

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Pierre Moser,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 16 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 25 al. 1 RAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1955, a travaillé en qualité de chauffeur poids lourds pour le compte d'A. _____ SA du 1^{er} août 1989 au 31 mai 2001. En cette qualité, il a réalisé un revenu annuel de 35'929 fr. en 1998, de 60'107 fr. en 1999 et de 62'710 fr. en 2000.

L'assuré a été examiné le 17 juin 1997 par le Dr S. _____, neurologue, qui a constaté que le status neurologique était normal. Dans son rapport du 20 juin 1997, le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a quant à lui posé le diagnostic de douleurs antérieures des deux jambes chroniques d'étiologie indéterminée.

Le Prof. Z. _____, médecin-chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation au [...] ([...]), a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux dans son rapport médical du 10 février 1998. Le 20 avril 1998, les Drs E. _____ et C. _____ du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du [...], ont posé les diagnostics de douleurs des membres inférieurs d'origine indéterminée, de lombalgies chroniques ainsi que de cachexie. Ils ont en outre relevé que toutes les investigations effectuées jusqu'à ce jour étaient plutôt rassurantes et avaient permis d'exclure tout problème organique grave.

Le 10 septembre 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations AI, en faisant état de lombalgies et de douleurs dans les membres inférieurs. A cette occasion, il a indiqué qu'il percevait un revenu mensuel de 4'750 fr. dans son activité de chauffeur poids lourds.

Dans son rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) du 16 octobre 2001, le Dr K. _____, médecin traitant, a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif existant depuis le 1^{er} août 1997. Pour ce praticien, l'incapacité de travail était entière dans une

activité lourde comme celle de chauffeur, mais de 50% dans une activité légère comme celle de conducteur de car. Son patient avait présenté une incapacité de travail totale du 1^{er} août 1997 au 31 mai 1998, à 50% du 1^{er} novembre 1998 au 15 janvier 1999, à 100% du 16 janvier 1999 au 12 mars 1999, à 100% du 7 février 2001 au 29 avril 2001, et à 50% à compter du 30 avril 2001, pour une durée indéterminée. Le médecin traitant relevait encore que l'assuré présentait des lombalgies chroniques associées à des douleurs des membres inférieurs.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 31 octobre 2001 par A. _____ SA, l'assuré avait travaillé du 1^{er} août 1989 au 31 mai 2001 pour cette société en qualité de chauffeur poids lourds, pour un salaire de 5'100 fr. jusqu'au 30 avril 2001, puis de 4'750 fr. dès le 1^{er} mai 2001. Son revenu s'était monté à 66'750 fr. 75 en 1998, à 73'470 fr. 15 en 1999 et à 79'197 fr. 75 en 2000.

Le Dr K. _____ a maintenu que l'incapacité de travail demeurait de 50% depuis le 30 avril 2001 dans son rapport médical du 22 mars 2002 à W. _____, assurance perte de gain.

Sur requête de l'OAI, l'assuré a précisé le 23 avril 2002 qu'il n'était suivi que par le Dr K. _____.

Après examen du dossier, la Dresse J. _____, spécialiste en médecine interne, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a proposé par avis médical du 16 octobre 2002 un examen psychiatrique de l'assuré auprès de ce service. Ledit examen s'est déroulé le 6 octobre 2003. Selon le rapport d'examen du 16 janvier 2004 des Dresses I. _____, psychiatre, et J. _____, l'assuré présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant, léger, sans comorbidité psychiatrique (F45.4). Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques et la capacité de travail exigible était de 100%.

Par avis médical du 7 mai 2004, la Dresse J._____ du SMR a proposé la mise en oeuvre d'une expertise auprès du Dr T._____, rhumatologue.

L'assuré a été examiné le 11 juin 2004 par le Dr T._____. Dans son rapport d'expertise du 14 juin 2004, ce spécialiste a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et a estimé que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 85% dans l'ancienne activité de chauffeur-livreur, ainsi que dans l'activité de chauffeur de taxi, voire dans une activité de conciergerie ou de surveillance. Un rapport du Dr R._____, radiologue, faisant suite à des examens de la colonne cervicale face et profil, et de la colonne lombaire face et profil du 11 juin 2004, a mis en évidence des résultats dans les limites de la norme, avec constat d'une discrète scoliose lombaire sinistro convexe. Le Dr T._____ n'a noté aucun élément radiculaire, tronculaire ou en faveur d'une polyneuropathie à l'examen neurologique. Au plan ostéoarticulaire, toutes les articulations périphériques étaient libres, parfaitement mobiles, sans déformation, un discret varus des deux genoux étant relevé.

Dans son rapport d'examen SMR du 20 juillet 2004, la Dresse J._____ a retenu qu'il n'y avait pas d'élément justifiant une incapacité de travail du point de vue médico-juridique au plan psychiatrique, et qu'au plan rhumatologique, l'expert reconnaissait une capacité de travail de plus de 85%, les 15% restant pouvant être mis sur le compte d'une limitation purement subjective liée aux douleurs et d'un sentiment d'exclusion ressenti par l'assuré dont les tentatives antérieures de recherche d'emploi n'avaient semble-t-il pas abouti.

Le 10 février 2005, la Dresse J._____ a posé des questions complémentaires au Dr T._____, en particulier sur le point de savoir s'il y avait lieu de retenir le 7 février 2001 comme date à partir de laquelle la capacité de travail était diminuée.

Le Dr T._____ a répondu le 17 février 2005 que l'assuré souffrait de limitations purement subjectives dans le cadre de troubles somatoformes. En l'absence de limitations objectives, ce spécialiste indiquait qu'il pouvait exiger un taux d'activité de l'ordre de 85% comme chauffeur poids lourds pour autant que cette activité ne nécessite pas la charge et la décharge manuelles des marchandises transportées. Il précisait que dans les activités adaptées permettant une certaine alternance des postures et ne nécessitant pas de port de charges réguliers, on pourrait évaluer la capacité de travail à 100%, et ce depuis février 2001, puisqu'aucun événement nouveau n'était intervenu depuis lors.

La Dresse J._____ a repris l'appréciation du Dr T._____ dans son avis médical du 10 mars 2005, retenant un taux de 100% dans une activité adaptée (alternance de positions et absence de port de charges régulier), à compter de février 2001.

Interpellé par l'OAI, A._____ SA a répondu le 24 juin 2005 que si l'assuré travaillait encore pour elle en 2005, son salaire mensuel brut serait de l'ordre de 4'900 fr. à 100% et de 4'165 fr. à 85%, servi treize fois, avec la précision que les chauffeurs chargeaient et déchargeaient quotidiennement des colis pouvant peser jusqu'à 300 kilos, ce qui impliquait un effort au niveau du dos principalement.

Selon un entretien téléphonique du 3 août 2005 entre l'OAI et A._____ SA, l'assuré aurait perçu en 2002 un salaire de 4'800 fr. servi 13 fois, ainsi que 350 fr. par mois d'indemnité pour travail de nuit.

Par décision du 14 septembre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que son degré d'invalidité (18.68%) était inférieur au degré de 40% ouvrant le droit à la rente. Il a retenu que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, que le revenu sans invalidité s'élevait à 66'600 fr., et le revenu avec invalidité à 54'157 fr. 67, fondé sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2002 (TA niveau de qualification 4), avec un abattement de 5% compte tenu des limitations fonctionnelles.

L'assuré, par son conseil, a formé opposition à cette décision le 20 octobre 2005, en faisant valoir en substance qu'il fallait préférer à l'avis de l'expert celui de son médecin traitant, qui arrêta la capacité de travail à 50%.

Par avis médical du 3 novembre 2008, le Dr N. _____ du SMR a constaté qu'il convenait de poser des questions complémentaires au Dr K. _____, afin notamment de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier rapport du 22 avril 2002, les diagnostics actuels, le traitement, les limitations fonctionnelles et l'évolution de la capacité de travail médico-théorique dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

En réponse à cette requête, le Dr K. _____ a adressé un rapport médical le 16 décembre 2008 à l'OAI, dans lequel il a posé les diagnostics d'état dépressif, de lombo-sciatalgies persistantes et de douleurs au coude droit persistantes. Il relevait qu'actuellement, il imaginait mal son patient effectuer une activité au-delà d'environ 20%, et ce même dans une activité légère et répétitive, vu l'apparition rapide de douleurs s'il n'existait pas un changement de position ou si les poids soulevés étaient faibles, mais également par manque de concentration. Le Dr K. _____ a encore noté que l'assuré travaillait à temps partiel à raison d'une fois par semaine, au prix d'intenses efforts et d'une importante fatigue les jours suivant.

Dans son avis médical du 19 janvier 2009, le Dr N. _____ du SMR a noté que selon les extraits du compte individuel (CI), l'assuré aurait travaillé de janvier 2004 à décembre 2005 auprès de Q. _____ SA et réalisé des revenus s'élevant respectivement à 24'193 fr. et 32'417 francs. Le Dr N. _____ proposait dès lors de demander un rapport employeur à cette entreprise.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 21 avril 2009, Q. _____ SA a indiqué que l'assuré avait débuté son activité de

chauffeur auprès d'elle le 1^{er} janvier 2003 et travaillait sur appel. Selon la fiche de salaire pour l'année 2007, il avait perçu une rémunération de 22'029 fr. durant l'année en question.

Dans son avis médical SMR du 19 mai 2009, le Dr N. _____ a constaté que les gains réalisés par l'assuré démontraient qu'il disposait d'une capacité de travail largement supérieure à celle indiquée par son médecin. Il notait que l'activité de chauffeur de transport de personnes sans manutention de bagages était possible, ce dont témoignaient les attestations de salaire. Les douleurs au coude, seul élément médical nouveau apparu en 2004, n'ajoutaient pas de limitations fonctionnelles incompatibles avec les activités mentionnées. Il convenait dès lors de maintenir les exigences formulées dans l'avis SMR du 10 mars 2005.

Selon les fiches de salaires adressées à l'OAI par l'employeur de l'assuré, ce dernier avait réalisé un gain de 17'872 fr. 75 en 2006 et de 20'878 fr. 40 en 2008. En janvier 2009, son salaire brut s'était monté à 2'478 fr. En mars 2009, il était de 1'645 francs.

Dans un nouvel avis médical du 29 juin 2009, le Dr N. _____ du SMR a résumé la situation et a proposé la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique et rhumatologique auprès du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de Genève, afin de déterminer ce qui suit:

- "- s'il existe une co-morbidité psychiatrique qui rend le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux chronique admissible comme affection invalidante
- quelles sont les limitations fonctionnelles
- quelles sont les capacités de travail comme chauffeur poids lourds, comme chauffeur de car et dans une activité adaptée
- à partir de quand ces exigences sont valables."

Par communication du 21 juillet 2009, l'OAI a ainsi informé l'assuré qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale pour pouvoir évaluer le droit à des prestations de l'AI.

L'assuré a été convoqué le 14 septembre 2009 pour l'évaluation rhumatologique et le 24 septembre 2009 pour l'évaluation psychiatrique auprès du Centre d'Expertise Médicale (CEM). Dans leur rapport d'expertise du 29 janvier 2010, les Drs L._____, médecin-chef adjoint, F._____, spécialiste en rhumatologie-médecine physique et réadaptation et O._____, médecin-chef, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, au plan rhumatologique, de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants et raccourcissement des muscles ischio-jambiers des deux côtés, et, sur le plan psychiatrique, de trouble somatoforme persistant (F45.4) versus majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), les cervicalgies fonctionnelles étant sans répercussion sur la capacité de travail. Sous la rubrique "appréciation du cas et pronostic" de leur rapport, les spécialistes ont retenu ce qui suit:

"L'évolution est marquée par la persistance des douleurs lombaires et dans les membres inférieurs, et d'un état dépressif. De 2004 à 2008, Monsieur H._____ souffre d'une épicondylite droite, laquelle a aujourd'hui disparu.

L'évaluation rhumatologique actuelle met en évidence des plaintes inchangées, lombalgies basses et douleurs diffuses des membres inférieurs, associées à des cervicalgies occasionnelles. Le status ostéo-articulaire est superposable à celui effectué en 2006. De même, les images radiologiques de 2009 sont superposables à celles de 2006. Il s'agit d'un discret trouble statique et de troubles dégénératifs très modérés lombaires. Les radiographies de la colonne cervicale sont sans particularité.

En conclusion, sur le plan somatique, les douleurs présentées par Monsieur H._____ n'ont pas de substrat organique relevable. Retenant néanmoins un début de troubles dégénératifs lombaires associés à un trouble statique lombaire, nous admettons que des limitations fonctionnelles doivent être retenues en ce qui concerne le port itératif de charges lourdes et les mouvements itératifs contraignants pour le rachis. Dans ce sens, une capacité de travail de 80% comme chauffeur poids lourds/chauffeur de car peut être retenue comme exigible chez l'assuré, admettant que les limitations fonctionnelles citées ci-dessus puissent être respectées. Dans une activité adaptée, c'est-à-dire laquelle respecte les limitations fonctionnelles citées, la capacité de travail exigible est de 100%.

Sur le plan psychique, notre expert retient un trouble douloureux somatoforme persistant versus une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. En effet, malgré de nombreuses plaintes de nature dépressive, Monsieur H._____ ne prend pas le traitement antidépresseur prescrit (concentration sanguine de zéro) et a pu effectuer plusieurs heures de travail sur plusieurs mois durant plusieurs années. L'expert estime donc que la capacité de travail est au moins de 80%, voire 100%, si l'activité est adaptée à ses troubles douloureux somatiques."

Les experts, dont la Dresse D._____, psychiatre, ont répondu en consensus aux questions qui leur étaient posées. Ils ont ainsi estimé que l'incapacité de travail était "d'au moins 20% depuis février 2001" et que le degré d'invalidité n'avait pas évolué depuis lors.

Selon les constatations relatives à l'examen clinique du 14 septembre 2009 de la Dresse F._____, les articulations périphériques des membres inférieurs étaient sans particularité à l'examen. Au niveau des genoux, on ne notait ni instabilité ligamentaire, ni signe en faveur d'une pathologie méniscale.

Le 31 mars 2010, le Dr N._____ du SMR a prié les experts de répondre à des questions complémentaires. Donnant suite à cette requête, le Dr O._____ et la Dresse D._____ ont complété leur expertise le 27 mai 2010, en précisant notamment ce qui suit:

"2. Effectivement, je retiens le diagnostic de trouble douloureux somatoforme sans influence sur la capacité de travail. D'autre part, en raison d'une souffrance subjective par des douleurs, un épuisement mental et physique, que cette souffrance subjective peut induire et ce qui est largement reconnu pour différents médecins psychiatres et non psychiatres, il y a une légère baisse de rendement au maximum 20% peut être admis à mon sens. C'est pour cette raison que, je maintiens une capacité de travail avec une présence à plein temps en admettant une diminution du rendement de 20% au maximum.

3. En restant en cohérence avec l'explication d'une possibilité de diminution du rendement d'au maximum 20% (et non pas d'au moins), je pense qu'il s'étend à la période d'existence du trouble douloureux somatoforme, ceci dit même depuis février 2001."

Par avis médical SMR du 29 juin 2010, le Dr N._____ a constaté que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants et de raccourcissement des muscles ischio-jambiers des deux côtés, les diagnostics de cervicalgies fonctionnelles et de trouble douloureux somatoforme étant sans répercussion sur la capacité de travail selon le complément d'expertise du 27 mai 2010. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: port itératif de charges supérieures à 20 à 25 kilos,

mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc. La capacité de travail était d'au moins 80% dans l'activité de chauffeur et était entière dans une activité adaptée, la baisse de rendement de maximum 20% dans l'activité de chauffeur pouvant s'expliquer par les limitations fonctionnelles, qui ne permettaient pas à l'assuré d'effectuer n'importe quel travail de chauffeur.

L'OAI a communiqué au conseil de l'assuré le rapport d'expertise, le complément du 27 mai 2010 et l'avis médical du SMR du 29 juin 2010 en lui impartissant un délai pour lui faire part de ses observations éventuelles, en précisant que sans nouvelles de sa part dans ce délai, il statuerait sur l'opposition en l'état actuel du dossier.

Dans ses observations du 30 septembre 2010, l'assuré a exposé qu'un plein temps auprès de Q._____ était rémunéré à hauteur de 5'200 fr. brut par mois, soit 62'400 fr. par an, en expliquant qu'il n'avait jamais travaillé à temps plein, mais à un taux variant entre 29.17% et 72.16% entre 2003 et 2008, période durant laquelle il n'avait dépassé que deux fois le 50%. En moyenne, son taux d'activité était estimé à 42.25% sur sept ans. Se référant à un courrier de Q._____ selon lequel il aurait été engagé à plein temps s'il était en parfaite santé, il en a déduit que c'était son état de santé qui l'empêchait de travailler à 100% comme chauffeur de car.

L'assuré a complété ses observations le 18 octobre 2010, en reprenant l'argumentation développée le 30 septembre 2010. Il a en outre fait valoir que l'expertise psychiatrique était insuffisante et incomplète. Le 21 octobre 2010, l'assuré a déposé de nouvelles déterminations, en décrivant sa situation familiale. Il a notamment produit des pièces datant de 1994 et 1995 (une plainte pénale de son ex-épouse, une ordonnance de non lieu), une convention de mesures provisoires du 13 décembre 1999, un rapport d'examen du Dr???._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et adolescents du 30 août 2000, médecin désigné en qualité d'expert dans un procès en modification de jugement de divorce, et un jugement du 22 novembre 2005 du Tribunal de police

aux termes duquel il avait été libéré des fins de la poursuite préfectorale (contravention à l'art. 7 LS [loi scolaire du 12 juin 1984, RSV 400.01]). Le 25 octobre 2010, l'assuré s'est encore déterminé, en expliquant que ses idées suicidaires étaient apparues alors qu'il travaillait à plein temps, lorsque la garde sur ses enfants lui avait été retirée, son état dépressif s'étant aggravé en 2003, en raison d'un conflit avec ses enfants. Il en déduisait qu'il existait une comorbidité, savoir la dépression. Il a pour le surplus repris ses calculs destinés à démontrer qu'il n'avait pas travaillé à 80% pour Q._____. Il a finalement encore complété ses déterminations le 26 octobre 2010.

Par décision sur opposition du 27 octobre 2010, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré. Il a notamment maintenu le revenu sans invalidité de 66'600 fr. indiqué dans la décision du 14 septembre 2005, dans la mesure où A._____ lui avait indiqué que l'assuré aurait réalisé un revenu annuel de 62'400 fr. (4'800 fr. x 13) à 100% et perçu une indemnité pour travail de nuit de 4'200 fr. (350 fr. x 12) en 2002. L'OAI lui faisait en outre savoir qu'il avait droit à une aide au placement s'il admettait que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à son état de santé.

B. Par acte du 29 novembre 2010, H._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une invalidité de 50% au moins lui est reconnue depuis le 1^{er} juin 2001, la rente étant fixée en conséquence. En substance, il fait valoir qu'il ne peut travailler qu'à un taux inférieur à 50%, en se fondant sur les décomptes de salaire de Q._____ de mai 2003 à novembre 2008. Il explique à cet égard n'avoir travaillé durant cette période que durant trente-trois mois sur quarante-huit, soit à environ 48% du temps ouvrable. Il expose que c'est contre son gré qu'il ne peut pas travailler à 100%, qu'il travaille afin de ne pas recourir à l'assistance publique, qu'il lui arrive de prendre un travail au-delà de sa capacité de travail parce que la situation financière de sa famille l'exige, mais qu'il paie cet effort ensuite par des mois d'inactivité, se référant au rapport médical du Dr K._____ du 16 décembre 2008. Le

recourant pose ensuite un titre "le substrat organique", où il intègre des articles sur les lombalgies et le syndrome des loges. Sous un autre titre "dépression", il résume sa situation familiale depuis 1993, en s'interrogeant sur le point de savoir si le trouble dépressif d'intensité au moins moyenne qu'il présente serait lié à ses "malheurs conjugaux et familiaux". Il fait en outre valoir que c'est un revenu sans invalidité de 79'197 fr. 75 qui doit être pris en compte. Sous un chapitre "discussion" de son mémoire de recours, il conteste le revenu sans invalidité de 66'600 fr., en expliquant que ce montant est contredit par le questionnaire pour l'employeur du 31 octobre 2001, et qu'A. _____ n'a pas déclaré à l'AVS le montant effectif des indemnités pour travail de nuit et du dimanche. Il expose encore que le diagnostic d'un éventuel syndrome des loges paraît avoir été exclu sans que des examens complets ne soient mis en oeuvre. Il conteste ensuite les taux de capacité de travail arrêtés, au motif qu'ils sont en contradiction avec les heures effectivement travaillées. Quant à la dépression, il fait notamment valoir qu'elle a ses causes dans les problèmes familiaux constants qu'il a rencontrés de 1993 à 2002. Il explique ainsi que la comorbidité de la dépression, la base organique de l'incapacité de travail, et les explications de l'incapacité à occuper un emploi sinon à temps partiel n'ont pas été suffisamment instruites. Il en déduit que c'est dès lors sur l'activité qu'il a effectivement conservée qu'il convient de se fonder. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en oeuvre d'une expertise destinée à élucider la cause organique de ses lombalgies, ainsi qu'une expertise psychiatrique approfondie sur la comorbidité ou non de sa dépression.

Dans sa réponse du 2 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 15 avril 2011, le recourant reprend les griefs développés à l'appui de son recours. Il fait en outre valoir que les garanties du "fair process" ont été violées, laissant entendre que les experts ne seraient pas indépendants. A titre de mesure d'instruction, il requiert la production de ses fiches de salaire pour 2010.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail. Le recourant fait valoir que l'expertise du CEM est incomplète et ne permettait pas à l'OAI de statuer sans autres mesures d'instruction, et que sa capacité de travail est en tous les cas inférieure à 50%. L'intimé relève quant à lui que les conclusions des experts doivent être suivies et que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée.

Quant au calcul du taux d'invalidité, le recourant fait valoir que le revenu sans invalidité aurait dû s'élever à 79'197 fr. 75, alors que l'intimé maintient que le revenu sans invalidité arrêté à 66'600 fr. est conforme aux montants communiqués par le recourant lui-même, A. _____ le 31 octobre 2001, et le relevé du compte individuel.

3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 al. 1 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. L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si

cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de gain de longue durée, l'activité exigible de sa part peut également relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration et, en cas de recours, le juge, ne sont pas liés par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, ils ne peuvent pas statuer sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. a) En ce qui concerne l'état de santé physique du recourant, le Dr S._____ a constaté un status neurologique normal (cf. rapport médical établi à la suite de l'examen du 17 juin 1997). S'il est exact que les Drs P._____ (cf. rapport médical du 20 juin 1997), E._____ et C._____ (cf. rapport médical du 20 avril 1998) ont fait état de douleurs des membres inférieurs d'étiologie indéterminée, ils ont pourtant relevé que les investigations effectuées étaient plutôt rassurantes et avaient permis d'exclure tout problème organique grave. Ces praticiens ne se sont au demeurant pas prononcé sur la capacité de travail. En outre, pour le Dr K._____, les diagnostics retenus (cf. rapport médical du 16 octobre

2001) étaient d'ordre psychiatrique (trouble somatoforme douloureux et état dépressif), ce médecin n'ayant pas retenu de diagnostics somatiques avec répercussion sur la capacité de travail. Le Dr T. _____ a lui aussi uniquement retenu un trouble somatoforme douloureux, sans autre diagnostic somatique. Dans le cadre de l'examen rhumatologique auprès du CEM, la Dresse F. _____ a notamment examiné le status ostéo-articulaire du recourant. Les diagnostics posés au plan rhumatologique sont ceux de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs débutants et de raccourcissement des muscles ischio-jambiers des deux côtés. Les experts constatent que l'évolution rhumatologique actuelle met en évidence des plaintes inchangées (lombalgies basses et douleurs diffuses des membres inférieurs, associées à des cervicalgies occasionnelles), avec un status ostéo-articulaire et des images radiologiques superposables à ceux de 2006. Compte tenu d'un début de troubles dégénératifs lombaires associés à un trouble statique lombaire, les experts ont retenu une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de chauffeur poids lourds, mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée (pas de port itératif de charges supérieures à 20 à 25 kilos, pas de mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc). Finalement, s'il est exact que les experts du CEM ont noté qu'il n'y avait pas de substrat organique relevable (sic), rejoignant ainsi les autres médecins, il convient de constater que l'expertise des médecins du CEM doit se voir reconnaître une pleine valeur probante: celle-ci repose en effet sur une connaissance approfondie du dossier du recourant, sur des examens complets de ce dernier, dont les plaintes ont au demeurant été prises en compte, et est exempte de contradictions. L'absence de substrat organique, que le recourant paraît remettre en cause, ne justifie pas que l'on s'écarte de l'appréciation des experts, laquelle n'est au demeurant contredite par aucun document médical. En particulier, aucun médecin n'a posé le diagnostic de syndrome des loges, seul le conseil du recourant en faisant état comme d'un possible diagnostic à investiguer dans ses écritures. Il convient ainsi de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis février 2001.

b) Au plan psychiatrique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé pour la première fois par le Prof. Z. _____ à l'appui de son rapport médical du 10 février 1998. Il a ensuite été à nouveau posé par le Dr K. _____, médecin traitant, le 16 octobre 2001. Une première expertise psychiatrique avait retenu un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique avec une capacité de travail de 100%. L'expert T. _____ a lui aussi posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, retenant une capacité de travail de 100% depuis février 2001 dans une activité adaptée. A l'occasion de l'expertise pluridisciplinaire mise en oeuvre auprès du CEM, la Dresse D. _____ a retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) versus majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Cette spécialiste a relevé que le recourant ne présentait pas de trouble psychique majeur. Elle a en outre observé que le contexte familial du recourant avait probablement conduit ce dernier à développer une symptomatologie anxieuse et dépressive. En cela, l'appréciation de l'experte va dans le sens des explications données par le recourant, selon lesquelles sa dépression aurait ses causes dans sa situation familiale. Cela étant, réinterpellée par l'OAI, l'experte psychiatre a bien indiqué que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était sans répercussion sur la capacité de travail. L'appréciation de la Dresse D. _____ repose sur un entretien avec le recourant et l'examen des pièces médicales figurant à son dossier. Cette spécialiste a posé une anamnèse psychiatrique détaillée, en relevant également les plaintes exprimées par l'intéressé. Dans ces conditions, il convient de reconnaître valeur probante au rapport de cette spécialiste, et de constater que le recourant présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'appréciation de la Dresse D. _____ n'est contredite que par celle du Dr K. _____, qui retenait une capacité de travail de 50% dans son rapport médical du 16 octobre 2001, puis de 20% le 16 décembre 2008. Or l'incapacité de travail n'est que peu motivée. En outre, le Dr K. _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et suit l'assuré depuis avril 1998, la relation thérapeutique et le rapport le liant au recourant justifiant que ses rapports médicaux soient appréciés avec réserve. Ceci est d'autant plus vrai qu'il convient de

relever, ainsi que l'a du reste constaté le Dr N._____ dans son avis médical du 19 mai 2009, que les gains réalisés par le recourant démontrent qu'il dispose d'une capacité de travail largement supérieure à celle indiquée par son médecin traitant. On retiendra ainsi une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans qu'il n'y ait lieu de mettre en oeuvre les mesures d'instruction complémentaires sollicitées par le recourant.

5. a) Il ressort de ce qui précède que les documents médicaux au dossier sont suffisants pour statuer et constater une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Du reste, c'est à juste titre que l'intimé a mis en oeuvre une expertise pluridisciplinaire en l'espèce, qui a permis d'obtenir une description de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant. Il convient ainsi de rejeter la requête d'expertise visant à "élucider la cause organique des lombalgies" du recourant, et celle d'expertise psychiatrique "approfondie sur la comorbidité ou non de la dépression" qu'il allègue présenter (cf. appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

b) En ce qui concerne le grief de violation des garanties du "fair process" au motif que les experts du CEM ne seraient pas complètement indépendants, on rappelle la jurisprudence fédérale citée au consid. 3 c., qui a posé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 201 consid. 1.3.3, 2.3 et 3.4.2.7; cf. ATF 136 V 376). Le grief tiré de la violation de l'art. 6 CEDH est donc infondé.

6. Cela étant constaté, il convient encore de déterminer le degré d'invalidité présenté par le recourant.

a) Le recourant critique le montant du revenu sans invalidité retenu par l'OAI et allègue qu'il ne peut travailler qu'à un taux inférieur à 50%, en se fondant sur les décomptes de salaire de Q._____. Or, ainsi qu'on l'a vu, le recourant présente bien une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès février 2001. Il s'agit d'une question d'ordre médical, qui doit être tranchée par un médecin. Le recourant ne peut dès lors se fonder sur ses fiches de salaire pour soutenir qu'il n'est pas en mesure de travailler à un taux supérieur.

Il apparaît en outre, d'après les renseignements obtenus auprès d'A._____ SA, que le recourant aurait touché un salaire de 4'750 fr. par mois dès le 1^{er} mai 2001. Le recourant lui-même a indiqué ce montant à l'appui de sa demande de prestations. S'il est exact que son revenu s'est néanmoins monté à 73'470 fr. 15 en 1999 et à 79'197 fr. 75 en 2000, il n'en demeure pas moins que l'entier de ces montants n'a pas été déclaré à l'AVS, dès lors que l'extrait du compte individuel fait état de revenus de 60'107 fr. en 1999 et de 62'710 fr. en 2000. Il apparaît que l'OAI, dans la décision entreprise, a arrêté le revenu sans invalidité à 66'600 fr., savoir un salaire mensuel de 4'800 fr. servi 13 fois (62'400 fr.) et une indemnité de travail de nuit de 4'200 fr. (350 fr. x 12) en 2002 (année d'ouverture du droit, éventuel, à la rente). Ce revenu n'est pas critiquable et doit être confirmé. Certes, le recourant soutient que c'est son revenu effectif de 79'197 fr. 75 qui devrait être pris en compte. Or il convient de relever, avec l'office intimé, que conformément à l'art. 25 al. 1 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10). En outre, il n'y a pas lieu de tenir compte des frais accessoires dans la mesure où il inclut des frais accessoires du salaire supportés par l'employeur lesquels ne sont pas compris dans le revenu (RCC 1986 p. 434 consid. 3b).

b) Le recourant soutient que c'est son revenu effectivement réalisé auprès de Q._____ qu'il y a lieu de prendre en compte comme

revenu avec invalidité. Il apparaît effectivement que le recourant exerce une activité auprès de cet employeur. Cela étant, en considération du principe selon lequel il appartient au premier chef à l'assuré d'atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), le revenu d'invalidité ne peut pas être basé sur ce revenu. Il ne se justifie dès lors pas de requérir production de ses fiches de salaire pour l'année 2010. Faute d'un revenu exigible effectivement réalisé, il convient de se référer, conformément à la jurisprudence (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références), aux données de l'ESS. Selon les indications fournies par cette publication, un homme pouvait en 2002 prétendre, en exerçant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 4), à raison de 41,7 heures hebdomadaires, un revenu annuel de 57'008 fr. 07 (ESS 2002 TA niveau de qualification 4 et la Vie Economique, 8-2004, p. 94, tableau B 9.2). Afin de tenir compte des limitations fonctionnelles (cf. ATF 126 V 75 ss), l'intimé a procédé à un abattement de 5% et a arrêté le revenu d'invalidité à 54'157 fr. 67.

c) En comparant ce montant de 54'157 fr. 67 au revenu sans invalidité de 66'600 fr., on obtient une perte de gain correspondant à un degré d'invalidité de 18.68%, lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Il en irait au demeurant de même avec un revenu sans invalidité de 79'197 fr. 75.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le recourant ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD) et supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI; 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 27 octobre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice sont fixés à 500 fr. (cinq cent francs) et 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 Jean-Pierre Moser (pour H. _____),
- 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 :