

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 août 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Pasche et Mme Röthenbacher
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Henniez, recourant,

et

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

Art. 17 LPGA; 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. a) R._____, né en 1951, a travaillé à 100 % auprès de l'entreprise [...], à [...] du 1^{er} septembre 1986 au 31 janvier 2007 en qualité de conducteur offset. Cette activité consiste à porter environ une centaine de fois par jour des charges de 15-20 kg pour alimenter les machines (rouleaux de papier à porter et à installer). Depuis le début des années 1990, le prénommé a présenté des lombalgies. Au fil des années, la symptomatologie est restée fluctuante, alternant les périodes d'exacerbations et d'accalmies. L'assuré a bénéficié de rééducations fonctionnelles associant la prise de médicaments antalgiques et des infiltrations rachidiennes. Il n'a bénéficié d'aucun arrêt de travail prolongé avant le 7 avril 2006, date correspondant au début d'une incapacité faisant suite à l'aggravation de la symptomatologie de la hanche gauche nécessitant le 23 août 2006 la mise en place d'une prothèse totale. Par lettre du 9 janvier 2007, l'employeur a résilié le contrat de travail du prénommé pour le 31 janvier 2007 en raison de la fin du délai de protection de 180 jours.

b) Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain ABC._____, qui a mandaté le Dr X._____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 28 mars 2007, l'expert a posé les diagnostics de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques, de troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire, de status après prothèse totale de la hanche gauche le 23 août 2006, d'hypercholestérolémie et d'arthrose nodulaire des doigts. Il a attesté une capacité de travail de 50 % dans un domaine d'activité respectant les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire excluant les ports de charges au-delà de 10 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, mais permettant d'alterner la position assise et debout. Cette capacité devait être majorée progressivement pour atteindre une pleine capacité de travail deux mois plus tard dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles précitées. ABC._____ a ainsi versé des indemnités

journalières maladie à 100 % du 6 juillet 2006 au 31 mai 2007, à 50 % du 1er juin au 31 juillet 2007, puis à 25 % dès le 1er août 2007.

c) L'intéressé a déposé le 8 février 2007 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement et d'une rente en raison de troubles dégénératifs sévères de la colonne lombaire et d'arthroses multiples articulaires. Dans un rapport médical du 16 avril 2007, le Dr J._____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs et de coxarthrose gauche opérée en août 2006 (prothèse totale). Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de tabagisme chronique et d'hypercholestéromélie traitée. Il a précisé que :

"Sur le plan rhumatologique, il est clair que ces lombalgies chroniques ainsi que sa prothèse contre-indiquent toute reprise d'activité lourde, nécessitant le port de charges, des déplacements de longues distances et des mouvements répétés du rachis. Dans une activité adaptée, le patient devrait être capable d'exercer une profession à temps complet. Son niveau de formation actuel ne lui permet cependant pas de viser une profession sans port de charges, activité dans laquelle sa capacité de travail résiduelle est à mon sens de l'ordre de 50 %. Une mise à niveau de sa formation d'imprimeur pourrait être utile, lui permettant éventuellement par la suite de retrouver une activité adaptée à 100 %".

Dans un rapport médical du 23 avril 2007, le Dr Y._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs (scoliose lombaire dextroconvexe, discopathie L2-L3 sévère, début de discopathie L4-L5 avec petit listhésis, discopathie marquée en L3-L4 et débutante en L5-S1 et arthrose interfacettaire L5-S1 depuis la fin des années 90) et de polyarthrose avec coxarthrose gauche nécessitant une mise en place d'une prothèse de resurfaçage le 23 août 2006 et une arthrose modulaire des doigts. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de troubles anxieux généralisés légers traités et de dyslipidémie traitée. Il a

attesté une incapacité de travail totale dès le 7 avril 2006 dans l'activité d'imprimeur et à 50 % dans une activité adaptée, comme celle de magasinier ou de concierge.

d) R._____ s'est également inscrit à l'assurance-chômage à 100 % à compter du 1er août 2007. En raison des indemnités perte de gain versées à 25 % par ABC._____, il a perçu des indemnités de chômage à 75 %, puis à 25 %, compte tenu d'une activité salariée de 1'700 fr. brut en tant que magasinier à 50 % auprès de C._____ SA dès le 1er novembre 2007 (placement par l'intermédiaire de la fondation "Intégration pour tous" [ci-après : la fondation IPT]).

e) Dans un rapport initial et final du 26 novembre 2007, la conseillère en réadaptation a constaté qu'au vu du revenu sans invalidité de l'assuré en 2007, soit 79'625 fr., des mesures professionnelles auraient été nécessaires pour lui permettre de retrouver sa capacité de gain. Compte tenu de son âge, une qualification conséquente (certifiée) n'aurait pas été raisonnable, l'intéressé ne souhaitant par ailleurs pas bénéficier de l'intervention de l'OAI pour mettre en valeur sa capacité de travail.

B. Dans un projet de décision du 10 avril 2008, l'OAI a envisagé de refuser la rente d'invalidité et les mesures professionnelles pour le motif que la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée. Le 5 mai 2008, R._____ a contesté ce projet de décision en alléguant que C._____ SA n'était pas en mesure de l'engager à 100%. Venue se rendre compte sur place du travail à effectuer, la fondation IPT a estimé que ce travail pouvait être réalisé malgré le handicap. L'assuré a cependant fait valoir que, même dans une activité adaptée, son rendement n'avoisinerait que 75%, si bien qu'un abattement de 25% était justifié. Par décision du 24 juillet 2008, l'OAI a confirmé le projet de décision du 10 avril 2008.

C. Par arrêt du 26 juillet 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de R._____ contre la décision du 24 juillet 2008. Ladite Cour s'est fondée sur le rapport d'expertise établi le 28

mars 2007 par le Dr X._____, auquel elle a reconnu pleine valeur probante, corroboré par l'avis du Dr J._____, pour retenir que l'intéressé est en mesure d'occuper un poste de travail adapté aux limitations fonctionnelles à un taux de 50%, à majorer progressivement pour atteindre 100% deux mois plus tard. La Cour a écarté les avis du Dr Y._____, médecin traitant, admettant une capacité de travail résiduelle de travail de 50%, et de ABC._____ admettant une capacité de travail résiduelle de 75%. Se fondant sur la méthode de comparaison des revenus, la Cour a admis une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 36%, abattement de 15% inclus.

D. R._____ a déposé le 24 août 2010 une demande de prestations AI pour cause de maladie "depuis environ 10 ans".

Le 31 août 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un courrier dont la teneur est la suivante :

« Nous accusons réception de votre demande de révision du 24 août 2010 et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et des articles 87 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).

Le droit aux prestations que vous sollicitez a déjà fait l'objet d'une décision de refus.

Votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour:

1. Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres :
 - Le diagnostic
 - La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue
 - Le nouveau degré de votre incapacité de travail
 - Le pronostic et d'autres renseignements utiles

2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple: modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée. »

Le 23 septembre 2010, le Dr L. _____ a transmis à l'OAI un rapport médical posant le diagnostic : "Canal lombaire étroit sévère, en L2-L3-L4, rétrécissement dégénératif du trou de conjugaison L3-L4 G, en nette péjoration par rapport à 1999" et a exposé ce qui suit :

"Description de l'aggravation.

Progressivement, mais au moins depuis novembre 2009, les lombalgies se sont aggravées, avec douleurs à la marche et à l'effort des 2 cuisses et fessière g.

Le périmètre de marche est actuellement de 400-500 mètres. De plus le patient ne peut que difficilement effectuer un effort physique nécessitant le port de charges ou des mouvements répétitifs. Il est sous traitement d'anti-inflammatoires, et des infiltrations à l'efficacité moyenne et de courte durée sont effectuées régulièrement par le Dr J. _____ à [...].

Degré de votre incapacité de travail.

100% dans la profession d'imprimeur."

Etait joint à ce rapport un rapport IRM établi le 28 juin 2010 par le Dr O. _____, du Service de radiologie de l'Hôpital intercantonal de La Broye, qui contient notamment ce qui suit :

"Renseignements cliniques

Lombalgies chroniques, récemment exacerbées, irradiation occasionnelle dans le MIG. Claudication à 300 mètres. Suspicion de canal lombaire étroit.

Hernie discale médiane L5-S1 diagnostiquée en mai 99. Pas d'antécédents chirurgicaux ou traumatiques. Prothèse de resurfaçage gauche pour coxarthrose, en août 2006.

(...)

Résultat

Importante discarthrose en L2-L3 avec destruction quasiment totale du disque et involution adipeuse en miroir Modic II. Importante

discarthrose en L3-L4 avec perte de hauteur de 50% du disque et involution oedématisée en miroir Modic I. Discarthrose étagée par ailleurs moins importante, avec dessiccation partielle des disques. Séquelles de Scheuermann de la jonction dorso-lombaire. Discrète hernie discale médiane L5-S1 sans conflit dural ou radiculaire significatif. Protusions discales étagées diffuses. Arthrose interfaccettaire et épaissement des ligaments jaunes étagés. Rétrécissement secondaire modéré en L2-L3 et important en L3-L4, canal mesurant 7 x 11 mm, avec effacement subtotal de la graisse péri-radiculaire. Rétrécissement étagé des trous de conjugaison, principalement en L3-L4 gauche. Effacement total de la colonne de LCR en L2-L3-L4. Parties examinées des tissus mous sp.

Conclusion

Rétrécissement secondaire important du canal rachidien en L2-L3-L4 ainsi que du trou de conjugaison L3-L4 gauche, compatible avec la clinique, et en nette péjoration par rapport à 1999."

Dans un avis du Service médical régional (SMR) du 9 novembre 2010, les Drs H. _____ et P. _____ ont constaté qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande pour le motif que les lésions décrites par le Dr L. _____ et le rapport IRM du 28 juin 2010 étaient déjà connues, que la capacité de travail était nulle dans l'activité d'imprimeur et de 100% dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles importantes : il faut une activité sédentaire légère sans port de charges, sans mouvement répétitif; pas de marche prolongée ni de marche en terrain accidenté ou incliné, pas de mouvement de torsion avec le buste.

Par projet de décision du 16 novembre 2010, l'OAI a constaté en bref que les éléments médicaux décrits par le Dr L. _____ étaient déjà connus lors de l'examen initial du dossier de l'assuré et pris en compte dans la décision de juillet 2008 et qu'avec la nouvelle demande, l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision AI et le jugement de l'autorité judiciaire, si bien que l'OAI n'entrait pas en matière sur la demande de prestations. Ce projet de décision a été adressé le 26 janvier 2011 pour notification à l'assuré avec une lettre qui en reprend le contenu et se réfère en outre à l'avis SMR du 9 novembre 2010.

Dans une lettre du 7 décembre 2010, l'assuré a contesté les conclusions de la lettre du 16 novembre 2010 de l'OAI, en répétant qu'il y avait eu une nette aggravation de son état de santé ces dernières années, notamment depuis 2008, au niveau de la symptomatologie douloureuse lombaire et des jambes.

Par décision du 26 janvier 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations pour le motif que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision AI et le jugement de l'autorité judiciaire.

E. Par acte du 16 février 2011, R. _____ a recouru contre cette décision en se référant à l'IRM montrant "une dégradation très nette ces dernières années, par rapport à l'examen de 1999", en indiquant être disposé à effectuer des examens au SMR pour montrer que son problème de dos est bien réel et ne lui permet plus d'exercer une activité normale dans n'importe quel travail et en rappelant qu'il fait régulièrement des séances de physiothérapie et des infiltrations chez le Dr J. _____ et prend chaque jour des anti-douleurs. Il a produit un rapport médical établi le 11 février 2011 par le Dr L. _____, lequel a attesté que l'état de santé du recourant s'était aggravé au cours de ces dernières années et que cette dégradation était objectivée par une symptomatologie clinique de plus en plus marquée et par l'IRM lombaire du 28 juin 2010 mentionnant une "nette péjoration par rapport à l'examen de 1999", dont l'OAI ne tient pas compte.

Dans sa réponse du 11 avril 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours en constatant que les pièces médicales à l'appui de la nouvelle demande AI n'apportent aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influer le droit à une rente.

Le 13 avril 2011, ladite réponse a été communiquée au recourant.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente d'invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté en temps utile par l'assuré, le recours est recevable en la forme et doit être tranché par la cour dans une composition de trois membres.

2. a) Selon l'art. 87 al. 3 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), dans sa teneur en vigueur du 1^{er} mars 2004 au 31 décembre 2011 (RO 2004 743 et RO 2011 5679), 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. De même, lorsqu'une rente avait été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions posées à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies (art. 87 al. 4 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de

l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel l'examen du juge des assurances est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (TF I 597/05 du 8 janvier 2007, consid. 4.1 et les références citées).

c) En l'espèce, le recourant se fonde sur le rapport IRM du 28 juin 2010 et sur les certificats médicaux du Dr Chardonnens des 21 septembre 2010 et 11 février 2011 pour soutenir que son état de santé s'est aggravé.

Il faut rappeler tout d'abord qu'avant le dépôt de la deuxième demande de rente, le rapport du 28 mars 2007 du Dr X._____ pose déjà les diagnostics notamment de lombo-pseudo-sciatalgies chroniques, de troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire et de status après prothèse totale de la hanche gauche en août 2006. De même, le rapport du 16 avril 2007 du Dr J._____ constate que les lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs et de coxarthrose gauche opérée en

août 2006 (prothèse totale) contre-indiquent la reprise d'une activité lourde, mais permettent l'exercice d'une activité à temps complet tenant compte de diverses limitations fonctionnelles.

Le rapport IRM établi le 28 juin 2010 par le Dr O. _____ n'ajoute donc rien aux constatations qui précèdent lorsqu'il rappelle l'existence d'une hernie discale médiane diagnostiquée en mai 1999 et d'une prothèse gauche pour coxarthrose en août 2006. Ces renseignements médicaux étaient bien connus des médecins lorsque la première décision de refus de rente a été rendue, le 24 juillet 2008, et à plus forte raison lors de l'arrêt rendu le 26 juillet 2010 par la Cour de céans. Il en va de même du rétrécissement secondaire important du canal rachidien et du trou de conjugaison L3-L4, dont la péjoration depuis 1999 est signalée dans le rapport IRM du 28 juin 2010, même si ce rapport indique des "lombalgies chroniques récemment exacerbées". Outre le manque de précision temporelle au sujet de cette dernière aggravation, en particulier pour la période postérieure à la décision attaquée et à l'arrêt confirmant le refus de rente, le Dr L. _____ a attesté une incapacité de travail à 100% pour la seule profession d'imprimeur, et non pas pour les autres métiers que le recourant pourrait exercer en respectant les limitations fonctionnelles déjà connues et répétées dans les rapports des Drs L. _____ et J. _____. De ce dernier point de vue également, il n'y a aucun élément de fait nouveau sur le plan médical quant à la capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Enfin, le rapport du 11 février 2011 du Dr L. _____ produit avec l'acte de recours est postérieur à la décision attaquée du 26 janvier 2011, si bien qu'il ne saurait être pris en considération dans le contrôle judiciaire de cette décision (consid. 2b in fine). Au demeurant, il ne contient de toute manière pas d'élément médical nouveau au sujet d'une péjoration de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Au surplus, la procédure de révision permet seulement de fixer un délai à l'assuré pour produire ses offres de preuve et de rendre ainsi

vraisemblable une modification de la capacité de travail devant l'OAI, si bien qu'il est exclu d'ordonner des examens complémentaires au SMR, comme le demande le recourant.

Dans ces conditions, la décision attaquée est justifiée lorsqu'elle retient que les rapports médicaux produits par le recourant n'objectivent aucune nouvelle limitation fonctionnelle susceptible de modifier l'exigibilité de la capacité de travail qui lui a été reconnue en juillet 2008 par l'intimé et en juillet 2010 par la Cour de céans et qu'en conséquence, le recourant n'a pas rendu plausible une modification de son degré d'invalidité. La décision refusant d'entrer en matière sur la deuxième demande de rente d'invalidité sans procéder à d'autres investigations est ainsi justifiée.

3. Au vu de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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; le montant de ceux-ci est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 300 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**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 26 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 300 fr. (trois cents francs) est mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. R. _____,
- 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).

Le greffier :