

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mai 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Laurent

* * * * *

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Catherine Jaccotet Tissot,
avocate à Lausanne

et

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

Art. 7, 8, 16, 56 al. 1 LPGA; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI; 93 al. 1 let. a, 117 al. 1 LPA-VD

E n f a i t :

A. a) N._____, ressortissant italien né le 20 janvier 1959, marié et père de deux enfants majeurs. Arrivé en Suisse en 1966, il est au bénéfice d'un permis C. Depuis 1997, il exploite en raison individuelle un garage à K._____.

b) Le 14 juillet 2000, N._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Il invoquait une atteinte au nerf sciatique supérieur, ainsi qu'une hernie cervicale.

Dans un rapport du 11 septembre 2000 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que son patient souffrait d'une atteinte à la santé depuis le 19 octobre 1981 s'agissant du nerf sciatique et depuis le 25 octobre 1986 en ce qui concernait les cervicalgies. Il s'est référé aux diagnostics qu'il avait déjà posés dans un rapport du 18 décembre 1997 adressé à l'assurance [...], à savoir :

- status après boursectomie pour blessure infectée du genou gauche dans l'enfance;
- TBC pulmonaire droite active avec recherche de BK positive à la culture diagnostiquée au mois de juin 1980, évolution excellente;
- status après ulcère duodéal rebelle au traitement médicamenteux, vagotomie supra sélective proximale au mois d'avril 1986;
- status après neurolyse du nerf sciatique gauche le 9 février 1996 au niveau de la fesse gauche sur zone de fibrose et bride fibreuse. Complication d'un sérome sur décollement du muscle grand fessier ayant nécessité un drainage puis surinfection ayant nécessité une antibiothérapie et des rinçages quotidiens et enfin une fistule au mois de novembre 1996 impliquant une nouvelle

intervention avec persistance d'un écoulement jusque dans le courant du mois de décembre 1996;

- status après douleur fulgurante de la fesse gauche ensuite d'un faux mouvement violent assimilable à un traumatisme le 22 avril 1997, sans signe de désinsertion musculaire à l'IRM, évolution favorable par traitement de médecine manuelle;
- cervico-lombalgies épisodiques sur troubles statiques banaux de type tendomyose et myogélose avec syndrome pseudo-radriculaire;
- poussée d'hémorroïdes aigues thrombosées externes au mois d'octobre 1997;
- discrète hyperlipémie.

Le Dr D. _____ a précisé que les douleurs cervico-latérales gauches s'étaient aggravées. Un syndrome cervico-brachial gauche algique et sensitif et une aréflexie tricipitale C7 gauche sur protrusion du disque C6-C7 étaient apparus, de même qu'un relâchement ligamentaire sans conflit médullaire ou radriculaire. Ce médecin a encore relevé une exacerbation des lombalgies au mois de juin 1998, avec des troubles statiques et discopathie L5-S1, et une récurrence d'hémorroïdes et ligature élastique aux mois d'octobre 1998 et de février 1999. Le Dr D. _____ a également confirmé une hyperlipémie, avec instauration d'un traitement au Sortis dès le 3 mars 2000, suivi d'une normalisation des valeurs au mois de juin 2000.

Le Dr D. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 19 octobre 1998 au 10 janvier 1999. L'assuré s'est à nouveau trouvé en incapacité de travail complète dès le 23 juin 2000, probablement jusqu'au 15 octobre 2000. S'agissant de la capacité de travail, le médecin a notamment ajouté ce qui suit :

"Un examen médical complémentaire de l'incapacité de travail me paraît indispensable par un inspecteur sur les lieux du travail. Il ne m'est pas possible de décrire une activité adaptée à l'invalidité puisque le patient est propriétaire d'un garage avec un associé et qu'il n'est plus capable de faire des efforts, de porter des charges, de faire le moindre mouvement et

même d'exécuter partiellement du travail de bureau et administratif de son entreprise. Il se plaint de douleurs intolérables au niveau de la colonne cervicale et lombaire, du MSG, de la fesse et de la racine du MIG. Il se plaint de limitation fonctionnelle de la colonne cervicale, de la colonne lombaire, de la fesse gauche et du MSG avec, à ce niveau, un engourdissement quasiment continu. Il doit continuellement changer de position, environ toutes les 10 minutes. Il dort très mal la nuit, change tout le temps de position, se lève tout le temps et bien sûr se sent extrêmement fatigué la journée. Il se déclare également incapable de vendre des voitures, conduit difficilement sa moto à cause du bras gauche, difficilement sa Ferrari au niveau de l'embrayage avec la jambe gauche mais a pu faire cet été 12 heures de conduite en voyage, il est vrai sur autoroute avec une voiture automatique et très confortable avec tempomat en n'utilisant pratiquement que le bras droit sur le volant, le bras gauche étant complètement engourdi. Il peut faire de la plongée avec bouteilles mais avec précaution."

c) Le Dr D. _____ avait joint divers rapports médicaux à son envoi à l'OAI. Dans un rapport qu'il avait adressé à l'assurance [...], le 25 juin 1997, il avait mentionné que son patient avait subi des périodes d'arrêt de travail aux dates suivantes :

- 100 % du 16 au 28 septembre 1979;
- 100 % du 14 au 20 juin 1982;
- 100 % du 3 février au 13 mars 1983;
- 100 % du 13 juin au 03 juillet 1983;
- 100 % du 16 au 22 février 1984;
- 100 % du 9 au 16 mai 1984;
- 100 % du 18 juin au 15 juillet 1984;
- 100 % du 26 avril au 20 mai 1985;
- 100 % du 7 octobre au 1^{er} novembre 1985;
- 100 % du 3 au 15 février 1987;
- 100 % du 6 au 13 décembre 1987;
- 100 % du 26 septembre au 14 octobre 1990;
- 100 % du 17 au 23 août 1992;
- 100 % du 6 au 10 février 1995;
- 100 % du 31 octobre 1995 au 28 avril 1996;
- 100 % du 23 avril au 1^{er} juin 1997;
- 50 % du 02 juin au 13 juillet 1997.

Dans ce même rapport, il avait mentionné que l'on pouvait s'attendre à des rechutes, mais que le risque était faible. Il avait en outre indiqué que la dernière consultation avait eu lieu le 9 juin 1997.

Dans un rapport du 11 juillet 1997 adressé à la CNA, la Dresse V._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive et en chirurgie de la main, qui avait procédé à l'opération subie par l'assuré au mois de février 1996, a estimé que l'évolution de l'état de santé du patient était favorable. Sa consultation était terminée et N._____ devait recouvrer une capacité de travail normale dès le 14 juillet 1997.

B. Le 10 mai 2001, un économiste de l'OAI a établi un rapport d'enquête économique pour les indépendants concernant l'assuré. Il en ressort que N._____ a suivi l'école primaire, puis a effectué un apprentissage de radio électricien, entre 1975 et 1979, cette formation n'ayant toutefois pas abouti à un CFC. L'assuré a obtenu un CFC de mécanicien en automobiles par la suite, dans le cadre d'une formation de rattrapage telle que prévue dans l'ancienne loi sur la formation professionnelle. Entre 1979 à 1981, l'assuré a travaillé dans le domaine radio-TV-HiFi, puis dans un garage, de 1981 à 1984. De 1984 jusqu'au début de l'année 1987, il a exploité un garage à titre indépendant en association avec son frère. Entre 1987 et le mois de mai 1997, N._____ a travaillé comme vendeur de voitures, notamment auprès du Garage [...], à Morges, de 1988 à 1995, où il est devenu chef de vente. Pendant cette période, il n'a pas du tout effectué de travaux mécaniques en atelier. Par la suite, l'assuré est entré au service de W._____ SA, en tant que vendeur de véhicules automobiles. Il a commencé cette activité à 50 %, puisqu'il était encore en incapacité partielle de travail ensuite d'une opération de neurolyse du nerf sciatique gauche du mois de février 1996. L'assuré était principalement rémunéré à la commission, la part fixe de son salaire étant de 1'100 francs. Le travail était stressant et il existait une forte concurrence entre les différents vendeurs. N._____, qui désirait changer d'ambiance de travail et avoir davantage de liberté, a décidé de

se mettre à son compte. Au mois de juin 1997, il s'est donc associé avec B. _____ pour fonder le "Garage de K. _____".

Selon le rapport d'enquête économique, le garage de l'assuré disposait de locaux d'environ 280 m² dans la zone industrielle de K. _____. D'après l'assuré, son garage semblait avoir assez de travail sans devoir faire de la publicité et il ne comptait que sur le bouche à oreille. L'assuré faisait également du commerce de voitures d'occasions, parfois de voitures neuves. Il a expliqué que, s'il était en bonne santé, son associé et lui-même s'occuperaient chacun de tous les secteurs d'activité de l'établissement. Ils s'occuperaient également tous deux d'amener des véhicules à l'expertise. Toutefois, N. _____ assumerait la plus grande partie de l'activité de vente, ainsi que du travail administratif, étant plus expérimenté que son associé. En revanche, celui-ci ayant plus d'expérience dans la mécanique automobile, il accomplirait les travaux les plus conséquents dans ce domaine. L'assuré a cependant exposé qu'en raison de ses problèmes de santé, il devait laisser B. _____ assumer la totalité du travail d'atelier, lui-même ne s'occupant plus que du bureau, de la vente, et d'amener des véhicules à l'expertise. La polarité de leurs rôles respectifs s'était donc accentuée. L'assuré a toutefois mentionné que ses absences obligeaient son associé à procéder à des ventes de temps en temps. L'assuré et son associé travaillaient seuls et n'avaient aucun employé.

L'assuré a relevé que le garage devait refuser des travaux en raison de son incapacité à assumer des tâches de mécanique. Certains clients acceptaient de repousser les travaux à une date ultérieure. Le chiffre d'affaires (338'490 fr.) et le bénéfice (87'784 fr.) de l'année 2000 avaient baissé par rapport à l'année 1999. Selon l'assuré, ils auraient normalement dû augmenter, étant donné que le garage était encore en phase d'expansion. N. _____ a attribué cette baisse à son état de santé. L'économiste de l'OAI a toutefois relevé que le chiffre d'affaires de l'atelier n'avait quasiment pas diminué en 2000 (207'509 fr.) par rapport à 1999, mais que les ventes de véhicules, neufs et d'occasion, avaient baissé. L'assuré avait estimé que son état de santé n'était pas étranger à cette

situation, mais il avait aussi reconnu que ce secteur pouvait fortement fluctuer d'une année à l'autre.

Selon le rapport d'enquête économique, N. _____ était assuré en perte de gain auprès de la [...], mais il avait été soumis à des réserves pour plusieurs atteintes à la santé (affections cervico-lombalgiques, fesse gauche, estomac). Il ne recevait donc pas d'indemnité de cette assurance en raison de son incapacité de travail. Il avait indiqué qu'il ne touchait qu'une petite indemnisation de 7 fr. par jour de la part de l'assurance-maladie [...].

Le rapport d'enquête contenait le tableau suivant s'agissant de la comparaison des champs d'activité :

"Activités à accomplir (en %) :

	a)	b)	c)	d)
1. Travaux d'atelier	60	50	30	0
2. Expertises auprès du Service automobile	10	100	10	
10				
3. Vente de voitures	5	100	5	5
4. Bureau, achats de pièces	25	100	25	15
Total	100	70	30	

a) Pourcentage de chaque activité dans l'ensemble des travaux habituels (sans atteinte à la santé)

b) Capacité dans chaque activité, évaluée par la personne chargée de l'enquête, suite à l'atteinte à la santé

c) Capacité résiduelle, selon la personne chargée de l'enquête

d) Capacité résiduelle, selon estimation de l'assuré

Les rentabilités respectives des diverses tâches susmentionnées sont comparables. Dans l'optique du chiffre marginal 3114 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance, le même tarif horaire pourrait être appliqué à chacune d'entre elles."

En conclusion, l'économiste de l'OAI a relevé que, préalablement à sa visite du 7 mai 2001, il s'était rendu spontanément au garage et avait constaté que l'assuré travaillait à l'atelier. Le 1^{er} mai 2001, il avait téléphoné au garage dans la matinée et l'associé de l'assuré lui avait expliqué que celui-ci était allé faire une expertise à la Blécherette.

Ainsi, N._____ continuait à assumer une activité importante dans le petit garage qu'il exploitait en association avec B._____. L'assuré avait déclaré que son manque de sommeil, lié à ses douleurs, l'empêchait parfois de s'occuper de tâches administratives ou de vente, mais ceci n'avait semblé guère plausible à l'auteur de l'enquête. En revanche, l'assuré était probablement réellement gêné dans les gros travaux d'atelier, mais il semblait pouvoir y assumer une activité de 30% dans ce domaine, soit la moitié du temps qu'il y consacrerait s'il était en bonne santé. Par ailleurs l'assuré avait travaillé pendant onze années comme vendeur en automobiles, de 1987 à 1997, et il semblait théoriquement pouvoir reprendre une telle activité, ou du moins développer ce secteur dans son garage, puisqu'il en faisait toujours un peu.

C. Dans un projet de décision du 18 octobre 2001 transmis à l'assuré, l'OAI a relevé que l'intéressé avait été contraint, en raison de son état de santé, à réduire son activité au sein du garage qu'il exploitait en association avec B._____. Se fondant sur l'enquête économique pour les indépendants du 10 mai 2001, l'OAI a retenu, par comparaison entre les champs d'activité avant et après l'atteinte à la santé, que l'incapacité de travail était de l'ordre de 30 %. L'OAI a également estimé que l'assuré conservait une pleine capacité de travail dans le domaine de la vente de véhicule. Dès lors, il a conclu au rejet de la demande de prestations déposée par N._____.

Par lettre du 21 novembre 2001, l'assuré a contesté le projet de décision du 18 octobre précédent de l'OAI. Il a précisé qu'il se forçait à travailler uniquement pour subvenir à ses besoins, puisque son assurance perte de gain ne lui versait aucune prestation. Il a indiqué qu'il se faisait aider par sa femme, ses frères et ses filles. N._____ a estimé qu'il ne pouvait pas travailler normalement en raison des atteintes à sa santé physique. Compte tenu des douleurs qu'il ressentait et contre lesquelles aucun traitement ne fonctionnait, l'assuré disait ne pas pouvoir maintenir une position assise, couchée ou debout pendant un certain temps. En annexe à son envoi, l'assuré avait produit un certificat médical du Dr

D._____ attestant d'une incapacité de travail jusqu'au 30 novembre 2001.

Dans un avis médical du 4 juin 2002, le Dr S._____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a indiqué qu'aux dires du Dr D._____, l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué.

L'assuré a été entendu le 26 juin 2002 par le SMR. Dans un rapport du 9 juillet suivant, le Dr S._____ a relevé que N._____ présentait une boiterie à la marche. L'assuré avait émis les plaintes suivantes : impossibilité de dormir plus de 2 à 3 heures d'affilée, ce qui entraînait une grande fatigue, douleurs à la fesse et problèmes dans les membres supérieurs, en fonction de la position adoptée. L'assuré avait déclaré pouvoir rester debout pendant 10 à 15 minutes au maximum et une heure en position assise. Il avait estimé pouvoir marcher 10 à 15 minutes sans problème. Des trajets en voiture manuelle étaient possibles durant une heure; la situation s'améliorait avec une voiture automatique. L'assuré avait cessé toute médication, sous réserve d'un traitement hypolipémiant, car il estimait qu'aucun traitement n'avait été efficace et il craignait la réapparition de douleurs gastriques. N._____ avait déclaré qu'il était contraint de travailler autant que possible en raison de l'absence d'indemnités de son assurance perte de gain. Il avait estimé que son travail ne valait pas le salaire de 4'000 fr. qu'il s'octroyait chaque mois. L'assuré avait précisé qu'initialement, son garage était destiné à un développement plus important, avec l'engagement d'employés, mais que cette évolution avait été freinée par son état de santé. En conclusion, le Dr S._____ a considéré que l'entretien du 26 juin 2002 avait confirmé les données fournies par le médecin traitant de l'assuré. Les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la vie quotidienne de N._____ paraissaient crédibles. Le Dr S._____ a toutefois précisé qu'au regard du diagnostic posé, un état algique tel que celui de l'assuré était relativement surprenant aussi bien en raison de son intensité que de sa durée. En conclusion, ce médecin a préconisé la mise en œuvre d'un examen pluridisciplinaire à la Clinique X._____.

D. Le Dr T._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, le Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie, et le Dr Z._____, psychiatre consultant auprès de la Clinique X._____, ont procédé à des examens de l'assuré au mois de décembre 2002. Le Dr Goblet a rendu un rapport d'expertise le 17 janvier 2003. Après avoir exposé l'anamnèse médicale de l'assuré, ce médecin a relayé les plaintes de l'intéressé, selon lesquelles il ne pouvait plus faire d'effort en raison de douleurs ressenties dans la fesse gauche et dans la nuque. Au niveau de la fesse, N._____ avait déclaré ressentir, depuis 1999, des douleurs constantes, qui augmentaient en cas de mouvements ou d'efforts. Les douleurs nucales duraient depuis trois à quatre ans. Le Dr Gobelet a ensuite procédé à l'anamnèse professionnelle et personnelle de l'assuré.

Un rapport d'expertise psychiatrique a été rendu le 5 décembre 2002 par le Dr Z._____, qui a retenu une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'examen clinique avait fait ressortir l'absence de pathologie atteignant le seuil diagnostique. Selon le Dr Z._____, des facteurs psycho-sociaux, voire socio-culturels, rendaient compte pour partie de l'évolution défavorable connue par l'assuré. Il n'existait toutefois aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Le Dr Q._____ a rendu un rapport ensuite d'un consilium neurologique effectuée le 5 décembre 2002, dont il ressortait que le tableau clinique présenté par N._____ était dominé par une présentation très démonstrative des douleurs tant au niveau cervico-scapulaire qu'au niveau lombo-sacré et glutéal gauche. Sur le plan neurologique, les données électrocliniques n'avaient démontré aucun élément en faveur de la participation du système nerveux périphérique ou central à la symptomatologie douloureuse présentée par l'assuré.

Les 2 et 3 décembre 2002, l'assuré a participé à des ateliers professionnels. Le Dr T._____ a relevé que N._____ avait très mal collaboré aux activités demandées. Il a constaté une discordance entre

"une auto-limitation et l'absence de franche limitation objectivable à l'examen clinique".

Le Dr T._____ a posé les diagnostics suivants ayant une influence sur la capacité de travail de l'assuré :

- lombo-pygalgies gauches avec status après neurolyse du nerf sciatique le 9 février 1996. Status arthrosique lombaire L4-L5 et L5-S1. Cunéiformisation D12 et L4;
- cervicalgies médianes gauches sur troubles dégénératifs postérieurs C2 - C6 (protrusion discale médiane C6 - C7) et statiques (attitude scoliotique droite).

Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail étaient les suivants :

- majoration des symptômes pour des raisons psychologiques;
- status après boursectomie pour blessure infectée du genou gauche dans l'enfance;
- status après TBC pulmonaire droite traitée jusqu'au mois de mars 1986;
- status après ulcère duodéal opéré par vagotomie supra-sélective proximale au mois d'avril 1986;
- status après cure d'hémorroïdes;
- hyperlipémie traitée;
- dysplasie patellaire droite Wyberg II;
- lipome para-vertébral;
- laxité d'épaule mineure des deux côtés et asymptomatique.

Le Dr T._____ a ensuite procédé à un résumé de la situation de l'assuré, qui contenait les précisions suivantes :

"Il s'agit donc d'un patient actuellement âgé de 43 ans, présentant des douleurs au niveau lombaire et de la fesse gauche, ainsi qu'au niveau cervical. La symptomatologie lombaire a débuté en octobre 1981 par une douleur brusque

survenue dans la fesse gauche, alors qu'il se penchait en avant pour vérifier une roue. Cette symptomatologie va entraîner toute une série d'investigations qui vont aboutir à un diagnostic de tendinite des rotateurs externes de la hanche et à un syndrome pyramidal. Un bilan neurophysiologique fait à l'époque est décrit comme normal (1984), notamment pour la musculature glutéale tributaire des nerfs fessiers supérieur et inférieur. Les plaintes se poursuivant, une exploration chirurgicale sera effectuée en janvier 1996 qui permettra l'excision d'une bride fibreuse du muscle pyramidal ne semblant pas entrer en conflit franc avec le tronc sciatique. L'évolution sera compliquée d'un sérome de la fesse qui nécessitera drainage et cure d'antibiotiques. Les images radiologiques (Rx lombaires du 31.10.1995 et 1 pelvienne du 09.11.1995) sont peu parlantes (troubles mineurs) et n'expliquent pas la symptomatologie d'importantes douleurs et de dysfonction locale présentées par le patient.

Aux dires du patient, la symptomatologie douloureuse s'est accentuée particulièrement en 1997 à la suite d'un mouvement d'appui brusque sur le membre inférieur pour se retenir. De nouvelles investigations faites à cette époque-là n'ont pas montré de lâchage de la suture du fessier effectuée lors de la première intervention. Tous les traitements vont échouer.

Par la suite, la douleur glutéale initiale va s'étendre à la zone lombo-sacrée. Depuis 1998 apparaissent des cervico-scapulalgies gauches et un bilan IRM montrera une discrète protrusion médiane C6-C7 sans signe de conflit radiculaire.

Les plaintes actuelles concernent de façon prédominante la région glutéale et para-lombaire gauche. Elles consistent en douleurs permanentes avec exacerbation au moindre mouvement ou au moindre effort, perturbant tant le travail journalier que le sommeil. Le patient décrit sa douleur comme une piqûre ou une déchirure. Il mentionne également un engourdissement et des paresthésies circonférentielles de l'ensemble du MIG. L'examen révèle une limitation rachidienne lombaire modérée en flexion antérieure, alors que les inclinaisons et rotations sont conservées. Au niveau cervical, la symptomatologie est moins importante, mais également constante, associée à des brachialgies descendant jusqu'à l'ensemble des doigts de la main sans recrudescence nocturne ni trouble de la mobilité. Au terme de notre examen somatique, nous retrouvons une certaine raideur lombaire avec des contre-pulsions assez nettes lors des mouvements activo-passifs. Sur le plan nucaux on observe une limitation de la rotation DIG à 80-0-40°. Cependant en cours d'examen et en cours de discussion par stimulation indirecte vocale ou visuelle, le patient fait une rotation gauche cervicale de 70° sans difficulté, confirmant que la mobilité en l'absence de

contre-pulsion est bien de 80-0-70°. La mobilité passive est également freinée par des contre-pulsions. La palpation est douloureusement ressentie dans les zones musculaires tant au niveau cervical qu'au niveau lombaire et au niveau de la sacro iliaque gauche. Je ne retrouve, cependant, pas de contracture musculaire lombaire ni de rotateurs externes de hanches.

Mon confrère neurologue, au terme de son examen, conclut également à la normalité du status neurologique. Finalement, l'expert psychiatre, le Dr Martenet admet qu'il n'y a pas de pathologie psychiatrique atteignant le seuil diagnostique et ce tant au niveau thymique que des troubles de la personnalité. De même, une pathologie psychotique est exclue.

Devant cet ensemble d'observations, nous en sommes réduits à ne retenir que les diagnostics de lombo-pygialgies gauches avec status après exploration chirurgicale du nerf sciatique sans substrat anatomique franc, à l'exception d'une arthrose lombaire L4-L5 et L5-S1 somme toute modérée, ainsi que de cervicalgies médianes gauches sur troubles dégénératifs postérieurs de C2 à C6 avec protrusion discale médiane C6-C7 sans atteinte neurologique. Il est évident que ces diagnostics ne peuvent en soi expliquer le comportement douloureux de ce patient ni l'importance des douleurs décrites. Il y a là, à l'évidence, un hiatus.

Ainsi que l'a relevé mon confrère psychiatre, c'est dans une majoration des symptômes pour des raisons médicales qu'il faut rechercher la cause à l'importance des plaintes énoncées par ce patient. Le bilan psychiatrique exclut toute atteinte psychopathologique. Dans ce contexte, des facteurs psychosociaux, voire socio-culturels rendent compte de façon certaine de l'évolution défavorable. Ces facteurs extra-médicaux n'impliquent cependant pas de reconnaître une atteinte à la santé psychique, entraînant une incapacité de travail.

En conclusion, je dois donc retenir que M. Stifani présente une atteinte somatique modérée, essentiellement de la zone lombo-fessière gauche et de la zone cervicale que je ne considère pas comme invalidante sur le plan professionnel en tant que vendeur de voitures. J'admets, cependant, que dans un travail de garagiste, il puisse présenter une incapacité de travail pour les travaux de force depuis le 2 juin 1997 et ce à 50%. Par contre, dans son activité de vendeur de voitures, moyennant une adaptation de son mode de travail, ainsi que dans les activités de bureau d'un garage, j'estime que son incapacité n'excède pas 30 %. J'admets cette incapacité de 30 %, car elle lui permet d'adapter son rythme de travail avec des pauses fréquentes. Je considère que cette situation est stable depuis le 02.06.1997. Du 23.04.1997 au 01.06.97, on peut admettre une incapacité de travail complète liée à l'épisode

aigu du 23.04.1997. Pour les incapacités antérieures, il ne m'est pas possible de déterminer avec précision, sur la base de l'anamnèse, le degré d'incapacité à retenir. Je me baserai donc sur le document établi en date du 24.06.1996 par la Dresse Bonnard qui propose une reprise de travail à 50% le 29.04.1996 et à 100% le 01.07.1996, le début de l'incapacité remontant au 09.02.1996. Auparavant, ce patient a présenté de nombreux épisodes d'arrêt de travail."

Le Dr T. _____ a encore précisé que N. _____ n'était pas accessible à des mesures de réadaptation professionnelles, mais qu'on pouvait exiger de lui, outre les activités qu'il exerçait déjà, n'importe quel travail léger. Ce médecin a toutefois estimé, compte tenu du parcours de l'assuré, qu'il serait plus efficace de maintenir une activité dans le domaine de la vente de voitures et de la gestion d'un garage.

E. a) Par décision du 25 mars 2003, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par N. _____. Sur la base du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 janvier 2003, il a retenu que le degré d'invalidité était de 30% depuis le mois de juin 1997, l'assuré conservant une capacité de travail de 70 % dans le domaine de la vente de voitures ou dans toute autre activité. Le degré d'invalidité minimum pour l'octroi d'une rente, soit 40 %, n'était donc pas atteint.

b) Par lettre du 16 avril 2003, l'assuré a formé opposition à cette décision.

Par lettre du 16 juin 2003, N. _____ a fait valoir que, s'il maintenait son activité dans son garage, il devrait s'occuper de toutes les tâches. Il a également estimé que, même dans une activité de vendeur de voitures, sa capacité de travail n'était pas supérieure à 30 %. Il a relevé devoir alterner les positions assise et debout. L'assuré a encore précisé qu'il ressentait de fortes douleurs du côté gauche et dans le dos lorsqu'il était assis. Il souffrait également de douleurs dans la nuque irradiant jusqu'en bas de la colonne vertébrale. Ces affections l'empêchaient de dormir pendant la nuit. Enfin, il ressentait des fourmillements douloureux dans un bras lorsqu'il restait plus de 10 minutes dans la même position. En

annexe à son envoi, l'assuré avait joint un rapport du Dr H._____, radiologue FMH, auprès duquel il avait effectué diverses IRM. Sur la base de l'IRM cervicale, ce médecin avait conclu à la présence d'une hernie discale C5-C6 et d'une dégénération du trou de conjugaison C5-C6 gauche. L'IRM lombaire avait mis en évidence une discarthrose L5-S1 et un prolapsus discal L5-S1 diffus sans image de hernie molle. Au vu de l'IRM du bassin de face, le Dr H._____ avait conclu à une probable ostéonécrose des deux têtes fémorales, sans signe d'impaction sous-chondrale tant à droite qu'à gauche.

c) Dans une attestation établie le 14 août 2003, le Dr D._____ a précisé que les clichés radiologiques conventionnels du bassin de face et incidence de Lauenstein des deux hanches, effectués le 3 juin 2003 par le Dr H._____, n'avaient pas révélé de lésion compatibles avec une ostéonécrose ni de signe d'impaction sous-chondrale des têtes fémorales. Il a également relevé que le Dr U._____, spécialiste FMH en neurologie, avait examiné l'assuré à sa demande. Ce neurologue avait posé les diagnostics suivants :

- hernie discale modérée C5-C6 gauche avec syndrome radiculaire C6 et C7 algique et sensitif;
- discopathie L5-S1 modérée d'origine dégénérative avec protrusion médiane non réellement significative ou expansive;
- pygalgies gauches sur état séquellaire d'une atteinte du nerf sciatique gauche exploré au niveau fessier en 96 avec fibrose et surinfection locale drainée secondairement.

Selon le Dr U._____, il n'y avait pas lieu d'intervenir chirurgicalement sur la discopathie lombaire au vu des éléments cliniques et radiologiques, alors que la discopathie cervicale C5-C6 pouvait entrer dans le cadre d'une éventuelle approche chirurgicale en cas de persistance ou de progression des douleurs ou des déficits. Ce médecin avait estimé que l'assuré devait prendre les mesures habituelles d'épargne tant cervicales que lombaires et qu'il était certainement limité

en partie dans ses activités professionnelles par rapport aux positions et aux efforts à effectuer.

Le Dr D._____ avait également adressé l'assuré au Dr R._____, spécialiste FMH en neurologie, qui l'avait reçu à sa consultation le 17 juillet 2003. Ce spécialiste avait retenu un assez net syndrome cervical avec une importante limitation de la rotation et de l'inclinaison latérale gauche. L'électromyogramme n'avait révélé aucun signe neurogène ni aigu ni chronique, ce qui n'excluait toutefois pas formellement la présence d'une atteinte radiculaire. Les douleurs cervicales entraînaient des paresthésies intermittentes et posturales. Le Dr R._____ avait qualifié les douleurs lombaires de banales. Il avait estimé que l'assuré présentait une souffrance "*certainement réelle et très susceptible de l'handicaper dans son activité professionnelle de mécanicien*".

Au vu de l'ensemble de ces avis médicaux, le Dr D._____ a estimé qu'il y avait matière à révision de l'expertise effectuée par la Clinique X._____, en raison des modifications du status clinique et d'imagerie de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche. Il a retenu que son patient était incapable de travailler dans la profession de mécanicien à 100 % et qu'il était également passablement gêné dans les activités de vendeur en automobiles et d'administrateur de garage.

d) Dans un avis médical du 14 octobre 2003, le Dr S._____ a relevé qu'il existait un nouvel élément médical, soit une atteinte cervicale sous forme d'une hernie discale C5-C6, avec irritation radiculaire radiologique et clinique, mais pas neuropsychologique. Cette symptomatologie était d'apparition récente, puisque l'examen fait à la Clinique X._____, au mois de décembre 2002, n'avait rien révélé. Dès lors que le Dr R._____ n'avait rien précisé quant à d'éventuelles conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, le Dr S._____ a estimé que la décision du 25 mars 2003 de l'OAI restait valable.

Le 29 octobre 2003, le Dr S._____ a rendu un avis médical dans lequel il a préconisé l'actualisation du dossier concernant N._____, en requérant un rapport intermédiaire auprès du Dr D._____ au sujet du syndrome cervical nouvellement apparu.

Dans une lettre du 11 décembre 2003 au Dr D._____, la Dresse V._____, qui avait vu l'assuré à sa consultation le jour même, a relevé que N._____ marchait sans boiterie évidente. Elle a noté une certaine atrophie du membre inférieur gauche, dont les périmètres à la jambe et à la cuisse étaient inférieurs de 0,5 cm par rapport à la jambe droite, chez un patient "*gaucher de force au membre inférieur*". La Dresse V._____ a encore précisé que l'IRM de la fesse gauche était sans particularité. Elle a préconisé que le Dr R._____ procédât à un électromyogramme du membre inférieur.

Dans un rapport du 19 février 2004, le Dr D._____ a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Il a mentionné la persistance d'un syndrome cervico-brachial algique et sensitif gauche et l'apparition d'une hernie discale et d'une sténose dégénérative C5-C6 gauche. Il a en outre indiqué un risque d'aggravation dans le sens d'une décompensation du syndrome C6 par l'apparition de trouble moteur. Le Dr D._____ a confirmé une incapacité de travail comme mécanicien sur automobile à 100%.

Par lettre du 19 février 2004 au Dr D._____, la Dresse V._____ a indiqué qu'elle avait revu l'assuré le jour précédent. Selon elle, l'électromyogramme qu'elle avait préconisé n'avait pas permis d'objectiver une compression déficitaire du nerf sciatique à la fesse gauche, de sorte qu'il n'y avait pas d'indication à une nouvelle exploration chirurgicale. Ce médecin a précisé qu'elle n'avait pas de proposition thérapeutique à formuler. Elle a conclu comme suit :

"Enfin, le patient est gêné de manière crédible dans toutes sortes d'activités autant quotidiennes que professionnelles. Cette gêne et cette douleur ont été compensées par la reconnaissance d'une incapacité partielle de travail comme

mécanicien, ce qui est juste. Comme directeur d'un garage, sa capacité est voisine de la normale dans un travail administratif. Cependant, dans la réalité, il travaille seul avec un employé dans le garage. Dans ces conditions, même avec une casquette de directeur, il doit travailler comme mécanicien. Le problème de la répartition du travail n'est toutefois pas un problème médical."

e) A la requête du SMR, le Dr R. _____ a rendu un rapport le 17 mars 2005. Il a estimé qu'il n'y avait pas de nette aggravation ni subjective ni objective du syndrome cervico-brachial gauche de l'assuré, les symptômes et les signes cliniques restant inchangés. La situation était donc restée stationnaire, de même que les plaintes de l'assuré, qui souffrait de douleurs handicapantes et invalidantes en raison de leur caractère persistant et de leur incidence sur son sommeil. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles dues à l'atteinte cervico-brachiale, le Dr R. _____ a estimé qu'elles étaient surtout présentes au plan de la vigilance et des ressources interventionnelles liées au caractère insomniant des douleurs. L'assuré était gêné lors du maintien de la position assise et de l'utilisation du bras gauche pour une quelconque activité, notamment pour tout ce qui nécessitait de positionner le bras au-dessus de l'horizontale. Le Dr R. _____ a indiqué ce qui suit au sujet de la capacité de travail de N. _____ dans la profession habituelle et de son évolution depuis le mois de décembre 2002 :

"Si l'on prend en considération uniquement les cervico-brachialgies gauches, on peut évaluer la capacité de travail de 40 à 50% en tant que mécanicien. Sur ce plan, il n'y a pas eu d'évolution depuis décembre 2002. Toutefois, il est difficile d'évaluer la capacité de travail uniquement sur la base des cervico-brachialgies gauches puisque ce patient souffre également et surtout de douleurs lombaires, particulièrement au niveau de la fesse gauche, qui restent la cause principale de l'handicap et de la limitation des capacités de travail contrairement aux cervico-brachialgies les lombo-sygiologies se sont aggravées progressivement d'après les dires du patient, l'handicapant également de manière continue, aussi bien la nuit que le jour, les douleurs étant permanentes, nettement exacerbées par la marche et occasionnant des lâchages fréquents.

Objectivement, la situation au niveau lombo-pelvien reste la même par rapport à l'évaluation de décembre 2002 et par

rapport à ma propre évaluation du mois de juillet 2003. En effet il existe un discret syndrome lombo-vertébral avec une distance doigts-sol limitée à 27 cm et un Schober lombaire de 10/13 cm. Par ailleurs, on retrouve un Lasègue à gauche positif dès 60 à 70 ° avec d'importantes douleurs à la palpation de la musculature fessière gauche. En revanche, sur le plan purement neurologique, il n'y a pas d'asymétrie au niveau des réflexes rotuliens et achilléens aux deux MI, pas d'amyotrophie ni de parésie focalisée aux deux MI et ceci aussi bien proximale que distale, hormis des lâchages antalgiques au MIG. Sur le plan sensitif, il n'y a par ailleurs pas de troubles significatifs. Lors de la marche, on constate une boiterie antalgique gauche avec toutefois une marche sur la pointe et les talons tout à fait possible."

Ainsi, tenant uniquement compte des cervico-brachialgies gauches, le Dr R._____ a estimé que la capacité de travail en tant que mécanicien était de 40 à 50 %. En revanche, en prenant en compte la double pathologie, il a admis une capacité de travail de 30% au maximum. A la question de savoir si l'activité de gestionnaire de garage était une activité adaptée, le Dr R._____ a répondu par l'affirmative, dans la mesure où l'assuré pouvait gérer son temps.

F. a) Le 31 mars 2006, le Dr T._____ a déposé un rapport d'expertise complémentaire. Il a indiqué qu'aux dires de l'assuré, les douleurs avaient été de plus en plus fortes depuis le mois de décembre 2002, ce qui avait entraîné une diminution de sa mobilité. N._____ avait déclaré qu'il travaillait 2 à 3 heures par jour, mais plus du tout dans le domaine mécanique. Il s'occupait de la facturation, des déplacements pour aller chercher des pièces et des visites pour les expertises de véhicules. L'assuré s'était plaint de douleurs dans la fesse et la jambe gauches. Les douleurs nucales étaient considérées comme d'intensité moyenne sans mouvement ou effort avec le bras gauche, mais elles augmentaient rapidement si le bras était utilisé comme appui.

Le Dr T._____ a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré :

- lombo-pygalgies gauches (M54.5) avec status après exploration chirurgicale du sciatique sans substrat anatomique, à l'exception d'une arthrose lombaire observée en L4-L5 et confirmée par une IRM récente en L5-S1 avec discarthrose, protrusion discale postérieure et modification inflammatoire arthrosique importante de type Modic I des plateaux vertébraux;
- cervicalgies médianes gauches sur troubles dégénératifs postérieurs C2 à C6 (M47.8) avec vraisemblable hernie para-médiane et foraminale gauche C5-C6 sans atteinte neurologique périphérique.

Le Dr T._____ a encore précisé divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin, qui avait examiné l'assuré le 6 décembre 2005, a considéré qu'il n'y avait pas de modification de status par rapport à ce qui avait été observé en 2002.

Un examen neurologique a été effectué le 9 mars 2006 par le Dr Q._____, qui a retenu une mobilité cervicale encore satisfaisante. Il a conclu à une absence de troubles neurologiques objectivables aux membres supérieurs et à une limitation lombaire surtout en raison des douleurs. Le Dr Q._____ a confirmé l'existence d'une hypotrophie discrète de la jambe gauche, provenant vraisemblablement d'une épargne fonctionnelle. S'agissant des sensibilités, ce médecin n'a trouvé aucun élément anormal pour les nerfs médian et cubital à gauche, pas plus que pour le nerf sural et le nerf péronier superficiel gauches. Il en allait de même pour le nerf sciatique poplité externe et le tibial postérieurs gauches. Ainsi, le Dr Q._____ a conclu à un statu quo par rapport à l'examen de 2002.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Dr T._____ a estimé qu'il n'y avait pas de modification objective notable de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise de 2002, les deux examens cliniques étant parfaitement superposables. Seules les plaintes de N._____ étaient en augmentation. Le Dr T._____ a précisé que les deux atteintes dégénératives au niveau rachidien, mises en évidence postérieurement à la première expertise, participaient aux plaintes émises par l'assuré, sans

qu'il y ait toutefois des manifestations périphériques objectives. La capacité de travail exigible était donc toujours de 50 % en tant que mécanicien et de 70 % dans la vente ou la gestion d'un garage. L'expert a considéré qu'on pouvait demander à l'assuré d'accomplir des tâches légères dans le domaine mécanique. Les limitations fonctionnelles de N._____ impliquaient d'éviter le port de charges et les positions en porte-à-faux. Elle devait également permettre une alternance de positions. Dans toute activité respectant ces limites, la capacité de travail était de 70 %.

b) Par lettre du 15 septembre 2006, l'assuré a indiqué qu'il ne pouvait plus travailler normalement à l'atelier depuis presque 5 ans et qu'il ne faisait plus aucune activité mécanique. Sa participation dans la marche du garage se limitait à 5 heures par semaine, l'activité de vente de véhicules étant quasi inexistante. Selon lui, les douleurs qu'il ressentait l'empêchaient de dormir et il vivait dans un état de fatigue permanente. Les douleurs étaient présentes tant en position assise que lors de la marche. En conclusion, l'assuré a estimé que, depuis plusieurs années, il disposait d'une capacité de travail inférieure à 30 %.

c) Par décision sur opposition du 27 février 2007, l'OAI a rejeté la demande de rente déposée par N._____. L'OAI a considéré que l'expertise de la Clinique X._____ avait une pleine valeur probante et a fait siennes ses conclusions concernant la capacité de travail de l'assuré. L'OAI a estimé qu'une comparaison des revenus avec et sans invalidité n'était pas possible, dans la mesure où le garage exploité par l'assuré était encore en phase de développement au moment de la survenance de l'incapacité de travail, que la conjoncture jouait un rôle non négligeable sur le chiffre d'affaires dudit garage et que les revenus de l'établissement étaient en partie le produit du travail de B._____. Appliquant la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, l'OAI a effectué une comparaison des activités que l'assuré pourrait effectuer avec et sans invalidité. Il a ensuite pondéré les activités en appliquant à chacune le salaire de référence usuel dans la branche, pour calculer le salaire sans invalidité et le revenu d'invalidité. Se fondant sur le rapport d'enquête

économique, l'OAI a retenu une capacité de travail de 30 % en atelier et de 40 % dans des activités plus légères (administration, préparation des expertises). Le total des activités réalisables étant de 70 %, le préjudice retenu était donc de 30 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. L'OAI a encore mentionné que son service de réadaptation se tenait à disposition de l'assuré pour examiner son droit éventuel à des mesures professionnelles.

G. a) N._____ a recouru contre cette décision par acte du 23 mars 2007 et conclu, avec suite de dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente AI de 50 % au moins lui est octroyée à partir du 2 juin 2007. Il fait valoir que le rapport d'expertise complémentaire du 31 mars 2006 contient une contradiction interne, en tant qu'il reconnaît qu'il existe une atteinte rachidienne mais retient que la situation est la même que celle qui prévalait en 2002. Il relève aussi que l'analyse économique a retenu le même salaire horaire pour toutes les activités du garage, ce qui n'est pas correct selon lui, puisque le travail en atelier était facturé à hauteur de 100 fr. l'heure alors que certaines tâches annexes n'étaient tout simplement pas facturées. Enfin, N._____ a retenu que le travail en atelier représentait 90 % de l'activité globale du garage, de sorte que l'analyse économique devrait être rectifiée à cet égard. Le recourant sollicite enfin des mesures d'instruction, afin de déterminer la proportion des travaux lourds et des travaux légers dans le travail d'atelier.

Le recourant a notamment produit ses fiches annuelles de salaire pour son activité auprès de la société W._____ SA entre les mois d'avril 1996 et mai 1997.

b) Dans sa réponse du 24 mai 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours déposé par N._____. L'office intimé confirme la pleine valeur probante des rapports d'expertise et d'expertise complémentaire de la Clinique X._____, ainsi que celle de l'analyse économique. Au sujet du tarif horaire appliqué dans dite analyse, il a relevé qu'il s'agissait de la valeur intrinsèque des activités et non du prix facturé aux clients.

c) Dans ses détermination du 22 juin 2007, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a encore produit les bilans et comptes d'exploitation de son garage pour les exercices 1997, 1998, 1999 et 2000. Enfin, le recourant a requis l'audition de son associé B. _____ en qualité de témoin.

Dans une écriture du 5 septembre 2007, l'OAI a déclaré ne pas être opposé à la mise en oeuvre d'une nouvelle mesure d'instruction sous forme d'un complément d'enquête économique, dans le cadre duquel l'associé du recourant pourrait être entendu en qualité de témoin.

d) Une audience d'instruction a été tenue le 1^{er} février 2008. B. _____ a été entendu comme témoin. Il a exposé qu'avant l'atteint à la santé de l'assuré, tous deux effectuaient toutes les tâches du garage, soit la mécanique, les réparations, les changement de pneus et de freins, les achats de pièces et les visites pour expertise. La vente de véhicules neufs représentait peu d'activité. S'agissant de la comparaison des champs d'activité, le témoin a indiqué que les travaux en atelier représentaient 60 % à 70 % du travail, soit 5 à 6 heures par jour. L'expertise de voiture représentait 10 % de l'activité, soit 1 heure par jour, et la vente de voitures 2 %, soit 0 à 30 minutes par jour. Enfin, les travaux administratifs et les achats de pièces demandaient environ 1 heure de travail par jour.

B. _____ a précisé que le tarif horaire facturé aux clients était de 100 fr. l'heure. Les frais administratifs étaient compris dans les devis et n'étaient pas calculés en plus.

Selon le témoin, depuis que N. _____ était atteint dans sa santé, il arrivait au garage vers 10 heures et repartait vers 16 heures. Les deux associés travaillaient seuls, même si le frère du recourant venait parfois les dépanner. L'assuré ne pouvait plus assumer le travail en atelier, n'arrivant notamment pas à lever une roue ou descendre une boîte à vitesse. Il ne pouvait plus non plus assumer la vente de voitures, raison pour laquelle cette activité avait diminué. Le garage s'occupait en effet principalement de vendre des voitures d'occasion, ce qui impliquait un

contrôle approfondi à l'achat et l'accompagnement des acheteurs potentiels pour un trajet. Selon le témoin, son associé n'était plus en mesure d'effectuer ces tâches. Il en allait de même s'agissant d'amener des voitures à l'expertise, le recourant n'arrivant plus à passer les vitesses. Ainsi, l'assuré s'occupait désormais du travail de bureau, notamment de la facturation. Le témoin a encore ajouté que l'assuré avait travaillé entre 80 % et 90 % jusqu'en 2001.

e) Par lettre du 18 mars 2008, le recourant a précisé que si son associé avait indiqué que N. _____ avait travaillé entre 80 % et 90 % jusqu'en 1997 (recte : 2001), il s'agissait des travaux d'atelier. Les 10 % restant étaient consacrés à l'administration. Le recourant a indiqué qu'il n'avait jamais eu l'intention de travailler à temps partiel.

f) Un complément d'enquête économique a été effectué par un économiste de l'OAI, qui a déposé son rapport le 24 avril 2008. Il a déterminé le taux d'invalidité selon la méthode extraordinaire, en se fondant sur les indications fournies par B. _____ lors de son audition pour redéfinir la comparaison des champs d'activité.

L'annexe 1 du complément d'enquête consistait en la récapitulation des informations comptables concernant le garage du recourant pour les années 2000 à 2006. L'annexe 2 présentait la comparaison des champs d'activité. Ainsi, sans atteinte à la santé, les activités et le temps qui leur était consacré se présentaient comme suit :

- travaux en atelier : 5,5 heures, soit 71 %;
- expertises de voiture : 1 heure, soit 12,9 %;
- vente de voitures : 0,25 heure, soit 3,2 %;
- administration et achat de pièces : 1 heure, soit 12,9 %.

En raison de l'atteinte à la santé, il a été tenu compte d'une capacité résiduelle de travail de 50 % pour l'atelier et de 100 % pour les autres activités. Le nombre d'heures consacrées aux tâches avec l'atteinte à la santé se présentait donc de la manière suivante :

- travaux en atelier : 2,75 heures, soit une capacité de travail pondérée de 35,5 %;
- expertises de voiture : 1 heure, soit une capacité de travail pondérée de 12,9 %;
- vente de voitures : 0,25 heure, soit une capacité de travail pondérée de 3,2 %;
- administration et achat de pièces : 1 heure, soit une capacité de travail pondérée de 12,9 %.

Au total, la capacité de travail pondérée était donc de 64,5 % (35,5 % + 12,9 % + 3,2 % + 12,9 %).

L'annexe 3 au complément d'enquête économique s'attachait à calculer le revenu des différentes activités exercées dans le garage du recourant pour une capacité de travail entière, puis compte tenu de la capacité résiduelle de N._____. Le revenu sans handicap s'élevait à 71'393 fr. au total et celui avec atteinte à la santé à 45'657 francs. La comparaison de ces revenus révélait une différence de 25'756 fr., soit un taux d'invalidité de 36,05 %.

g) Le recourant s'est déterminé sur le complément d'enquête économique par lettre du 5 juin 2008 et il en a contesté les conclusions, estimant qu'une demi-rente d'invalidité devait lui être allouée.

Par lettre du 25 juin 2008, l'OAI a confirmé ses conclusions en rejet du recours.

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 en matière d'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. Ainsi, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la

voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours, qui doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton du domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 56 al. 1, 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision querellée émane de l'OAI pour le canton de Vaud et a été rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, telle qu'elle était prévue par la LAI à l'époque (cf. let. b des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005 [mesures de simplification de la procédure]). Elle est donc est donc sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 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, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Le fait que le recours ait été déposé avant l'entrée en vigueur de la LPA-VD, le 1^{er} janvier 2009, ne fait pas opposition à son application, vu le principe posé par l'art. 117 al. 1 de cette loi. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 francs (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cour doit en conséquence être composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

c) Le recours, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. a) Le recourant conteste la décision de l'office intimée refusant de lui allouer une rente pour le motif qu'il ne présenterait pas un degré d'invalidité suffisant pour obtenir une telle prestation. Il estime qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité au moins depuis le 1^{er} juin 1997.

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Depuis la modification du 21 mars 2003 de la LAI, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3837), un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins à une rente entière (actuellement : art. 28 al. 2 LAI). En matière d'AI, pour fixer le degré d'invalidité d'un assuré, il convient tout d'abord de déterminer la méthode d'évaluation applicable. Le choix d'une des quatre méthodes (méthode générale de comparaison des revenus, méthode spécifique de comparaison des champs d'activités, méthode mixte et méthode extraordinaire, cf. ch. 3001 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales) dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

L'évaluation de l'invalidité de personnes qui exercent une activité lucrative est effectuée, dans la mesure du possible, selon la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, l'art. 16 LPGA prévoit que, 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. La comparaison des revenus s'effectue 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 c. 1 et 2a et b). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 c. 4.3.1 et la réf. citée). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), pp. 205-206). Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005 c. 5, ATF 126 V 76 c. 3b/aa et bb).

Lorsqu'il n'est pas possible de déterminer directement de manière fiable les revenus à comparer - éventuellement en raison de la situation économique - le taux d'invalidité sera déterminé selon la procédure extraordinaire d'évaluation (ATF 128 V 29; I 230/04; VSI 1998 pp. 121 et 255). Elle s'applique aux personnes exerçant une activité lucrative pour lesquelles le revenu comparé ne peut pas être établi de manière fiable, notamment en raison de la situation économique générale (période de récession, p. ex.). Le taux d'invalidité sera déterminé en fonction des répercussions économiques de la baisse de performance de la

personne assurée Dans la pratique, cette méthode est souvent applicable aux indépendants (ch. 3001 CIIAI). Etant donné que la comparaison des tâches pouvant être accomplies avec et sans invalidité s'effectue en fonction de la rémunération, la procédure extraordinaire d'évaluation peut être qualifiée de comparaison des revenus avec comparaison préalable des champs d'activité (RCC 1979 p. 230).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 3c).

Le juge des assurances sociales 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c.. 3a et les réf. citées).

3. a) Le recourant critique les conclusions des rapports d'expertise et d'expertise complémentaire de la Clinique X._____. Il fait valoir que l'expert, tout en reconnaissant l'existence de pathologies dégénératives confirmées médicalement depuis l'année 2003, considère que les constatations de la première expertise, rendue à la fin de l'année 2002, conservent leur pertinence, mentionnant d'ailleurs des examens parfaitement superposables. De l'avis du recourant, il y a là une contradiction interne au rapport qui affecte sa valeur probante. Il se réfère en outre au rapport du 17 mars 2005 du Dr R._____, qui a estimé que la capacité résiduelle de travail du recourant dans les activités de mécanicien sur autos était de 30 % au maximum, compte tenu de sa double pathologie (cervico-brachialgies et douleurs lombaires).

b) Dans le rapport initial établi le 17 janvier 2003, ensuite des examens et stages qui s'étaient déroulés durant la fin de l'année 2002, les experts ont posé les diagnostics suivant ayant une influence sur la capacité de travail : lombo-pygialgies gauches avec status après neurolyse du nerf sciatique le 9 février 1996, status arthrosique lombaire L4-L5 et L5-S1, cunéiformisation D12 et L4, et cervicalgies médianes gauches sur troubles dégénératifs postérieurs C2-C6 et statique (attitude scoliotique droite). Ils ont observé qu'il n'y avait pas d'atteinte sur les plans neurologique et psychiatrique. En outre, ils ont conclu à une atteinte somatique modérée, essentiellement de la zone lombo-fessière gauche et de la zone cervicale, qu'ils ont considérée comme non invalidante sur le plan professionnel en tant que vendeur de voitures. Ils ont cependant admis que, dans l'activité de mécanicien, l'expertisé ne pouvait effectuer des travaux de force et présentait donc une incapacité à 50 % depuis le 2 juin 1997. En tant que vendeur de voitures, ainsi que dans les activités administratives, ils ont estimé que l'incapacité n'excédait pas 30 %, ce qui permettait de tenir compte de la nécessité de changer de position régulièrement.

Dans le complément d'expertise, après avoir tenu compte des différents examens médicaux qui ont eu lieu postérieurement au rapport

d'expertise du 17 janvier 2003, le Dr T._____ a constaté que les différents examens complémentaires n'ont fait que confirmer des signes dégénératifs tant cervicaux que lombaires, ainsi qu'une hernie cervicale gauche C5-C6, pour laquelle il n'avait pas été retenu d'indication à une sanction chirurgicale. Il a certes relevé que le recourant avait signalé une augmentation des douleurs, mais a retenu, sur le plan objectif, que le status était superposable à celui observé à la fin de l'année 2002. Le Dr Q._____, qui avait effectué un nouvel examen neurologique, a également signalé les plaintes du recourant. Il a toutefois confirmé en tous points l'observation du Dr T._____ d'une mobilité cervicale encore satisfaisante, ainsi que l'absence de troubles neurologiques objectivables aux membres supérieurs. Selon lui, la limitation lombaire résultait donc surtout des douleurs. Le Dr Q._____ avait également constaté une hypotrophie discrète de la jambe gauche, précisant qu'on ne pouvait déterminer si elle devait être attribuée à un trouble neurologique périphérique. A l'examen électrophysiologique, il n'avait mis en évidence aucun élément anormal pour les nerfs médian et cubital à gauche ni pour le nerf sural et le nerf péronier superficiel gauche en ce qui concerne les sensibilités. Sur le plan moteur, les latences distales pour le nerf médian et pour le nerf cubital étaient normales et il en allait de même pour le sciatique poplité externe.

c) Le fait que le recourant fasse part de plaintes plus importantes quant aux douleurs qu'il ressent et le fait que les experts aient estimé qu'il n'y avait pas de modification de son état de santé sur le plan objectif n'apparaissent pas contradictoires. Cette situation a été expliquée de façon claire par le Dr T._____, pour lequel seules les plaintes du recourant avaient augmenté, tous les éléments objectifs étant demeuré les mêmes entre les deux expertises. D'ailleurs, dans son rapport du 17 mars 2005 à l'attention du SMR, auquel le recourant se réfère, le Dr R._____ a fait les mêmes observations. Il a en effet constaté que si l'on prenait en considération uniquement les cervico-brachialgies gauches, il n'y avait pas eu d'évolution depuis le mois de décembre 2002. Il a certes mentionné que le recourant souffrait également et surtout de douleurs lombaires, particulièrement au niveau de la fesse gauche, les lombo-

sygialgies s'étant aggravées progressivement d'après les dires du patient. Il a toutefois précisé qu'objectivement, la situation restait la même au niveau lombo-pelvien par rapport à l'évaluation de décembre 2002 et par rapport à sa propre évaluation du mois de juillet 2003.

Les conclusions du Dr D._____, selon lesquelles l'état du recourant s'est aggravé, ne sont donc pas confirmées par les spécialistes et ne sauraient dès lors être suivies, ce d'autant plus qu'il est le médecin traitant du recourant et que son appréciation doit être prise en compte avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc). Ainsi, les conclusions de l'expertise du 17 janvier 2003 et de son complément du 31 mars 2006 ont pleine valeur probante et la cour de céans se fondera sur ces avis médicaux pour la suite de son raisonnement.

d) En ce qui concerne la capacité de travail du recourant, le Dr T._____ a retenu que le recourant présentait une incapacité de travail de 50% pour les travaux de force en atelier. En tant que vendeur de voitures, ainsi que dans les activités de bureau, il a estimé que cette incapacité n'excédait pas 30 %.

Le Dr D._____ a considéré que le recourant était totalement incapable de travailler dans la profession de mécanicien et qu'il était aussi passablement gêné dans les activités de vendeur de voitures et d'administrateur d'un garage. Le Dr R._____ a retenu une capacité de travail de 30% au maximum en tenant compte "*de la double pathologie*", soit les cervico-brachialgies gauches et le syndrome lombo-vertébral. Toutefois, les appréciations de ces deux médecins prennent largement en compte les douleurs mentionnées par le recourant, ainsi que ce que les experts ont appelé ses autolimitations. Il s'agit-là d'éléments subjectifs qui ne sauraient jouer un rôle dans l'appréciation médico-théorique de la

capacité de travail devant être effectuée pour déterminer le degré d'invalidité d'un assuré. Ainsi, dans le rapport d'expertise, le Dr T._____, faisant sienne l'appréciation du Dr Z._____, a estimé que le recourant présentait une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologique. L'évolution défavorable connue par N._____ était donc le fait, notamment, de facteurs psycho-sociaux, voire sociaux-culturels. Cela n'impliquait toutefois aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Partant, les estimations des Drs D._____ et R._____, qui donnent précisément un poids important à ces éléments, ne peuvent être suivies. Il convient bien plus de se fonder sur les conclusions de l'expert en ce qui concerne la capacité de travail du recourant, qui est de 50 % dans les activités en atelier et de 70 % dans les autres travaux.

e) On précisera encore qu'il convient de s'éloigner de la décision entreprise en ce qui concerne la date du début de l'incapacité de travail de longue durée. L'expert a retenu le 2 juin 1997. Le Dr D._____ a mentionné un arrêt de travail de 50% du 2 juin au 13 juillet 1997. La Dresse V._____ a estimé que la capacité de travail du recourant était normale dès le 14 juillet 1997. Ce n'est que dès le 19 octobre 1998 que le Dr D._____ a considéré que la capacité de travail était nulle, ce jusqu'au 10 janvier 1999. Une nouvelle période d'incapacité totale de travail a débuté le 23 juin 2000 et a duré vraisemblablement jusqu'au 15 octobre suivant. Il n'y a donc eu aucun arrêt de travail ni aucune incapacité de travail constatée médicalement entre le 14 juillet 1997 et le 19 octobre 1998. Dans ces conditions, l'expertise ne peut pas être suivie et il faut retenir que l'incapacité de travail de longue durée du recourant a commencé au mois d'octobre 1998.

4. a) Le recourant relève que l'OAI considère que son état de santé était stabilisé dès le 6 juin 1997. Il estime qu'en fonction de cette appréciation, il y a lieu d'appliquer la méthode ordinaire de comparaison des revenus et de prendre en compte comme salaire sans invalidité celui réalisé auprès de la société W._____ SA, pour la période du 1^{er} mai 1996 au 31 mai 1997, soit un revenu global net de 88'756 fr. 70 (36'614.70 + 52'142 fr.), selon lui. N._____ admet cependant que les calculs à

effectuer sont rendus plus difficiles du fait que des indemnités d'assurance lui ont été versées au début de cette activité, lorsqu'il travaillait à 50 %, et du fait qu'une partie des revenus n'était pas soumise à cotisation AVS.

b) Par la décision querellée, l'OAI a estimé qu'une comparaison des revenus avec et sans invalidité, selon la méthode ordinaire, n'était pas possible. A l'appui de cette appréciation, il a relevé que le garage exploité par N. _____ était encore en phase de développement au moment de la survenance de l'incapacité de travail, que la conjoncture jouait un rôle non négligeable sur le chiffre d'affaires dudit garage et que les revenus de l'établissement étaient en partie le produit du travail de l'associé du recourant.

c) Il est exact que, dans une écriture du 29 avril 2002, l'OAI a relevé que, selon l'expertise du 17 janvier 2003, la situation du recourant était stable sur le plan objectif depuis le 6 juin 1997. L'intéressé en déduit que la méthode ordinaire de comparaison des revenus doit s'appliquer, puisqu'il a quitté son emploi auprès de la société W. _____ SA le 31 mai 1997. Tel n'est toutefois pas le cas. En effet, le recourant n'a pas interrompu son activité dépendante à cause de problèmes de santé mais parce que le travail était stressant et qu'il désirait bénéficier de plus de liberté dans son activité, comme il l'a déclaré lors de l'enquête économique, au mois de mai 2001. De plus, le recourant travaillait comme vendeur de voitures, activité dans laquelle il présente une incapacité de 30 % selon l'expertise. S'il fallait suivre l'argumentation du recourant, son taux d'incapacité de travail et son taux d'incapacité de gain se confondraient, de sorte qu'il ne serait pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus. Or, la situation n'est pas si simple, puisqu'à l'heure actuelle, l'activité de garagiste exercée par le recourant comporte pour partie celle de mécanicien sur autos, activité dans laquelle son taux d'incapacité de travail est plus important. De plus, la date du début de l'incapacité de travail de longue durée a été arrêtée au mois d'octobre 1998. A cette époque, le recourant exploitait déjà le "*Garage de K. _____*" en qualité d'indépendant. Enfin, comme l'a relevé l'office intimé, le garage exploité par le recourant était encore en phase

d'expansion au moment du dépôt de la demande de rente. Il s'ensuit qu'on se trouve face à la situation d'une personne qui, au moment de la survenance de l'incapacité de travail de longue durée, exerçait une activité indépendante, dont les revenus ne peuvent être ni comparés ni établis de manière satisfaisante. Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI a fait application de la méthode extraordinaire de détermination du taux d'activité.

5. a) Le recourant fait valoir en vain que l'enquête économique est erronée en tant qu'elle retient une entière capacité de travail dans les activités administratives, alors que le Dr T._____ a conclu à une capacité de travail de 70 % dans ces domaines. En effet, l'appréciation de l'expert, qui a effectivement considéré que le recourant pouvait travailler à 70 % dans le domaine de la vente de voitures ou dans les activités de bureau d'un garage, s'entend par rapport à une activité à plein temps; en aucun cas l'expert n'a voulu exprimer le fait que le recourant ne pourrait, en tant que vendeur de voitures et dans les activités administratives, travailler qu'à concurrence de 70 % du temps qu'il consacrait aux activités en question avant la survenance de l'incapacité de longue durée. Ainsi, dans l'analyse économique, plus précisément dans son complément, l'économiste de l'OAI, se fondant sur la répartition du temps consacré aux différentes activités du garage découlant des déclarations du témoin B._____, a retenu que le temps de travail relatif aux expertises de voitures, à la vente de véhicules et à l'administration, y compris l'achat des pièces, représentait 25,8 % du travail effectué à plein temps pour une personne n'étant pas atteinte dans sa santé. On se trouve bien en dessous du seuil de 70 % déterminé par les experts comme étant la capacité de travail maximale de N._____ dans les activités en question. Partant, il était exact de retenir que la "*capacité de travail pondérée*" du recourant dans les tâches précitées était de 100 % par rapport au temps qui leur était consacré avant l'incapacité de longue durée.

b) N._____ soutient également en vain que la comparaison des champs d'activités (ch. 3104 CIIAI) résultant de l'enquête économique est erronée en tant qu'elle retient, pour une personne ne souffrant pas

d'atteinte à la santé, une occupation à 60 % en atelier et à 40 % pour les autres travaux. Si cette répartition résulte effectivement du rapport d'enquête économique du 10 mai 2001, elle a été rectifiée ensuite de l'audition de l'associé du recourant en qualité de témoin. Ainsi, dans le complément d'enquête du 24 avril 2008, rendu durant la procédure d'instruction du présent recours, les travaux en atelier ont été estimés à 71 % du temps de travail d'un associé non atteint dans sa santé. Les autres activités ont été arrêtées, au total, à 29 %.

Pour le surplus, la répartition invoquée par le recourant, soit 90 % pour l'atelier et 10 % pour le reste des travaux, ne repose sur aucun élément concret. Elle s'éloigne des déclarations du témoin B._____, pourtant entendu à la requête du recourant. Le témoin est au demeurant le mieux à même d'apprécier le temps consacré aux différentes activités du garage qu'il exploite aux côtés du recourant. A cet égard, on ne saurait suivre le recourant dans les explications qui résultent de sa lettre du 18 mars 2008. Lors de son audition, après avoir exposé le temps consacré aux différentes activités du garage par une personne ne souffrant pas dans sa santé, B._____ a ajouté que le recourant avait travaillé entre 80 % et 90 % jusqu'en 2001. Par lettre du 18 mars 2008, N._____ a précisé que, selon lui, cette déclaration du témoin signifiait qu'il avait, jusqu'en 2001, travaillé entre 80 % et 90 % à l'atelier, les 10 % étant consacrés aux autres tâches. On ne voit toutefois pas que la déclaration du témoin ait eu ce sens et la répartition des champs d'activités, telle qu'elle résulte du complément d'enquête économique, doit être confirmée.

c) Le recourant fait valoir que l'enquête économique est biaisée dans la mesure où elle retient un salaire horaire identique pour toutes les activités déployées au sein du garage, alors que celles effectuées hors atelier n'entraînent aucune facturation et, partant, aucune rémunération.

Le recourant est associé avec B._____ dans l'exploitation d'un garage. Il exerce donc une activité indépendante et, à ce titre, s'octroie un salaire. Il n'est donc pas rémunéré à hauteur du tarif horaire facturé aux clients du garage, même si ce tarif détermine le chiffre

d'affaires de l'établissement. Le raisonnement du recourant, selon lequel les activités administratives et les tâches accomplies hors de l'atelier ne donnent pas lieu à facturation et n'entraînent donc pas de rémunération, est dès lors dénué de pertinence. Si le travail accompli par N. _____ dans le garage, compte tenu de son état de santé, consiste principalement en des activités administratives et hors atelier, il conserve néanmoins le droit à une rémunération. L'économiste de l'OAI a donc correctement appliqué la méthode extraordinaire de détermination du degré d'invalidité : ensuite de la comparaison des champs d'activités avec et sans invalidité, il a procédé à une pondération, en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche, afin de déterminer le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidité (ch. 3104-3105 CIIAI).

6. Pour le surplus, il convient de constater que l'OAI a correctement procédé pour déterminer le taux d'invalidité du recourant. Il s'est fondé sur les déclarations du témoin B. _____ pour la répartition des champs d'activités et les taux d'incapacité de travail dans les différentes tâches effectuées au sein d'un garage sont exacts. Les critiques du recourant ne sont pas fondées. C'est du reste le lieu de rappeler que l'assuré a l'obligation de tout mettre en œuvre pour diminuer sa perte de gain, le cas échéant en substituant à certaines des tâches qu'il accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont il souffre. Au demeurant, si la poursuite de l'exploitation d'un garage n'est plus possible, comme l'intéressé le soutient, il appartiendra à N. _____ de reprendre son ancienne activité de vendeur de voitures, dans laquelle il bénéficie d'une capacité de travail de 70 % selon les experts.

Dès lors qu'un assuré a droit à une rente d'invalidité s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), l'ouverture du droit en ce qui concerne le recourant pourrait donc être fixée au mois d'octobre 1999 au plus tôt. Il faut dès lors indexer les montants résultant du complément d'enquête économique du 24 avril 2008, qui correspondent aux salaires de l'année 1998. Ils doivent être augmentés de

0.3%, ce qui donne un revenu sans handicap de 71'607 fr. 20 (71'393 x 1,0003) et un revenu d'invalidé de 45'794 fr. (45'657 fr. x 1,0003). La comparaison de ces deux revenus donne un taux d'invalidité de 36,05 % ($[(71607.20 - 45'794 \times 100) : 71'607.2] = 36.05\%$), identique à celui résultant de la décision querellée. La rectification du point de départ de l'incapacité de travail de longue durée et l'adaptation des revenus avec et sans invalidité au niveau des salaires de l'année 1999 n'implique donc pas de modification quant à la décision au fond. Le recourant ne présente pas un taux d'invalidité suffisant pour prétendre à l'octroi d'une rente.

7. En définitive, le recours interjeté par N._____, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

S'agissant d'une contestation portant sur le refus de prestations de l'AI, des frais, par 400 fr., sont mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI, 91 et 99 LPA-VD et 2 al. 1 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 23 mars 2007 par N._____ est rejeté.
- II.** La décision du 27 février 2007 de 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.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Catherine Jaccotet Tissot (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :