

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Röthenbacher et M. Schizas, assesseur
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

N._____, à Avenches, recourant, représenté par Me Alexandre Bernel,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-
après: l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 87 al. 3 RAI et 87 al. 4 RAI

E n f a i t :

A. **a)** N._____, né en 1959, d'origine portugaise, a travaillé en qualité de manœuvre au service de l'entreprise Y._____ S.A. Il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 13 juin 1994. Dans un prononcé du 6 septembre 1995, l'OAI a conclu à une invalidité de 100% à partir du 11 mai 1994 et de 50% dès le 1^{er} mai 1995. Par décisions du 20 novembre 1996, il a été mis au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} mai 1994 au 14 décembre 1995 et d'une demi-rente du 1^{er} au 31 mai 1995.

b) Le 21 août 1998, N._____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI, sollicitant des mesures professionnelles. Par décision du 15 septembre 2000, l'OAI a rejeté la demande de l'assuré, au motif que dans une activité industrielle légère, sa capacité de travail et donc de gain était pratiquement entière. Dans un jugement du 23 mai 2001 (AI 325/00 - 164/2001), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours formé par N._____ contre cette décision. Par arrêt du 9 juillet 2002 (I 483/01), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) a annulé ce jugement et cette décision et renvoyé la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

c) Le Dr Q._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après: SMR), a confié une expertise médicale à la Clinique Z._____. N._____ a séjourné dans cet établissement du 20 au 22 janvier 2003. Le 22 janvier 2003, le Dr U._____, spécialiste FMH en neurologie et chef de clinique du service de neuroréadaptation, a procédé à un examen neurologique. Dans un rapport du 28 janvier 2003, ce médecin a retenu le diagnostic de neuropathie ulnaire gauche au coude. Il indiquait qu'il n'y avait aucune limitation neurologique concernant la capacité de travail du patient, qu'elle que soit son activité. Le 22 janvier 2003, le Dr D._____, médecin-chef du service psychosomatique, a procédé à l'examen de l'assuré. Dans une expertise psychiatrique, ce spécialiste a posé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié. Il ne retenait pas

d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Dans un rapport d'expertise du 27 janvier 2003, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, d'arthrose acromio-claviculaire droite, de cervicalgies chroniques, de status après cure de hernie discale C5-C6 droite en 1993, de lombalgies chroniques, de discopathies L4-L5 et L5-S1 et de status après chirurgie correctrice des avant-pieds. De façon théorique, on pouvait admettre une diminution de rendement de 30% au plus dans l'activité exercée auprès de l'entreprise Y._____ S.A., cette appréciation prenant en compte les difficultés que peut éprouver l'assuré pour les activités nécessitant une élévation des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules et pour les déplacements sur un terrain irrégulier. Dans une activité moins exigeante, à un établi par exemple, une pleine capacité était exigible.

Par décision du 30 avril 2003, confirmée dans une décision sur opposition du 10 septembre 2004, l'OAI a avisé l'intéressé qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé et que son invalidité devait être fixée à 9,5%, taux qui ne donnait pas droit à une rente.

N._____ a recouru contre cette décision, par acte du 9 octobre 2004, devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, en concluant à la réforme de celle-ci en ce sens qu'il avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1998. Il produisait un rapport du 6 septembre 2004 du Dr R._____, spécialiste FMH en neurologie, dans lequel ce praticien, qui l'avait examiné le 3 septembre 2004 et avait pratiqué un électromyogramme, indiquait qu'il présentait une forme de fibromyalgie chronique avec notamment des arthralgies polytopes et en particulier à l'épaule droite. Il requérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, à confier par exemple au COMAI de Lausanne. Par lettre du 4 juillet 2005, N._____ a produit un rapport du 10 juin 2005 du Pr J._____, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin du Centre Anti-douleurs de la Clinique T._____.

Par jugement du 18 juillet 2005 (AI 142/04 - 139/2005), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours.

N._____ a interjeté un recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à l'annulation de celui-ci, la cause étant renvoyée à l'autorité cantonale, subsidiairement à l'OAI, pour complément d'instruction et nouvelle décision. A titre subsidiaire, il concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 1998. Il a produit un rapport du 11 octobre 2005 du Dr W._____, professeur associé et spécialiste de la colonne vertébrale à la Clinique X._____, ainsi qu'un document du 1^{er} juillet 2002 du Dr C._____, spécialiste FMH en radiologie et médecin du centre d'imagerie diagnostique G._____.

d) Par arrêt du 21 novembre 2006 (I 833/05), le TFA a rejeté le recours et a, en substance, notamment considéré ce qui suit:

- Le litige concerne le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité et porte sur le caractère invalidant des troubles de santé dont il est atteint. Est litigieux le point de savoir si une instruction complémentaire comportant une nouvelle expertise médicale est nécessaire (consid. 2).

- Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (consid. 4.1).

- Le recourant a produit devant la juridiction cantonale un rapport du Pr J._____ du 10 juin 2005. Devant le TFA, il a produit notamment un rapport du Dr W._____ du 11 octobre 2005. Ces documents sont postérieurs à la décision sur opposition du 10 septembre 2004 et ils se fondent sur la situation du recourant lors d'une discographie cervicale du 3 mai 2005 et d'une discographie lombaire du 6 juin 2005. Etant donné qu'ils ne portent pas sur la situation qui était la sienne au moment où la décision litigieuse a été rendue, il n'y a pas lieu de les prendre en considération pour apprécier la légalité de cette décision (consid. 4.2).

- Il n'y a pas de motif de mettre en doute l'objectivité et l'impartialité des médecins de la Clinique Z._____ qui ont effectué l'expertise (consid. 5).

- Le Tribunal des assurances a considéré que le rapport d'expertise était particulièrement bien étayé et exempt de contradictions; il n'y a aucune raison de s'écarter sur ce point du jugement attaqué (consid. 6.3). L'examen clinique est approfondi en ce qui concerne le status ostéo-articulaire, le rachis, les membres supérieurs et les membres inférieurs (consid. 6.4.1).

- Le consid. 6.4.2 dudit arrêt est libellé de la manière suivante:

"L'appréciation du cas par les experts de la Clinique Z._____ se fonde sur un examen complet.

Ainsi qu'ils l'ont indiqué dans leur rapport du 27 janvier 2003, en juillet 1993, le recourant avait été opéré d'une hernie discale cervicale para-médiane droite C5-C6 dont les suites avaient été laborieuses, qu'il avait déposé en mai 1994 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en invoquant essentiellement des douleurs rachidiennes, qu'au cours du printemps 1995 il avait repris son activité avec un rendement complet et que les années suivantes avaient été ponctuées d'arrêts de travail sporadiques en raison de problèmes ostéo-articulaires multiples, surtout des rachialgies nécessitant des contrôles par IRM cervicale en 1997 et par IRM lombaire en 1998, avant de cesser son activité au printemps 1998.

Rien ne permet d'en conclure que le rapport du 27 janvier 2003 présente des lacunes en ce qui concerne les troubles dont est atteint le recourant. Ainsi que l'indique le docteur Q._____ dans le rapport d'examen SMR du 5 mars 2003, dont la Cour de céans n'a pas de raison de s'écarter, les conclusions des experts de la Clinique Z._____ sont complètes et fondées et elles corroborent les appréciations de tous les professionnels (médecins, gestionnaires, maîtres socio-professionnels) impliqués dans le dossier. En effet, l'examen somatique spécialisé très complet des docteurs M._____ et U._____ confirme l'absence d'atteinte ostéo-articulaire et/ou neurologique significativement limitative quant à la capacité de travail. Or, le docteur Q._____, qui a eu connaissance des rapports médicaux produits entre-temps par le docteur B._____, a confirmé dans son avis médical du 28 juin 2004 le minutieux travail d'analyse réalisé par le docteur M._____, considérant que l'examen ostéo-articulaire était complet et objectif."

- Le rapport de la Clinique Z._____ remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (consid. 6.5).

- Sur le plan physique, les premiers juges ont retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité

adaptée. Le jugement attaqué peut être confirmé sur ce point (consid. 7.1).

- Sur le plan psychiatrique, les premiers juges, se fondant sur les conclusions de l'expertise de la Clinique Z. _____ du 27 janvier 2003, ont retenu que le recourant ne présentait pas d'atteinte psychique, qui soit de nature à rendre invalidant l'état douloureux relevé par les experts. Il apparaît en effet que le trouble somatoforme indifférencié ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, seule une mise en valeur limitée de la capacité de travail du recourant puisse être raisonnablement exigée de lui. Même dans l'hypothèse d'une fibromyalgie, il existe une présomption que celle-ci pourrait être surmontée par un effort de volonté raisonnablement exigible. Etant donné que les critères dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail ne sont pas réalisés en ce qui concerne le trouble somatoforme indifférencié dont le recourant est atteint, il ne le sont pas non plus dans le cadre d'une fibromyalgie (consid. 7.2).

- La comparaison des revenus (revenus sans invalidité et revenu d'invalidité) révèle une invalidité de 11%, taux qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; consid. 8).

L'arrêt du TFA a été notifié au recourant le 11 janvier 2007.

C. Le 29 janvier 2007, N. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI sollicitant une rente et un reclassement professionnel.

Le 8 février 2007, l'OAI lui a indiqué qu'il lui incombait, en vertu de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), de rendre plausible une modification décisive de l'invalidité. L'intéressé a alors produit différents certificats médicaux, dont ceux établis respectivement les 10 juin et 11 octobre 2005 par le Pr. J. _____ et le Dr W. _____ (cf. arrêt du TFA précité, consid. 4.2).

L'avis du Pr. J. _____ contient notamment le passage suivant:

"Le patient a d'abord été évalué avec des infiltrations au niveau des branches médianes responsables de l'innervation articulaire C4-C5 et C5-C6 à droite. Ceci n'a amené aucune modification des douleurs, excluant ainsi tout rôle de ces articulations dans la genèse de ses douleurs. Sur la base de cette observation, nous avons effectué une discographie de provocation au niveau C4-C5. Cet examen est fortement positif, avec une parfaite reproduction de toutes ses douleurs habituelles, incluant l'irradiation dans le bras droit. [...] L'examen est compatible avec une pathologie bien décrite dans la littérature pour laquelle aucune solution n'existe en dehors d'une descectomie-fusion. Pour cette raison, la situation du patient a été discutée lors d'un colloque interdisciplinaire avec le Prof. W. _____ en date du 30 mai dernier. Il a été décidé que M. N. _____ serait convoqué pour un examen et une discussion qui auront lieu le 13 juillet prochain.

Nous avons également effectuée une évaluation similaire dans la région lombaire [...].

Il semble donc que le patient souffre d'une discopathie biétagée concernant L4-L5 et L5-S1, compatible avec ses plaintes [...]."

Le rapport du Dr W. _____ - lequel a vu l'intéressé le 15 juillet 2005 puis a rédigé cet avis à l'intention de son avocat - retient notamment les diagnostics de "cervicobrachialgies invalidantes, status après résection discale et spondylodèse C5-C6 en 1993, discopathie avec déchirure discale C4-C5 et discopathie débutante C2-C3" et de "lombalgies chroniques et invalidantes sur déchirure discale L4-L5 et L5-S1". Ce rapport comporte un chapitre "évaluation du cas" ainsi libellé:

"Nous sommes confrontés à un bien malheureux patient qui a subi de très nombreuses interventions chirurgicales au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs et dont aucune n'a pu améliorer la situation.

A propos des cervicalgies, on peut constater une importante discopathie C4-C5 au niveau adjacent à la spondylodèse C5-C6 pratiquée en 1993. La discographie ayant reproduit la symptomatologie douloureuse, je pense que ce disque est effectivement à la base des symptômes de cervicobrachialgie droite présentée par le patient.

A propos des lombalgies, on a pu mettre en évidence une déchirure discale L4-L5 et L5-S1 où, là aussi, la discographie a pu reproduire la symptomatologie.

Tant pour les problèmes cervicaux que pour les problèmes lombaires, il y a donc, théoriquement, la possibilité d'améliorer la situation par une intervention chirurgicale telle une résection du disque C4-C5 avec son remplacement, soit par une spondylodèse,

soit par une prothèse discale, le même type d'intervention pouvant être proposé également pour les deux disques pathologiques au niveau lombaire. Ces interventions n'ont malheureusement pas de garantie pour un taux de réussite de 100 % et ne sont pas sans risque de complication. En raison de tous les mauvais résultats postopératoires obtenus jusqu'à présent, je ne pense pas que ce patient soit le meilleur des candidats pour une solution chirurgicale, raison pour laquelle je suis plutôt poussé à croire que M. N. _____ devrait continuer avec les traitements antalgiques actuels. [...]

Du point de vue activité professionnelle, je pense que M. N. _____ devrait être considéré comme inapte à 100% pour toute activité professionnelle physiquement pénible, la marche, la station debout, porter et soulever étant presque impossibles. Il reste une activité de type sédentaire qui pourrait être exercée à un taux variant entre 25 et 50%, la position assise étant également limitée et à alterner avec d'autres positions. [...] Le taux de la rente AI ainsi que le taux d'activité résiduelle pour ce patient devraient être évalués au sein d'un Etablissement type ORIPH dont l'AI dispose."

L'OAI a demandé un avis médical au Dr Q. _____ du SMR. Le 15 août 2007, ce médecin a relevé d'emblée qu'il fallait "confronter les données diagnostiques dites nouvelles présentées actuellement par l'assuré avec les faits préalablement retenus" dans la procédure ayant abouti à l'arrêt du TFA. Il a indiqué ce qui suit en conclusion, après avoir résumé les rapports des Prs J. _____ et W. _____ :

"Les maux allégués actuellement se recoupent avec la symptomatologie exprimée précédemment, notamment ainsi qu'elle a été décrite avec minutie lors de l'expertise de la Clinique Z. _____, datée du 27.01.2003. Rien dans les faits annoncés comme nouveaux ne l'est véritablement; en effet, l'instabilité cervicale était dûment connue des examinateurs de la Clinique Z. _____ [...] tout comme l'étaient les discopathies lombaires et autres algies. Seule la problématique annoncée au niveau du poignet D apparaît comme récente [...]. Vu la modicité de l'atteinte radiologique, on est fondé à admettre qu'il s'agit d'un problème mineur.

Sur la base d'une discussion solidement charpentée fondée sur une appréciation pluridisciplinaire elle-même étayée par une observation de l'intéressé à la Clinique Z. _____ et en considérant de manière détaillée et pondérée les atteintes à la santé somatique [...], les spécialistes de la Clinique Z. _____ avaient conclu à un trouble douloureux somatoforme; sous ce concept sont rassemblées les plaintes multiples et réfractaires dépassant ce que la réalité des atteintes objectives peut raisonnablement expliquer. Cette appréciation n'a pas été contestée, au contraire, par le TFA dans son arrêt du 21.11.2006.

Ainsi, puisque les documents médicaux produits depuis lors [...] n'apportent pas d'information nouvelle, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande [...]."

Le 24 octobre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus d'entrée en matière. Ce dernier a présenté des objections, en faisant valoir, pour ses problèmes de dos, que les rapports des Prs J._____ et W._____ démontraient une aggravation par rapport à la situation à la date du refus de prestations. Il a également invoqué le caractère invalidant de l'atteinte à son poignet et a produit quelques certificats médicaux.

Le Dr Q._____ a établi un nouvel avis médical le 18 juin 2008, dans lequel il s'est prononcé principalement sur les problèmes aux membres supérieurs. Il a retenu en conclusion que les écritures de l'assuré ainsi que les documents médicaux fournis postérieurement à l'avis médical du 15 août 2007 "ne fourniss[aient] pas les arguments nécessaires à prouver une modification significative et durable de l'état de santé de l'assuré susceptible de modifier les décisions prises jusqu'ici".

Le 4 septembre 2008, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrée en matière sur la demande de prestations, considérant que l'assuré ne faisait valoir aucun fait nouveau, avec la précision suivante: "Les nouveaux renseignements que vous nous avez transmis ont été examinés par le Service médical régional et n'apportent aucun élément susceptible de modifier notre précédente décision".

D. N._____ a recouru auprès du Tribunal des assurances, par acte du 8 octobre 2008, contre la décision précitée de l'OAI. Il conclut à la réforme de cette décision en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est octroyée dès le 1^{er} octobre 2004. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale, à tout le moins sur les limitations fonctionnelles existant depuis fin 2004-début 2005, en relation avec les nouveaux diagnostics de grave discopathie C4-C5 et de discopathie C2-C3 débutante.

Dans sa réponse du 19 décembre 2008, l'OAI propose le rejet du recours.

Le recourant a par la suite confirmé sa requête de mise en œuvre d'une expertise.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36; en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile; les autres conditions formelles sont remplies, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

3. a) La décision attaquée est une décision de non-entrée en matière fondée sur l'art. 87 RAI. En vertu de l'al. 4 de cette disposition, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant – il en a été ainsi dans le cas particulier selon la décision de l'OAI du 10 septembre 2004, que le TFA a jugé fondée dans son arrêt du 21 novembre 2006 –, une nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'art. 87 al. 3 RAI sont remplies. Cela signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est

modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'Office AI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64). L'art. 87 al. 4 RAI a pour but de permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits pertinents (cf. ATF 133 V 108, consid. 4.2; TF du 8 janvier 2007 I 597/05, consid. 2).

b) En l'espèce, l'OAI a refusé d'entrer en matière. Cet office a donc retenu que le recourant n'avait pas rendu plausible une modification déterminante de sa situation, s'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité. La Cour de céans doit donc examiner si, sur ce point qui implique l'exercice d'un certain pouvoir d'appréciation, l'administration a violé le droit fédéral (cf. TF I 597/05 précité).

c) Devant le Tribunal cantonal, le recourant affirme avoir rendu plausible une modification déterminante parce qu'il aurait établi, sur la base des rapports des Prs J._____ et W._____, "de nouveaux diagnostics, désignant des affections objectives n'existant pas à l'époque couverte par la décision sur opposition de septembre 2004".

Il est vrai que, dans la présente affaire, le recourant ne s'est pas borné à répéter les mêmes arguments que précédemment et qu'il a produit de nouveaux documents - dont certains avaient du reste déjà été invoqués dans la précédente procédure, au stade des recours, mais avaient été considérés comme non pertinents car établis sur la base d'examens postérieurs à la décision sur opposition (cf. consid. 4.2. de l'ATFA du 21 novembre 2006).

Cela étant, dans ce contexte et vu le peu de temps écoulé entre la première décision (10 septembre 2004) et les examens cliniques ou radiologiques effectués par les Prs J._____ et W._____ (au printemps ou en été 2005), il n'était pas suffisant de se prévaloir des "nouveaux diagnostics" invoqués pour rendre plausible une aggravation. Le dossier de l'office AI - avec les deux derniers avis du Dr Q._____ du SMR, dont le recourant ne critique au demeurant pas le contenu - montre clairement que ces éléments décrivent des maux qui "se recourent avec la symptomatologie exprimée précédemment" et qui correspondent au diagnostic de trouble douloureux somatoforme. Ces avis médicaux sont concluants et pouvaient servir de base à une décision de refus d'entrer en matière. Les Prs J._____ et W._____ n'ont de leur côté pas prétendu que leurs rapports des 10 juin et 11 octobre 2005 contrediraient les conclusions de l'expertise des médecins de la Clinique Z._____, qui a déjà été qualifiée par la Cour suprême de complète et probante; ils ne se sont en effet pas prononcés sur les conclusions de cette expertise.

Dans son recours au Tribunal cantonal, le recourant ne prétend pas qu'il aurait rendu plausible des modifications ou aggravations de son état de santé autres que celles relatives aux discopathies décrites par les Prs J._____ et W._____. Comme on l'a déjà exposé, il ne se justifie pas, dans le cadre défini par l'art. 87 al. 4 RAI, d'examiner d'office ces questions, ni a fortiori d'ordonner une expertise médicale judiciaire.

Dans ces conditions, l'OAI n'a pas fait un mauvais usage de son pouvoir d'appréciation en considérant que les conditions de l'art. 87 al. 4 RAI, pour un traitement matériel d'une nouvelle demande de prestations AI, n'étaient pas remplies.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

4. Vu l'ampleur de la procédure (art. 69 al. 1bis LAI), les frais judiciaires sont arrêtés à 500 fr et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens.

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 4 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont 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 :

- Me Alexandre Bernel (pour N. _____),
- 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 :