

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Pittet et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat
au Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____, ressortissant portugais né en 1957, a travaillé comme manœuvre ou maçon-machiniste pour des entreprises de construction dans le canton de Vaud. Son contrat avec la dernière société dont il était l'employé a pris fin le 31 juillet 2004. En février 2004, il a demandé diverses prestations de l'assurance-invalidité (reclassement dans une nouvelle profession, mesures médicales et rente), en invoquant comme atteinte à la santé des maux de dos. En raison de lombalgies chroniques, notamment, il s'est retrouvé en incapacité de travail (à 50, 75 ou 100% selon les périodes) à partir du mois de mai 2002.

Par une décision du 21 février 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a rejeté la demande de prestations. Il a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que l'ancienne activité de maçon n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assuré, mais que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de ce dernier, telle une activité industrielle légère, la capacité de travail exigible demeurerait entière. Le degré d'invalidité a ainsi été évalué à 21 pour-cent. La décision précise en outre: «Vu que vous avez refusé des mesures professionnelles, nous archivons votre dossier. Cependant, si à l'avenir vous souhaitez des mesures professionnelles, vous pouvez reprendre contact avec notre office par demande écrite».

L'assuré a déclaré recourir contre cette décision. L'acte de recours, adressé à l'OAI, a été transmis au Tribunal des assurances. L'assuré n'a pas effectué l'avance de frais requise et, par prononcé du 16 mai 2008, le recours a été déclaré irrecevable (prononcé AI 136/08). La décision de l'OAI du 21 février 2008 est donc entrée en force.

B. Par le dépôt (via le Centre Social Régional Lausanne) d'une formule datée du 28 janvier 2009 et reçue (indexée) par l'OAI le 8 avril 2009, X._____ a présenté une nouvelle demande de prestations AI. Cette demande tend soit à une orientation professionnelle, soit au

reclassement dans une nouvelle profession, soit à l'octroi d'une rente. L'assuré a joint à sa demande plusieurs certificats médicaux de son médecin généraliste traitant (d'abord le Dr [...], à Lausanne, puis le successeur de ce dernier, le Dr A._____, puis, dès mai 2008, le Dr C._____, à Lausanne), attestant d'une incapacité de travail de 100 pour-cent.

L'OAI a demandé des rapports à plusieurs médecins, en particulier au Dr C._____. Celui-ci a déposé, le 12 mai 2009, un rapport signé également par les Drs G._____, rhumatologue et médecin-associé au [...], et K._____, psychiatre à Lausanne. Ce rapport pose les diagnostics suivants:

«Depuis 2002:

- Cervico-lombalgies aspécifiques avec discopathie étagée et troubles statiques

Depuis 2004:

- Gonalgies D sur méniscopathie interne

Depuis 2007:

- Cervicalgies et brachialgies nocturnes bilatérales non déficitaire

- Lombalgies chroniques et troubles sensitifs intermittents nocturnes

de la cuisse D

Depuis 2008 mais certainement présent depuis plus longtemps:

- Syndrome d'apnée du sommeil de degré modéré

- Status après ancienne fracture du poignet G

- Gastrite intermittente sur AINS

- Céphalées de tension depuis 2005

- Trouble dépressif récurrent avec épisodes d'intensité de légère à moyenne-sévère, épisode actuel d'intensité légère, (CIM-10: F33)

- Troubles de la personnalité non spécifiés, avec traits narcissiques et caractériels (F60.9) ».

Le rapport précité pose le constat que la possibilité d'une reconversion professionnelle n'a pas été envisagée, lors même que l'assuré montre une volonté affirmée de reprendre une activité, malgré sa situation très détériorée. A cette fin, les Drs C._____, G._____ et K._____ préconisent un réentraînement au travail et une réadaptation professionnelle auprès d'un centre spécialisé, en tenant compte fondamentalement des aspects rhumatologiques et orthopédiques de la pathologie - les aspects psychiatriques n'étant pas au premier plan, même s'ils contribuent à l'invalidation - ainsi que des limitations fonctionnelles

en découlant. En résumé, ces médecins décrivent un état de santé stationnaire et concluent à une incapacité de travail totale depuis 2004 dans l'ancienne profession de maçon machiniste, sans exclure l'éventualité d'une reprise d'activité adaptée ensuite d'une appréciation exhaustive de la situation et d'une prise en charge adéquate de l'intéressé.

A propos du syndrome d'apnée du sommeil, le Dr H. _____, spécialiste FMH en pneumologie à Lausanne, a indiqué, dans un rapport du 26 mai 2009, qu'il n'y avait de ce point de vue aucune contre-indication à l'exercice de l'activité professionnelle.

Le Dr K. _____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 15 avril 2008, a déposé un rapport le 2 juin 2009. Il y indique avoir rencontré les Drs C. _____ et G. _____ le 12 septembre 2008 pour un concilium. Ce rapport contient les passages suivants:

«Je réaffirme ici que bien que la symptomatologie anxieuse et dépressive ait évolué par phases d'intensité fluctuante entre légère et moyenne, rarement entre moyenne et sévère, cette symptomatologie ne saurait pas être considérée invalidante au sens de la Loi sur l'Assurance Invalidité.

Je confirme également ici que tout autant que M. le Dr S. _____ l'a lui-même attesté, je suis de l'avis que M. X. _____ n'est pas un simulateur et que ses souffrances sont bien réelles.

Je soutiens avec force la proposition de M. le Dr S. _____ de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, à la fois somatique et psychiatrique, qui mériterait d'être confiée au Centre [...] de Sion, pour évaluer le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une aide à la réinsertion professionnelle. [...]

Diagnostics avec effet sur la capacité de travail. En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSMAI

Ce sont fondamentalement les affections somatiques qui conditionnent l'incapacité de travail de cet assuré.

En ce qui concerne la pathologie psychiatrique, elle peut être diagnostiquée encore aujourd'hui comme un *trouble dépressif récurrent*, avec des épisodes d'intensité entre légère et moyenne-sévère, accompagnés le plus souvent d'une symptomatologie d'angoisse, d'intensité fluctuante, entre légère et moyenne.

Existant depuis quand?

Cette pathologie anxieuse et dépressive existe certainement depuis 2004. [...]

1.7 Questions sur l'activité exercée à ce jour

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes?

Pour les restrictions physiques, je vous prie de vous référer aux rapports des médecins somaticiens.

En ce qui concerne les restrictions mentales et psychiques, il est clair que la symptomatologie anxieuse et dépressive, lorsqu'elle a été ou sera d'intensité plus que moyenne, a pu et pourra affecter la capacité de travail de ce patient par l'émergence d'une plus grande irritabilité, d'une humeur triste, d'un sentiment de non-valeur, de l'impression de ne pas être cru, pas être pris au sérieux, se manifestant par une attitude davantage révoltée, ou caractérisée par l'apathie, l'aboulie et une tendance à l'apragmatisme. [...]

Du point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible?

Chez M. X. _____, la profession de maçon n'est pas exigible.

Une activité adaptée devra être évaluée et définie après une observation adéquate dans une structure adaptée de votre Assurance.

Ensuite une aide au réentraînement au travail et au placement par votre Assurance sera nécessaire, à notre avis. [...]

1.8 Questions concernant des mesures de réadaptation professionnelle possibles

Les restrictions énumérées, peuvent-elles être réduites par des mesures médicales?

Oui, les restrictions indiquées peuvent être réduites par un accompagnement qui associe des mesures de réentraînement au travail et réhabilitatives adéquates à la prise en charge médico-psychiatrique thérapeutique nécessaire.

Autrement dit, il est évident pour nous que seulement dans le cadre d'un suivi ambulatoire régulier où les mesures réhabilitatives et thérapeutiques seront harmonieusement et conjointement appliquées, on pourra espérer de revoir ce patient travailler dans un travail adapté à ses limitations fonctionnelles, au pourcentage que l'expérience dira».

Le Dr M. _____ du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a rédigé un avis médical le 17 juillet 2009, dont la conclusion est la suivante :

«L'atteinte à la santé est invalidante au sens de l'AI. Elle a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport du SMR en mai 2005, concluant à une incapacité de travail totale dans l'activité exercée, et à une pleine exigibilité dans une activité adaptée. [...]

L'état de santé de l'assuré ne s'étant pas significativement modifié depuis 2005, les limitations fonctionnelles restent les mêmes».

Dans un autre avis médical du 5 octobre 2009, le Dr M. _____ du SMR a précisé – en relation avec les gonalgies et après avoir interpellé l'orthopédiste qui avait suivi l'assuré – que l'atteinte du genou droit (déchirure et atteinte dégénérative du ménisque interne, chondromalacie fémoro-tibiale interne) n'avait pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée mais qu'elle est à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail en position accroupie, pas de marches prolongées, pas de montées/descentes d'escaliers, échelles, etc., pas de marche en terrain inégal.

La Dresse D. _____, neurologue à Lausanne, a adressé à l'OAI un rapport médical daté du 11 août 2009. Elle y rappelle les constatations résultant d'un examen neurologique du 21 novembre 2007 et d'une IRM lombaire du 29 novembre 2007. Elle ajoute ce qui suit:

«Le patient m'est réadressé le 30 mars 2009 pour une accentuation de la même symptomatologie. L'examen neurologique est superposable sans syndrome cervical ni syndrome lombo-vertébral, sans déficit des réflexes, amyotrophie ou parésie, sans signe radiculaire en particulier. L'EMG des membres inférieurs est normal. [...] Pronostic: syndrome douloureux chronique depuis de nombreuses années sans évolution et sans amélioration malgré les différents traitements entrepris de physiothérapie et la médication».

A ce rapport est jointe la copie d'un avis que ce médecin avait envoyé le 10 décembre 2007 au généraliste Dr A. _____. La Dresse D. _____ y indiquait, en conclusion, que l'assuré serait probablement capable d'exercer à 50% une activité sans port de charges ni mouvements en porte-à-faux et permettant l'alternance des positions assise et debout.

C. X. _____ a participé à un stage d'orientation professionnelle auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après: EPI) à Genève, du 3 au 28 août 2009. Le rapport de fin de stage adressé le 8 septembre 2009 à l'OAI parvient à la conclusion suivante:

«A moyen terme, une activité adaptée aux limitations de M. X. _____ dans le domaine industriel semble envisageable. [...]

L'assuré ayant cessé son activité professionnelle depuis plus de 5 ans, un réentraînement nous semble impératif de manière à permettre à l'assuré de reprendre une certaine confiance en lui ainsi qu'un rythme compatible avec les exigences du marché. Sur demande de l'OAI-VD, les EPI enverront une

proposition afin que M. X. _____ effectue un stage de réentraînement aux activités industrielles légères, d'une durée de 4 semaines. Selon évolution des performances, comme suite, un stage en entreprise permettrait de valider une activité à un poste en adéquation avec ses limitations. [...]

M. X. _____ se dit volontaire pour la reprise d'une activité adaptée.

Nous pensons qu'il souhaite réellement reprendre une activité. Il est conscient que ses difficultés physiques limitent concrètement le type de postes adaptés. De plus, il sait que son âge et sa longue période sans activité le prêteront sur le marché du travail. Il est également difficile de se projeter dans une activité actuellement abstraite».

D. Le 2 novembre 2009, l'OAI a envoyé à X. _____ un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. L'argumentation suivante y est développée:

«Résultat de nos constatations:

- Selon votre nouvelle demande du 8 avril 2009, vous sollicitez le réexamen de votre droit à une rente en relation avec une aggravation de l'état de santé.
- A réception des renseignements médicaux, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi. Nous constatons que vous présentez une incapacité de travail complète dans votre activité habituelle, mais que par contre nous pouvons exiger de vous l'exercice d'une activité adaptée à raison d'un taux de 100%.
- En effet, du point de vue médical, votre état de santé ne s'étant pas significativement modifié depuis 2005, les limitations fonctionnelles restent les mêmes et sont les suivantes: pas de position statique prolongée, pas de mouvements en porte-à-faux, pas de mouvements répétitifs du dos et de la nuque, port de charges limité à 15kg.
- Nous maintenons donc les capacités de travail précédentes, en outre l'atteinte du genou n'a pas entraîné d'incapacité de travail de longue durée. On peut cependant admettre qu'elle est à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes qui viennent s'ajouter à celles décrites plus haut: pas de travail en position accroupie, pas de marches prolongées, pas de montées/descentes d'escaliers, échelles, pas de marche en terrain inégal, etc.
- En l'espèce, vous continuez de présenter une capacité de travail complète dans une activité adaptée en tenant compte des limitations fonctionnelles précitées.
- Votre dossier a été transmis notamment auprès de notre service de réadaptation, toutefois, nous constatons que vous n'êtes pas dans une optique de réadaptation professionnelle. En effet, vous ne pensez pas que votre état de santé vous permet de travailler dans une activité adaptée; ces démarches vous paraissent irréalistes. Nous avons dès lors déterminé votre degré d'invalidité sur la base d'une approche théorique, comme lors de l'établissement de notre décision initiale du fait qu'il n'y a aucune modification depuis lors».

L'OAI a ensuite procédé à une comparaison des revenus sans invalidité (65'975 fr.) et avec invalidité (52'025 fr.), en se fondant sur les

statistiques officielles. Il en résulte une perte de gain de 13'949 fr., correspondant à un degré d'invalidité de 21%, taux inférieur au seuil de 40% donnant droit à une rente d'invalidité. Lorsque l'OAI indique que l'assuré ne pense pas que son état de santé lui permette de travailler dans une activité adaptée, il se réfère implicitement aux déclarations faites lors d'un entretien téléphonique le 9 octobre 2009, ensuite du stage d'orientation professionnelle. L'assuré avait fait valoir qu'il ne pensait pas pouvoir retravailler à 100% en raison de ses problèmes de santé, qu'il avait fortement souffert lors du stage et qu'il ne s'estimait pas apte à travailler dans un emploi industriel.

Par une communication du 2 novembre 2009, l'OAI a informé l'assuré que les conditions pour le droit au placement étaient remplies, de sorte qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par le service de placement de l'office.

L'assuré n'a pas présenté d'objections après avoir reçu le préavis et la communication précités.

E. Le 14 décembre 2009, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de rente d'invalidité. La motivation correspond en tous points à celle du préavis du 2 novembre précédent.

F. Par acte du 25 janvier 2010, X._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Dans son argumentation, il fait valoir que son état de santé ne lui permet plus travailler, non seulement dans son ancien métier mais également dans toute autre activité, en se référant aux avis de ses médecins figurant dans le dossier de l'OAI.

Dans ses déterminations du 19 mars 2010, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

A sa requête, un délai d'une vingtaine de jours (au 5 mai 2010) a été fixé au recourant pour se déterminer sur l'écriture de l'OAI. Le recourant a demandé une prolongation au 15 juin 2010 du délai précité; il évoquait un rendez-vous le 7 juin 2010 chez le Dr G._____. Cette prolongation lui a été accordée. Le 14 juin 2010, le recourant a requis une nouvelle prolongation, de trois mois, du délai de déterminations parce que le Dr G._____ n'était pas en mesure d'établir un rapport médical. A l'appui de sa demande de prolongation, il a produit un fax du 11 juin 2010 du Dr G._____ à Me Philippe Graf, avocat, où ce médecin indiquait effectivement être physiquement indisponible pour rédiger un rapport médical avant trois mois. Le juge instructeur de la Cour des assurances sociales a refusé la prolongation de trois mois, le 17 juin 2010. Le recourant n'a pas déposé de déterminations dans le délai légal de trois jours, après le refus de la seconde prolongation (cf. art. 21 al. 3 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Il a encore écrit le 30 juin 2010 au juge instructeur - sans se déterminer sur le fond - puis, le 9 juillet 2010, Me Graf, qui assistait déjà le recourant dans ses démarches auprès du Dr G._____, a exposé dans une lettre au juge instructeur que la présente cause «commen[çait] désormais de [l']occuper». Cet avocat a critiqué le refus de la prolongation de délai et a demandé une nouvelle prolongation pour la production d'un rapport du Dr G._____. Il a produit une procuration du recourant en sa faveur ainsi qu'un rapport du 30 juin 2010 de la Dresse D._____. La conclusion dudit rapport (rédigé après que ce médecin avait revu le recourant le 23 juin 2010) est la suivante:

«Le patient est capable de travailler dans une activité adaptée à un taux de 50 à 60% avec une activité permettant de varier la station assise et debout, des déplacements sur de courtes distances, évitant le port de charges, les mouvements en porte-à-faux et de torsion du tronc».

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-

invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

2. A titre préalable, il y a lieu d'examiner si l'écriture de Me Philippe Graf du 9 juillet 2010, avec ses annexes, doit être considérée comme une écriture du recourant. Usuellement, les avocats mandatés informent le tribunal de leur constitution, ou de leur mandat. Il est insolite qu'ils se bornent à dire qu'une affaire pendante «commence à les occuper»: on pourrait déduire en effet d'une telle formulation que la partie et l'avocat en sont encore aux pourparlers et qu'un mandat pour une représentation en justice n'est pas encore donné. Cela étant, dans le cas particulier, comme une procuration a été produite - même si elle ne mentionne toutefois pas spécialement la présente affaire - et comme il ressort du dossier que Me Graf assiste le recourant depuis le mois de juin 2010 en tout cas, il faut considérer qu'il agit désormais, après la fin de l'échange d'écritures, au nom du recourant.

3. Le recourant prétend avoir droit à une rente entière d'invalidité. Il ne présente aucune critique au sujet des actes ou des mesures de l'OAI concernant l'orientation professionnelle, d'éventuelles mesures de réadaptation ou encore l'aide au placement. Ses griefs concernent uniquement l'appréciation de son état de santé qui, selon lui, l'empêcherait d'exercer toute activité. Il se plaint donc, implicitement, d'une violation des dispositions du droit fédéral définissant la notion d'invalidité et le droit à une rente.

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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être raisonnablement exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_92/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

b) En l'espèce, la question du droit à une rente d'invalidité a déjà été examinée par l'OAI peu avant le dépôt de la demande de prestations ayant donné lieu à la décision attaquée. En effet, la décision du 21 février 2008, qui est entrée en force, portait précisément sur ce point.

Comme l'OAI, saisi de la nouvelle demande, a demandé d'office des rapports médicaux et est donc entré en matière, la question litigieuse est celle de savoir si, compte tenu des résultats de l'instruction, la modification du degré d'invalidité est établie; en d'autres termes, il faut examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, partant le droit à la rente, s'est produit entre la première et la seconde décision, soit en l'occurrence entre février 2008 et décembre 2009 (cf. ATF 133 V 108).

c) Les avis médicaux figurant au dossier – avis qui du reste, pour la plupart, émanent de médecins traitants du recourant – ne font pas état d'une modification ou d'une aggravation des atteintes à la santé susceptibles d'influencer la capacité de travail. En particulier, l'avis commun des Drs C._____, G._____ et K._____ décrit la situation comme stationnaire. Quant à la Dresse D._____, elle confirme en définitive dans son dernier rapport ses avis précédents. Ces médecins, comme ceux du SMR, exposent clairement que le recourant dispose d'une capacité de travail pouvant être exploitée dans une activité adaptée; cela ressort notamment du rapport du psychiatre Dr K._____. Les médecins traitants ont plutôt insisté sur la nécessité d'examiner la mise en œuvre de mesures professionnelles, ce que l'OAI a fait en convenant avec le recourant d'un plan de réadaptation.

Il n'y a donc aucun indice, dans le dossier, d'une aggravation de l'état de santé à la période déterminante. Comme un avis clair du Dr G._____ figure déjà au dossier, on ne voit pas la nécessité de requérir un nouveau rapport de ce médecin. Il n'y a a fortiori pas lieu d'attendre, pour statuer sur le fond, que le recourant produise, après la fin de l'échange d'écritures, un rapport du Dr G._____ qui résumerait les constatations

faites lors de la consultation du 7 juin 2010. Le recourant ne prétend du reste pas que l'examen à cette consultation aurait révélé des éléments décisifs; au demeurant, si tel avait été le cas, le médecin précité - qui, notoirement, connaît bien les exigences des procédures juridictionnelles - aurait sans doute rédigé d'emblée un rapport.

Dans ces conditions, à défaut d'aggravation de l'état de santé, l'OAI n'a pas violé le droit fédéral en rendant une décision de refus de rente conforme, matériellement, à sa première décision de 2008. Les griefs du recourant se révèlent ainsi mal fondés.

4. Le recours doit par conséquent être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 décembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant X._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf, avocat (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :