Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause {T 7}
I 827/05

Arrêt du 18 octobre 2006
IIe Chambre

Composition
Mme et MM. les Juges Leuzinger, Présidente, Borella et Kernen. Greffier : M. Métral

Parties
A._____, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat, FSIH, place du Grand-Saint-Jean 1, 1003 Lausanne,

contre

Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, avenue Général-Guisan 8, 1800 Vevey, intimé

Instance précédente
Tribunal des assurances du canton de Vaud, Lausanne

(Jugement du 20 juin 2005)

Faits:
A.
A._____, né en 1953, travaillait en qualité de manoeuvre pour la société X._____ SA. En complément à cette activité, il effectuait des travaux de nettoyage dans un restaurant. Le 31 janvier 2001, il a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité, en alléguant une incapacité de travail totale depuis le 28 avril 2000, en raison d'atteintes à sa jambe gauche. Son médecin traitant, le docteur B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, posait le diagnostic d'ostéonécrose aseptique de la trochlée et du condyle fémoral externe gauche, et attestait une incapacité de travail totale (rapport des 8 mars, 12 mars et 4 juillet 2001); il précisait que l'exercice d'une activité manuelle en position assise était exigible, à raison de 4 à 6 heures par jour, avec un rendement de 50 à 75 % (rapport du 11 octobre 2001).

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) a convoqué l'assuré pour un examen pluridisciplinaire au Service médical régional Y._____ (ci-après : SMR). Cet examen a été pratiqué le 24 mars 2003 par les docteurs P._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et L._____, psychiatre, qui ont posé les diagnostics d'obésité abdominale et de gonalgies gauches chroniques persistantes (ostéonécrose aseptique très limitée du condyle fémoral externe du genou et chondromalacie fémorale et rotulienne). Ils ont attesté une capacité de travail entière dans une activité permettant d'alterner deux à trois fois par heure la position assise et la position debout, n'impliquant pas de génuflexions répétées ni de travail en position agenouillée ou accroupie et ne nécessitant aucun déplacement en terrain inégal, ou sur des escabeaux, des escaliers ou un échafaudage; l'activité exercée devait permettre de maintenir le membre inférieur gauche dans n'importe quelle position (possibilité d'adopter n'importe quelle position de flexion du genou) et ne devait pas imposer le maniement d'une pédale avec le pied gauche (rapport du 9 juillet 2003 des docteurs P._____ et L._____).

Se fondant notamment sur sept descriptions de postes de travail dans des entreprises de la région lausannoise et sur les renseignements obtenus auprès des anciens employeurs de l'assuré, l'Office AI a considéré que ce dernier présentait un taux d'invalidité de 33 % et a rejeté la demande de rente, par décision du 26 février 2004.

A._____ s'est opposé à cette décision. Par ailleurs, par lettre du 17 mars 2004 à l'Office AI, le docteur B._____ a manifesté son étonnement devant le rejet de la demande de rente. Il ajoutait que l'assuré était incapable de se déplacer sans cannes et devait s'arrêter toutes les quinze minutes lorsqu'il marchait avec des cannes. Le genou enflait le soir et l'assuré, qui prenait régulièrement du Ponstan, était réveillé toutes les nuits par ses gonalgies et commençait à souffrir du dos. Dans ces conditions, le docteur B._____ ne voyait pas comment l'assuré pouvait travailler et surtout dans quel type de travail; à cet égard, les descriptions de postes sur lesquelles l'Office AI s'était fondé ne correspondaient pas à des emplois adaptés. Par décision sur opposition du 2 décembre 2004, l'Office AI a maintenu le refus de prestation.
B.
L'assuré a déféré la cause au Tribunal des assurances du canton de Vaud. A l'appui de son recours, il a produit un rapport médical établi le 27 décembre 2004 par le docteur C._____, psychiatre, dans lequel ce médecin atteste suivre l'assuré depuis le mois d'avril 2004 en raison d'un syndrome dépressif réactionnel sévère, avec des attaques de panique au printemps 2004. Selon le docteur C._____, l'assuré devait «pouvoir bénéficier d'une aide de l'Office AI, dans la mesure où, du point de vue somatique [et]orthopédique, il [était]difficilement concevable (voir inconcevable) qu'il puisse retrouver ou reprendre une activité professionnelle telle que [proposée par l'Office AI]». L'assuré a également produit un rapport du 24 janvier 2005 de la doctoresse T._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. De l'avis de ce médecin, les docteurs P._____ et L._____ n'avaient pas assez pris en considération le fait que l'assuré ne se déplaçait qu'avec des cannes et cette limitation fonctionnelle rendait impossible l'exercice des activités correspondant aux descriptions de postes de travail sur lesquelles s'était fondé l'Office AI. Si le patient bénéficiait d'une rééducation avec succès et que la situation psychique se
stabilisait, la capacité de travail pouvait être améliorée. En l'absence d'atteinte sévère objectivable dans les différents examens qui avaient été réalisés au niveau du genou, il était probable qu'une activité adaptée (au pire avec le port de cannes) était exigible, du moins à un taux de 50 %.

Par jugement du 20 juin 2005, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours.
C.
A._____ interjette un recours de droit administratif contre ce jugement, dont il demande l'annulation. Il conclut au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle statue à nouveau après avoir mis en oeuvre une expertise judiciaire, sous suite de dépens. A l'appui de son recours, il produit un certificat d'incapacité de travail établi le 15 novembre 2005 par le docteur C._____ («Je, soussigné, certifie que A._____ présente une incapacité de travail à 100 % pour raisons médicales & psychiatriques.»)

L'intimé et l'Office fédéral des assurances sociales ont renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
1.1 Le litige porte sur des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 132 OJ, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2006, en relation avec les art. 104 et 105 OJ, le pouvoir d'examen du Tribunal fédéral des assurances, dans la procédure de recours concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, n'est pas limité à la violation du droit fédéral - y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation - mais s'étend également à l'opportunité de la décision attaquée. Le tribunal n'est pas lié par l'état de fait constaté par la juridiction inférieure et peut s'écarter des conclusions des parties à l'avantage ou au détriment de celles-ci.

La loi fédérale du 16 décembre 2005 portant modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 et entraîne des modifications des art. 132 et 134 OJ. Toutefois, conformément aux dispositions transitoires figurant au ch. II let. c de la loi fédérale du 16 décembre 2005, la présente procédure reste soumise aux dispositions de l'OJ telles qu'en vigueur jusqu'au 30 juin 2006, dès lors qu'elle était déjà pendante devant le Tribunal fédéral des assurances le 1er juillet 2006.

1.2 Le jugement entrepris expose les règles légales et la jurisprudence relatives à la notion d'invalidité, à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité et à la manière d'évaluer ce taux. Sur ces points, il convient d'y renvoyer, en précisant que selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, applicable pour déterminer le droit litigieux jusqu'à cette date (cf. ATF 130 V 446 sv. consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 4), les rentes étaient échelonnées en quart de rente (taux d'invalidité de 40 %), demi-rente (taux d'invalidité de 50 % au moins) et rente entière (taux d'invalidité de 66 1/3 % au moins).
2.
Le recourant reproche aux premiers juges de ne pas avoir mis en oeuvre une nouvelle expertise médicale. D'après lui, en effet, il existait une contradiction inconciliable entre l'appréciation des médecins du SMR, d'une part, et celle des docteurs B._____, C._____ et T._____, d'autre part, de sorte qu'une instruction complémentaire s'imposait; cela valait d'autant plus que les médecins du SMR se trouvaient dans un rapport de subordination avec l'assurance-invalidité et qu'ils étaient donc enclins à constater chez les assurés une capacité de travail entière.
3.
3.1 Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).
3.2 On ne saurait, certes, mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garantis (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères exposés précédemment (consid. 3.1; arrêt B. du 24 août 2006, I 938/05, consid. 3.2). En l'occurrence, il n'y a donc pas lieu d'écarter le rapport du SMR - ni de lui préférer les documents médicaux auxquels se réfère le recourant - pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les docteurs P._____ et L._____ et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ces médecins.
4.
4.1 Les médecins du SMR ont fait état de gonalgies gauches chroniques persistantes (ostéonécrose aseptique très limitée du condyle fémoral externe du genou et chondromalacie fémorale et rotulienne). Ils ont décrit une pleine capacité de travail, sous réserve de limitations fonctionnelles bien définies, et ont décrit ces limitations en se référant essentiellement à une activité exercée en position assise. Il va par conséquent de soi, à la lecture du rapport du SMR, que la capacité de travail résiduelle de l'assuré implique une activité exercée en principe en position assise. C'est dire que les critiques des docteurs B._____ et T._____, d'après lesquelles les médecins du SMR n'ont pas suffisamment pris en considération le fait que l'assuré ne se déplace qu'avec des cannes, tombent à faux. Par ailleurs, les docteurs B._____ et T._____ admettent l'un comme l'autre le caractère relativement modéré des atteintes à la santé physique de l'assuré et n'exposent pas en quoi celles-ci nécessitent l'usage de deux cannes pour se déplacer ou rendrait l'assuré inapte à exercer une activité en position assise, respectant les limitations fonctionnelles décrites par les docteurs P._____ et L._____. De ce point de vue, leurs
rapports ne sont pas suffisamment motivés et ne permettent pas de mettre sérieusement en doute les constatations des médecins du SMR. Au demeurant, plus que ces constatations, les docteurs B._____ et T._____ contestent en réalité le caractère raisonnablement exigible des activités correspondant aux descriptions de poste de travail sur lesquelles s'est fondé l'Office AI. Un complément d'expertise n'est donc pas nécessaire en vue de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité telle que décrite par les médecins du SMR, au regard des atteintes à la santé physiques dont il souffre.
4.2 Un tel complément d'instruction n'est pas davantage nécessaire pour se prononcer sur la capacité de travail

résiduelle de l'assuré eu égard à son état de santé psychique. Dans son rapport du 27 décembre 2004, le docteur C._____ fait état, il est vrai, d'un syndrome dépressif moyen à sévère, avec de forts épisodes d'anxiété (attaques de panique au printemps 2004), mais atteste une incapacité de travail en raison d'atteintes à la santé physique uniquement. Quant au certificat du 15 novembre 2005, non motivé, il ne précise pas dans quelle mesure ce sont les troubles psychiques qui, de l'avis du docteur C._____, entraînent une incapacité de travail, ni depuis quand. Non motivé et établi près d'une année après la décision administrative litigieuse, ce certificat ne permet pas de mettre en doute la pertinence des constatations des docteurs P._____ et L._____ relatives à l'absence d'atteinte à la santé psychique de l'assuré, de nature à entraîner une incapacité de travail dans une activité physiquement adaptée.

5.

Les premiers juges ont évalué l'invalidité du recourant en se référant, d'abord, aux descriptions de postes de travail figurant au dossier de l'Office AI. Ils ont ensuite vérifié si le résultat obtenu était plausible, en se référant aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires) et en procédant conformément aux exigences posées par la jurisprudence relative à l'utilisation de ces données (cf. ATF 126 V 75). Cette seconde méthode d'évaluation de l'invalidité de l'assuré a conduit la juridiction cantonale à retenir un taux d'invalidité de 37,7 %, supérieur à celui résultant de l'utilisation de descriptions de poste de travail (33,68 %), mais malgré tout inférieur au taux d'invalidité de 40 % ouvrant droit à une rente. Hormis la contestation de la valeur probante des constatations des docteurs P._____ et L._____, le recourant ne soulève, à juste titre, aucune critique sur la manière dont cette seconde évaluation de l'invalidité a été pratiquée. Compte tenu de son résultat, il n'est pas nécessaire d'examiner si les descriptions de postes de travail sur lesquelles l'Office AI s'est fondé correspondent effectivement à une activité adaptée, telle que décrite par les docteurs P._____ et L._____.

6.

Vu ce qui précède, le recours est mal fondé, de sorte que le recourant ne peut prétendre de dépens. Par ailleurs, la procédure porte sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, de sorte qu'elle est gratuite (art. 134 OJ, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2006; consid. 1.1 supra).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est rejeté.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 18 octobre 2006

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

La Présidente de la IIe Chambre: Le Greffier: