupationnelle en raison des atteintes articulaires multiples.

Dans un rapport médical du 2 décembre 2013 à l'OAI, le Dr S._____ a précisé que le patient présentait une polyarthrite rhumatoïde avec une atteinte importante touchant les épaules, les coudes, les poignets, les MCPs et les MTPs. Le patient est en outre connu pour des rachialgies post-traumatiques rendant de multiples activités impossibles d'autant que l'atteinte est inflammatoire. Au dernier contrôle du 21 octobre 2013, il présentait des synovites des épaules, des coudes, du poignet gauche, des MCPs III et IV droite, II et III gauche sur un status ostéoarticulaire de 28 articulations. Aucune réponse au traitement administré n'a été observée.

Dans un rapport du 4 décembre 2013 à l'OAI, le Dr R._____ a confirmé les diagnostics déjà évoqués.

Par avis médical du 14 janvier 2014, la Dre Q._____ a préconisé une expertise psychiatrique et rhumatologique.

Dans un rapport du 4 juin 2015, le Dr U._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assuré de lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec discopathie L5-S1 et status post contusion lombaire en 1996), de cervico-brachialgies récurrentes (minime discopathie C5-C6) et de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent

(diminution du seul de déclenchement de la douleur). Il a par contre estimé que les omalgies bilatérales étaient sans signe de conflit ou de tendinopathie et que les polyarthralgies d'origine incertaine avaient une PR séronégative sous Xeljanz actuellement sans signe inflammatoire. Il a notamment précisé ce qui suit :

> « (…)
>
> **Du point de vue de son exigibilité**, dans son activité exercée jusqu'en avril 1996 comme monteur de cheminées, au vu de la discopathie sous-jacente qui reste cependant modérée, sa capacité de travail est estimée à 80 %. Dans son ancienne activité de soudeur, estimant que cette activité était essentiellement une activité assise ou debout dans le contrôle de soudeur et ne nécessitant aucun port de charges en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière.
>
> Cette appréciation se différencie de celle des Drs AA._____ et AB._____ lors de l'expertise du 06.09.2001 et partiellement des Docteurs AC._____ et AD._____ lors de l'expertise du 11.06.2002. Elle s'en différencie du Dr S._____, qui estime une capacité de travail tout au plus de 20 %. En effet, l'assuré ne présente pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite, actuellement, l'assuré s'habille et se déshabille de manière autonome et de manière fluide, il se meut de manière fluide, il reste assis pendant l'entretien en ne se levant qu'à une reprise.
>
> Dès lors, on note une discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse décrite par l'assuré dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.
>
> A notre avis, les nouveaux éléments pris en compte dans la nouvelle évaluation de la capacité de travail en 2013 ne sont pas relevants. Tel que décrit ci-dessus, il n'y a actuellement, pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire active. L'ampleur de la symptomatologie réside essentiellement dans le vécu douloureux chronique qui s'est cristallisé autour de douleurs rachidiennes diffuses et polyarticulaires fluctuantes et migrantes, s'étendant en taches d'huile.
>
> A notre avis, le bilan radiographique ne s'est pas péjoré de manière significative par rapport à 2002, on note certes une discopathie L5-S1 et C5-C6, cependant peu significative et compatible avec l'évolution due à son âge et n'expliquant pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse.
>
> Du point de vue bi-disciplinaire, après discussion avec le Dr V._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité habituelle à 80 % et dans une activité adaptée est estimée à 100 % ».

Dans un rapport du 4 juin 2015, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un trouble somatoforme douloureux sans effet sur la capacité de travail.

Par avis médical du 25 juin 2015, la Dre W._____ du SMR a retenu les éléments suivants :

> « Le Dr V._____, psychiatre, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avant effet sur la CT. Par contre, il a rapporté les diagnostics sans effet sur la CT de trouble somatoforme douloureux associé à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique et de personnalité du registre état limite avec des éléments projectifs (page 20, expertise du 21.10.2014, GED 04.06.2015). Après discussion consensuelle, les experts notent une discordance entre les plaintes de l'assuré, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse décrite par l'assuré dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens clinique et para cliniques effectués le jour de l'expertise (page 13 de l'entretien bi disciplinaire du 04.06.2015).
>
> En tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, ils estiment une CT de 80 % dans l'activité habituelle (moteur de façades) et de 100 % dans une activité adaptée (contrôleur de soudure) depuis 2012, date de l'exacerbation du vécu douloureux chronique lors de la survenance des douleurs poly articulaires (page 12).
>
> Actuellement l'assuré ne présente pas de signe inflammatoire suffisamment relevant pour justifier une IT (page 13); de plus, il n'y a jamais eu de périodes d'IT de longue durée pour des raisons psychiatriques depuis 2002.
>
> Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :
>
> - Au plan somatique, pas de ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10kg, alterner les positions assise et debout.
> - Au plan psychiatrique : humeur irritable, variation de l'humeur en fonction des douleurs.
>
> Le Dr U._____ considère que l'assuré pourrait médico-théoriquement bénéficier d'une réadaptation professionnelle; cependant, l'ancienne activité de contrôleur était déjà une activité adaptée.
>
> Le pronostic reste réservé en raison de la longue inactivité professionnelle et de l'intime conviction de l'assuré d'être atteint d'une invalidité totale et à vie (page 14).
>
> Cette expertise bi disciplinaire consensuelle se fonde sur une analyse détaillée des documents à disposition, prend en compte les plaintes de l'assuré, présente une anamnèse détaillée et un status clinique complet au plan rhumatologue et psychiatrique.
>
> Les experts fondent leurs conclusions sur leurs examens cliniques respectifs et donnent une appréciation bi disciplinaire de la situation médicale actuelle.

> Ils font une appréciation de l'exigibilité cohérente à leurs constatations et discutent les points litigieux de façon convaincante (page 12, GED 04.06.2015).
>
> Nous retenons que la présente expertise se base sur les indicateurs actuellement en vigueur selon la jurisprudence concernant les TSD (ATF du 3 juin 2015, publié le 17 juin).
>
> Dès lors, il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions de cette expertise ».

L'assuré, alors représenté par l'avocat Daniel Känel, a transmis les documents médicaux suivants :

- un rapport médical du 1er octobre 2015 du Dr R._____ lequel confirme que la capacité de travail de son patient est nulle depuis le début du suivi ;
- un rapport médical du 13 octobre 2015 du Dr S._____ contestant les résultats de l'expertise, rappelant que l'assuré est au bénéfice d'un traitement Xeljanz, mais qu'il ne suit plus pour des raisons de distance.

Par avis médical du 1er mars 2016, la Dre W._____ s'est ralliée à l'appréciation du Dr U._____ rappelant qu'après discussion consensuelle avec l'expert psychiatre, il avait fondé ses conclusions sur leurs examens cliniques respectifs. Les experts avaient en définitive donné une appréciation bi disciplinaire de la situation médicale actuelle.

Par projet de décision du 23 mai 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait nier le droit à une rente d'invalidité. Après instruction de sa dernière demande, l'OAI a ainsi constaté qu'il n'y a aucune modification de son état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. L'OAI a toutefois admis qu'il existait une incapacité de travail de 20 % dans son ancienne activité de contrôle de soudure. Les conclusions de sa décision du 21 janvier 2004 étaient donc toujours valables.

L’assuré, par son conseil, a contesté le 30 mai 2016 le projet de décision précité. Il a transmis par la suite un certificat médical du 3 octobre 2016 du Dr M._____.

Par décision du 11 janvier 2017, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l’OAI a rejeté la quatrième demande de prestations AI de l’assuré.

E. Par acte du 13 février 2017, A._____ désormais représenté par Me Charles Guerry, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l’OAI, concluant à son annulation, principalement à la reprise par l’OAI de l’instruction de la cause et de l’examen de son droit à des mesures de réadaptations professionnelles ou à une rente d’invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre par l’intimé d’une expertise médicale auprès de médecins indépendants spécialistes FMH en psychiatrie et rhumatologie, ainsi qu’à une allocation de dépens équitable. Au préalable, il se plaint d’un défaut de motivation de la décision attaquée, arguant que les certificats médicaux remis après le rapport d’expertise du 4 juin 2016 ont été écartés sans motivation suffisante. Il fait par ailleurs valoir que son état de santé s’était modifié et aggravé depuis le dernier prononcé AI du 13 septembre 2011, non seulement sur le plan psychique, mais aussi sur le plan rhumatologique en raison du nouveau diagnostic posé par le Dr S._____ le 11 février 2013. Il indique avoir consulté le Dr S._____ le 10 janvier 2017 qui a confirmé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative dont il transmet le rapport du 10 février 2017 sous bordereau. Il ajoute que les experts auraient dû examiner concrètement et pas seulement théoriquement s’il était en mesure d’exercer effectivement une activité lucrative adaptée à son état de santé et à ses douleurs. Enfin, le recourant soutient que l’intimé ne pouvait pas se référer à la réponse de l’expert formulée au conditionnel, selon laquelle il « ne devrait pas présenter de diminution de capacité de rendement dans une activité professionnelle adaptée », sans même évoquer la nature et le type d’activité adaptée. Il dépose enfin un lot de pièces sous bordereau.

Dans sa réponse du 31 mai 2017, l'intimé retient que les renseignements amenés à l'appui du recours laissent à penser que la situation médicale a pu se modifier depuis juin 2015. Faute d'éléments suffisants pouvant déterminer la chronologie des événements et leur incidence sur la capacité de travail, l'intimé propose la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. L'intimé transmet en outre un avis médical du 9 mai 2017 du SMR, lequel a notamment précisé ce qui suit :

> « **Discussion et conclusion**
>
> En fait nous pouvons admettre que l'efficacité du traitement débuté en janvier 2014 a pu expliquer la régression de la raideur matinale et des synovites et justifier les diagnostics posés par le Dr U._____.
>
> La réalité clinique a été en effet camouflée par le médicament et cette constatation est confirmée par le fait que, après interruption du traitement (à un moment pas précisé), le Prof S._____, en janvier 2017, a constaté la réapparition de la raideur matinale, des synovites et des enthésites, malgré un bilan biologique rassurant ne montrant pas de syndrome inflammatoire franche (d'ailleurs le bilan sanguin n'avait jamais été altéré).
>
> Nous pouvons dès lors admettre qu'actuellement l'assuré présente une *polyarthrite périphérique active*, difficile à gérer (pour différentes raisons dont une compliance faible au traitement de la part de l'assuré et le fait que l'atteinte en question a une présentation atypique) et incompatible avec l'exercice d'une quelconque activité lucrative.
>
> La date de l'aggravation peut être vraisemblablement fixée au moment où l'assuré a arrêté de prendre le traitement (Xeljanz).
>
> Par contre, au vu des effets évidents dans la régression de certains symptômes constatés par le Dr U._____, nous retenons qu'une prise en charge pourrait être exigée par l'assuré dans le but de réduire son dommage. En l'appui de notre suggestion, nous pouvons signaler que pendant la période de prise régulière du traitement entre janvier et juin 2014, l'expert avait constaté une amélioration clinique.
>
> Une réévaluation clinique est préconisée au moins 6-8 mois après le début du traitement ».

Dans son écriture du 22 juin 2017, le recourant se rallie à la dernière détermination de l'intimé tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Il dépose de nouveaux documents médicaux de ses médecins traitants.

D. Par courrier du 12 octobre 2017, la juge instructeur a informé les parties qu'une nouvelle évaluation médicale complète de l'état de santé du recourant s'imposait, laquelle a été confiée au Centre d'expertise X._____ [...]. Dans leur rapport de concilium bidisciplinaire faisant suite aux deux rapports d'expertise des 26 octobre et 18 novembre 2018, les Drs Y._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont notamment posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire chronique, et de fibromyalgie secondaire dont les interactions pouvaient engendrer des conséquences négatives sur le cours de l'arthrite et aussi sur le vécu de la douleur. Ils ont ainsi mis en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant depuis novembre 2012/février 2013, période durant laquelle une polyarthrite s'était manifestée avec une limitation supplémentaire par l'état inflammatoire des articulations dans plusieurs régions de l'appareil locomoteur, compliquée dès novembre 2012 par une fibromyalgie secondaire dans le contexte d'un trouble somatoforme indifférencié préexistant depuis 1996. Dès lors, l'activité habituelle d'installateur de cheminée n'était plus possible depuis longtemps en raison du risque de chute. Dans le cadre d'une activité adaptée, les experts ont estimé qu'aucune activité n'était exigible depuis novembre 2012.

Dans son écriture du 10 avril 2019, le recourant a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2013, soit à l'échéance du délai de six mois à compter de la date à laquelle il avait déposé sa demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI).

Le 18 avril 2019, l'intimé, se référant à l'avis médical du SMR du 5 avril 2019, a estimé qu'il convenait de retenir une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative entre novembre 2012 et probablement août 2014. Par contre, se posait la question de savoir s'il était exigible, d'un point de vue strictement médical, que le recourant exerce une activité lucrative non qualifiée, adaptée aux limitations fonctionnelles, entre août 2014 et octobre 2016. En outre, un traitement était exigible, sans plus de précisions. L'intimé a dès lors requis des experts des explications complémentaires.

Le 5 juin 2019, l'expert Y._____ a répondu aux questions précitées.

Dans son écriture du 29 juillet 2019, le recourant a confirmé l'octroi d'une rente entière à compter du 1er avril 2013 et a produit les réponses du 10 juillet 2019 du Dr M._____ au questionnaire de son conseil.

Dans ses déterminations du 12 août 2019, l'intimé s'est référé à un avis médical du 28 juin 2019 du SMR et a retenu une incapacité de travail totale entre novembre 2012 et août 2014, puis dès novembre 2016. Entre ces deux dates, la capacité de travail devait être considérée comme entière d'un point de vue médical. L'intimé a pris acte qu'un suivi et un traitement rhumatologiques réguliers s'avéraient nécessaires et exigibles.

Le 20 août 2019, le recourant a maintenu sa position telle qu'exprimée dans son écriture du 29 juillet 2019.

L'intimé s'est déterminé le 5 septembre 2019.

Le recourant n'a pas procédé plus avant

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances

compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

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 à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 9 novembre 2012. Le litige porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision sur opposition du 10 novembre 2004 confirmée par le Tribunal des assurances le 22 février 2006 (AI 186/04 – 77/2006) et la décision litigieuse du 11 janvier 2017.

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 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_645/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.2).

c) Aux termes de l’art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d’invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d’office ou sur demande, révisée pour l’avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Selon l’art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l’assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu’une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l’invalidité, l’impotence ou l’étendue du besoin de soins ou du besoin d’aide découlant de l’invalidité de l’assuré s’est modifiée de manière à influencer ses droits. L’administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l’assuré sont, d’une manière générale, plausibles. Si tel n’est pas le cas, l’affaire est liquidée d’entrée de cause et sans autres investigations par un refus d’entrer en matière. Quand l’administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l’affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d’invalidité rendue plausible par l’assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l’invalidité ne s’est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence ; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d’invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l’état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d’une situation demeurée inchangée pour l’essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références). L’assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d’invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133

V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

d) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88*a* al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88*a* al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois

applicable par analogie. Selon cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

4. **a)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 ; 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) 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, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 ; 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié *in* ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être

enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. 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 établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_905/2015 du 29 août 2016 consid. 5.3.2 ; 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1).

L'existence de pièces médicales aboutissant à des conclusions apparemment contradictoires ne suffit en soi pas à justifier l'existence d'un doute minime quant à la pertinence d'avis de médecins employés par l'assurance (ATF 135 V 465 ; TF 9C_96/2017 du 3 août 2017 consid. 4.2.6).

5. **a)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007, *in* SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008).

b) Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existait, jusqu'à l'arrêt rendu le 3 juin 2015 par le Tribunal fédéral en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, une présomption selon

laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne disposait pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles étaient réunies devait être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retenait, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il était également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on devait conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultaient d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeuraient vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissaient insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; notamment TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et références citées).

c) Dans l'ATF 141 V 281 cité ci-dessus, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA, qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). En d'autres termes, la reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards. Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve (consid. 6 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. En effet, la définition de cette atteinte mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». En outre, ce trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins (ch. F 45.40 de la CIM [Classification internationale des maladies]-10 2014). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou

d’une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d’un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d’une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l’allégation d’intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l’absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l’anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l’expert, ainsi que l’allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (également TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 4.2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée 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. 4.1.1).

Cette grille d’évaluation comprend un 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 succès ou de l’échec d’un traitement 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. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d’une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d’autre part, des ressources mobilisables par l’assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l’arrêt précité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un 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. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt précité).

Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations AI déposée le 9 novembre 2012 par le recourant et a repris l'instruction en ordonnant notamment une expertise

bidisciplinaire, soit psychiatrique et rhumatologique. Il convient dès lors d'examiner si, entre la décision sur opposition du 10 novembre 2004 confirmée par l'arrêt entré en force du 22 février 2006 du Tribunal des assurances (AI 186/04 – 77/2006) et la décision litigieuse du 11 janvier 2017, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, étant précisé que le Tribunal précité avait considéré que l'atteinte présentée par l'assuré (syndrome lombo-vertébral chronique sur discopathie L5-S1) ne l'empêchait pas d'exercer une activité adaptée à plein temps et que les troubles somatoformes dont il souffrait n'avaient pas un caractère invalidant.

a) Pour se prononcer sur la quatrième demande de prestations, l'intimé a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Dans son rapport du 4 juin 2015, l'expert U._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assuré de lombopygialgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (avec discopathie L5-S1 et status post contusion lombaire en 1996), de cervico-brachialgies récurrentes (minime discopathie C5-C6) et de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (diminution du seul de déclenchement de la douleur). Il a par contre estimé que les omalgies bilatérales étaient sans signe de conflit ou de tendinopathie et que les polyarthralgies d'origine incertaine avaient une PR séronégative sous Xeljanz® actuellement sans signe inflammatoire. L'ampleur de la symptomatologie résidait essentiellement dans le vécu douloureux chronique qui s'était cristallisé autour de douleurs rachidiennes diffuses et polyarticulaires fluctuantes et migrantes, s'étendant en taches d'huile. Finalement, l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assuré se fondant sur les constatations des experts U._____ et V._____ lesquels ont conclu que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b) aa) Il sied de constater que le recourant est suivi depuis le 6 février 2013 par le Dr S._____, sa quatrième demande AI datant du 9 novembre 2012. Le Dr S._____ a d'emblée posé le diagnostic de

polyarthrite périphérique symétrique et a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 20 % dans une activité occupationnelle. L'assuré a essayé plusieurs médicaments durant l'année 2013 sous le contrôle du Dr S._____ : Arava, Méthrotrexate, Enbrel, Sypony : sans réponse objectivable. L'examen clinique mené par l'expert U._____ a eu lieu le 27 août 2014. Il n'a pas retenu le diagnostic de polyarthrite périphérique. Le 13 octobre 2015, le Dr S._____ a précisé que chez un patient traité (en l'occurrence par du Xeljanz®) ne présentant pas de synovite lors d'un examen ponctuel (en l'occurrence l'examen pratiqué par le Dr U._____) ne permettait nullement d'écarter un diagnostic confirmé par un confrère chez un patient qui a présenté à de multiples reprises des synovites cliniquement évidentes. Le 10 février 2017, le Dr S._____ a implicitement indiqué que le Xeljanz® semblait contrôler les tuméfactions, mais pas les douleurs articulaires ou enthésitiques, raison pour laquelle il a annoncé une capacité de travail nulle dans toute activité. Finalement, le 2 mai 2017, sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr S._____ a constaté que si le Xeljanz® était mal toléré, il avait pour conséquence que le patient avait un peu moins mal. Il débutait un traitement Otezla tout en effectuant une demande de garantie pour le Cisentyx si le traitement précédent était mal toléré.

Au vu des éléments précités, une nouvelle évaluation médicale complète de l'état de santé du recourant sous forme d'une expertise judiciaire s'imposait afin de déterminer si le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde avait ou non des effets sur la capacité sur la capacité de travail et en cas de réponse positive, si l'incapacité de travail était temporaire ou définitive et depuis quelle date.

bb) Sur le plan psychique, l'expert Z._____ a considéré que le trouble d'anxiété généralisé, le trouble panique et le trouble somatoforme douloureux n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, mais affectaient tous les domaines de la vie dès lors qu'ils génèrent des entraves aux relations interpersonnelles. Dans leur rapport de concilium bidisciplinaire faisant suite aux deux rapports

d’expertise des 26 octobre et 18 novembre 2018, les experts ont retenu essentiellement les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire chronique, et de fibromyalgie secondaire dont les interactions pouvaient engendrer des conséquences négatives sur le cours de l’arthrite et aussi sur le vécu de la douleur. Ils ont ainsi mis en évidence une aggravation de l’état de santé du recourant depuis novembre 2012/février 2013, période durant laquelle une polyarthrite s’était manifestée avec une limitation supplémentaire par l’état inflammatoire des articulations dans plusieurs régions de l’appareil locomoteur, compliquée dès novembre 2012 par une fibromyalgie secondaire dans le contexte d’un trouble somatoforme indifférencié préexistant depuis 1996. Dès lors, l’activité habituelle d’installateur de cheminées n’était plus possible depuis longtemps en raison du risque de chute. Dans le cadre d’une activité adaptée, les experts ont estimé qu’aucune activité n’était exigible depuis novembre 2012. Ils ont exposé que pendant les décompensations inflammatoires de l’arthrite rhumatoïde, avec des manifestations inflammatoires cliniquement manifestes (tendinites, synovites), la capacité de travail, ainsi que le rendement devenaient pratiquement inexistants en raison de la douleur articulaire et de la limitation fonctionnelle dérivant de l’inflammation. Finalement, l’arthrite rhumatoïde n’était pas suffisamment contrôlée pour permettre une réhabilitation professionnelle. Ils ont en outre relevé que la présence d’une fibromyalgie secondaire amplifiait les symptômes inflammatoires (tels que les arthralgies et les myalgies, qui font déjà partie du tableau clinique de l’arthrite, notamment si décompensée en l’absence de tout traitement de base ou non contrôlée d’une façon optimale. Ils ont en outre précisé que la présence de la fibromyalgie induit – de façon indépendante des troubles inflammatoires et dégénératifs – une exacerbation de la douleur. Elle s’accompagnait d’un manque de motivation (mauvaise adhérence thérapeutique), notamment pour une réinsertion professionnelle (manque d’espoir, de motivation). Ils ont ainsi expliqué qu’au vu de la perception de sa douleur, initialement dans le cadre d’un trouble somatoforme, qui satisfait à partir de novembre 2012 les critères diagnostiques d’une « fibromyalgie secondaire à l’arthrite rhumatoïde », qui s’est développée dans le contexte d’un trouble du traitement de la douleur préexistant

d’abord sans substrat organique manifeste, l’assuré ne ressent aucun soulagement par aucun traitement, et en principe, n’en voit pas l’utilité, même lors d’une mise en évidence d’une amélioration clinique sous Xeljanz® (p. 7). Ces attitudes peuvent aussi être à l’origine d’une adhérence thérapeutique non optimale, qui comporte le risque d’une rechute inflammatoire de l’arthrite qui a un impact sur la capacité de travail. Finalement, ces attitudes de désarroi face à la symptomatologie douloureuse à caractère complexe ont actuellement atteint presque toutes les sphères de la vie, avec une tendance au repli social total, induit aussi par une composante inflammatoire parfois coexistant (entraînant une fatigue et une raideur matinale persistant pendant plusieurs heures, surtout en l’absence de traitement). Dans ces conditions, une mobilisation de quelques ressources n’est pas facile à imaginer, la seule ressource étant constituée par la famille avec qui il semble isolé.

cc) Au vu des éléments précités, il y a lieu de retenir une aggravation de l’état de santé de l’assuré sur la base du nouveau diagnostic de polyarthrite rhumatoïde compliquée par une fibromyalgie secondaire entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis novembre 2012. L’intimé s’est rallié aux conclusions du consilium bidisciplinaire des médecins du Centre d'expertise X._____, sous réserve de la période allant d’août 2014 à octobre 2016, constatant que, durant la période précitée, la polyarthrite séronégative était en rémission en raison du traitement Xeljanz® débuté en janvier 2014. S’il est admis que d’août 2014 à octobre 2016, le recourant continuait à présenter une polyarthrite rhumatoïde, se pose la question de savoir si cette pathologie était alors en rémission complète en raison de l’absence de syndrome inflammatoire et de tuméfaction articulaire démontrable, élément contesté par le recourant.

Il ressort du dossier que le recourant est suivi depuis le 6 février 2013 par le Dr S._____, et qu’il a débuté en janvier 2014 un traitement de Xeljanz®, médicament qu’il prenait à raison de 2X/jour lors de l’expertise du Dr U._____ (rapport, p. 5), étant précisé qu’il ne consultait plus le Dr S._____ depuis le 28 janvier 2014. Par certificat

médical du 3 octobre 2016, le Dr M._____ a mentionné que dès le 7 janvier 2014, le recourant n'avait plus consulté son médecin traitant, ni son psychiatre traitant en raison de problèmes de santé de son épouse, opérée à quatre reprises durant ces deux dernières années, ajoutant que son patient « se plaint actuellement d'une recrudescence des douleurs articulaires au niveau des mains, des doigts, des épaules, du rachis et des genoux ». C'est dans ce contexte qu'un complément d'expertise a été ordonné afin de déterminer si la polyarthrite rhumatoïde étant en rémission complète sous l'effet du traitement de Xeljanz®. Se référant aux données à disposition, l'expert Y._____ a considéré que la rémission était complète, car à l'ultra-sonographie des genoux, des coudes, des poignets, MCP, IPP et IPD du 27 août 2014, il y avait une « absence de signe de synovite, absence de collection liquidienne, absence de rehaussement au Doppler, score sonar 0.22 en mode palmaire, et 0.22 en mode Doppler ». A la radiographie des mains des deux côtés et des pieds des deux côtés, il n'y avait pas de trouble dégénératif, ni de signe d'érosion à remarquer (cf. complément d'expertise du 5 juin 2019). De plus, une ultrasonographie des épaules du 27 août 2014 montrait une bonne visualisation des muscles sous-épineux et sous-scapulaires : absence de signe de rupture, même partielle, absence de tendinopathie, intégrité tendineuse conservée, absence de collection liquidienne. En ce qui concerne la valeur de maladie de la fibromyalgie secondaire comme entité en soi-même, isolée, du point de vue théorique médico-assurantiel, dans le cas d'une rémission complète d'une polyarthrite rhumatoïde, dès août 2014, l'expert a retenu qu'une activité légère à 100 % était exigible. L'expert Y._____ n'a pas pu déterminer à quel moment l'assuré avait décidé d'arrêter le traitement de Xeljanz®, élément que l'intéressé n'a jamais précisé dans le cadre de la procédure de recours. Dans ce contexte, l'expert Y._____ s'est référé à un élément objectif à avoir le certificat médical du Dr M._____ du 3 octobre 2016, date à laquelle le médecin précité a relevé une recrudescence des douleurs articulaires, conclusion qui est cohérente et qui n'est pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins. Ainsi, dans son courrier du 13 octobre 2015 au conseil de l'assuré, le Dr S._____ précisait que son patient était actuellement au bénéfice d'un traitement

de Xeljanz®. Lors de la reprise de consultation le 10 janvier 2017, le Dr S._____ a constaté que son patient n'avait plus aucun traitement pour sa polyarthrite depuis de nombreux mois (cf. bordereau de pièces, n°18, courrier du 10 février 2017), sans plus de précision. Les réponses fournies par le Dr M._____ le 8 juillet 2019 au questionnaire établi par le conseil du recourant ne permettent pas d'appréhender la situation de manière différente. Outre le fait qu'il n'explique pas pour quel motif ses réponses du 10 juillet 2019 contredisent la teneur de son certificat médical du 3 octobre 2016, il n'a nullement indiqué à partir de quelle date son patient avait cessé le traitement de Xeljanz®, se limitant à préciser qu'il ne lui avait jamais prescrit ce médicament. Enfin, il a été établi que durant cette période, le recourant n'a bénéficié d'aucun contrôle rhumatologique, alors qu'un suivi et un traitement rhumatologiques réguliers s'avèrent nécessaires.

c) Au vu des éléments précités, il convient de retenir que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée dès le 24 août 2014, date de l'examen clinique pratiqué par l'expert U._____. En effet, comme le retiennent les experts du Centre d'expertise X._____, après chaque changement de traitement, il faut environ trois jusqu'à six mois pour obtenir un effet clinique significatif et juger de l'efficacité du traitement, lequel en l'occurrence a été mis en place à la fin janvier 2014. La capacité de travail est par contre nulle dès le 3 octobre 2016, date à laquelle le Dr M._____ a fait état d'une recrudescence des douleurs et a attesté une incapacité totale de travail, ce qui doit être assimilé à une rechute, respectivement une aggravation de l'état de santé du recourant entraînant une totale incapacité de travail selon les experts du Centre d'expertise X._____. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de se prononcer sur les faits postérieurs à la décision litigieuse du 11 janvier 2017.

7. **a)** En l'espèce, les conditions du droit à une rente telles que prévues par l'art. 28 LAI sont réalisées. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée

avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88*a* RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_900/2013 consid. 6.2 et les références). En l'occurrence, le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % du 12 novembre 2012 au 24 août 2014, ceci sans interruption et une année après la survenance de l'incapacité, celle-ci était toujours de 40 %. Le recourant a déposé sa demande le 12 novembre 2012. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de cet acte (art. 29 al. 1 LAI), pour autant que l'incapacité de travail d'au moins 40 % ait duré une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Dès lors, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er novembre 2013 (art. 29 al. 3 LAI).

b) aa) Dès le mois d'août 2014, l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit excluant le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 kg. Force est ainsi de constater que la comparaison des revenus tels qu'elle se présentait lors de la décision initiale de refus de rente du 21 janvier 2004 (taux d'invalidité de 11 %) ne peut être entièrement reprise, dès lors que le revenu d'invalide avait été établi en référence aux DPT retenues par la CNA.

bb) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la

naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174) et de tenir compte de l'évolution des salaires jusqu'à ce moment (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 5/1999 p. 182).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalide. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 ; 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs

facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 ; 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1).

cc) En l'espèce, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année 2014. Dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques de l'ESS en se référant au revenu mensuel brut pour une activité simple et répétitive. Il convient de se référer au salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) en 2014, année de la naissance du droit à la rente, soit 5'312 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire moyen de 41,7 heures dans les entreprises suisses en 2014, ce montant a été porté à 5'537 fr. 76, ce qui donne un salaire hypothétique d'invalide de 66'453 francs.

Le revenu sans invalidité était de 58'649 fr. (montant indexé à l'année 2004) en qualité de monteur de cheminées, ce qui correspond en 2014 (+5.9 %) à un montant de 62'082 francs.

Même avec une réduction de 25 % du salaire d'invalide, le taux d'invalidité minimum de 40 % n'est pas atteint. En effet, une fois la déduction maximale de 25 % effectuée, le salaire d'invalide s'élève à 49'840 fr., d'où une perte de gain de 12'242 fr., soit un taux d'invalidité de 18,42 %. Ainsi, même avec un taux d'abattement maximum, le taux d'invalidité serait inférieur à 40 % et n'ouvrirait dès lors pas le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

dd) L'amélioration de l'état de santé ayant duré plus de trois mois sans interruption notable depuis le 24 août 2014, elle justifie une

révision du droit à la rente, soit, en l'occurence, sa suppression, à partir du 1er décembre 2014 (cf. art. 88*a* al. 1 RAI).

c) Finalement, le recourant a subi une rechute le 3 octobre 2016 et présente dès lors une incapacité totale de travail de même origine. Par conséquent, le recourant peut immédiatement être mis au bénéfice d'une rente entière soit dès le 1er octobre 2016 conformément à l'art. 29bis RAI.

8. **a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et entraîne une réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2013 au 30 novembre 2014, puis dès le 1er octobre 2016.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé qui succombe, sont arrêtés à 400 francs.

c) Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Selon l'art. 11 al. 2 TFJDA (tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs.

En l'occurrence, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé.

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

I. Le recours est partiellement admis.

II. La décision rendue le 11 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que A._____ a droit à une entière d'invalidité du 1er novembre 2013 au 30 novembre 2014, puis dès le 1er octobre 2016.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me Charles Guerry (pour le recourant),
- Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l’envoi de photocopies.

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

Le greffier :