

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2009 / 577 vom 26. Juni 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-06-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2009\\_\\_577](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2009__577)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2009 / 577 du 26 juin 2009

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2009 / 577 del 26 giugno 2009

### **Regeste**

JONCTION DE CAUSES, ACCIDENT PROFESSIONNEL, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, APPRÉCIATION DES PREUVES, DÉLAI DE RECOURS, CONDITION DE RECEVABILITÉ, OBJET DU RECOURS, RECOURS MAL INTITULÉ | 5 al. 3 Cst., 9 Cst., 28 LAI, 4 LAI, 60 al. 1 LPGA, 61 let. b LPGA, 8 al. 1 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

février 2008. F. Par un mémoire déposé par son avocat, daté du 7 avril 2008 et intitulé "recours [...] contre la décision rendue le 19 février 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud", K.\_\_\_\_\_ a demandé au Tribunal des assurances d'annuler la décision entreprise (conclusion II), de le reconnaître invalide à 100 % (conclusion III), subsidiairement de le reconnaître invalide à un taux que justice dira (conclusion IV), plus subsidiairement de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants (conclusion V). Il fait valoir en substance qu'il souffre gravement du dos - fait constaté par des médecins -, qu'il ne peut plus accomplir d'activité physique, et qu'il n'a pas la compétence d'accomplir des activités non manuelles. Il en déduit que sa capacité de travail est nulle, ce qui lui donnerait droit à une rente entière d'invalidité à compter du mois de mars 2002. A titre de mesure d'instruction, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Ce recours a été enregistré par le Tribunal des assurances sous la référence AI 168/08. Le mémoire du 7 avril 2008 a été communiqué à l'OAI, qui a été invité à répondre au recours. Le 10 juin 2008, il en a proposé le rejet. Le recourant a déposé un mémoire complémentaire le 8 août 2008, sans modifier ses conclusions. G. Le 12 août 2008, le juge instructeur du Tribunal des assurances a joint les deux causes AA 34/08 et AI 168/08 pour le jugement, en constatant que les échanges d'écritures étaient clos. Il n'y a pas eu d'autres mesures d'instruction. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent en matière d'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]) et en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (cf. la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le Tribunal cantonal examine d'office et librement la recevabilité des recours qui lui sont soumis. a) Le Tribunal des assurances, dans le cadre de l'instruction (laquelle relevait de sa compétence jusqu'au 31 décembre 2008), a considéré que deux causes étaient pendantes devant lui. La première de ces causes, dans l'ordre chronologique - celle ouverte après le dépôt d'un mémoire de recours daté du 26 mars 2008 -, a été classée comme une contestation dans le domaine de l'assurance-accidents selon la LAA (affaire AA 34/08). Comme déjà relevé, la LPGA s'applique en principe aux contestations concernant des décisions d'un assureur accidents dans ce cadre (art. 1 al. 1 LAA). b) Le recourant a en effet fait valoir des prétentions à l'égard de la SUVA et cet assureur a rendu une décision sur opposition le 15 février 2008, susceptible de recours au tribunal cantonal des assurances selon les art. 56 ss LPGA. Le délai de recours est, en vertu du droit fédéral, de trente jours à partir de la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recourant déclare lui-même avoir reçu la décision en question le 19 février 2008, date qui constitue le point de départ du délai de recours. Dans le délai légal (qui était du reste suspendu à la période de Pâques - art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recourant - représenté par son avocat - a déposé un mémoire de recours qui, de manière évidente, n'était pas dirigé contre la décision sur opposition de la SUVA, mais contre une autre décision également attaquable devant le Tribunal des assurances à ce moment-là (décision de l'OAI du 19 février 2008). En revanche, dans le délai de recours, il a adressé au tribunal une lettre d'accompagnement et une procuration qui mentionnaient son intention de recourir contre la décision sur opposition de la SUVA du 15 février 2008. Ces deux actes, rédigés par un avocat, ne sont toutefois à l'évidence pas, en tant que tels, des actes de recours. En effet, en droit des assurances sociales, l'acte de recours doit être motivé (il doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués) et il doit énoncer des conclusions (art. 61 let. b, 1 re phrase LPGA, art. 8 al. 1 de l'ancienne loi sur le Tribunal des assurances, art. 79 et 99 LPA-VD). Une simple lettre et une procuration, faisant mention de l'existence d'un acte de recours (motivé) mais dépourvues elles-mêmes de toute motivation et de conclusions, ne remplacent pas l'acte de recours. Le Tribunal des assurances n'était donc pas tenu, lorsqu'il a reçu un recours motivé dirigé contre la décision de l'OAI, et deux écritures accessoires - la lettre d'accompagnement et la procuration - se référant à une décision de la SUVA, d'interpeller le recourant sur la base de l'art. 61 let. b, 2 e phrase LPGA, en lui impartissant un délai convenable pour combler les lacunes de l'acte de recours. Cette interpellation et l'octroi du délai supplémentaire s'impose quand un acte de recours incomplet est déposé, par exemple parce que l'assuré n'a pas été en mesure de consulter suffisamment tôt un avocat ou un représentant capable de soumettre au tribunal une argumentation juridique suffisante; les cas d'application de l'art. 61 let. b, 2 e phrase LPGA sont en revanche moins fréquents quand l'assuré était déjà assisté dans la phase précédente de la procédure car son mandataire pouvait savoir d'emblée qu'il lui incombait en principe de déposer un acte de recours conforme aux exigences formelles de l'art. 61 let. b, 1 re phrase LPGA (cf. à ce propos ATF 134 V 162). Le seul acte de recours qui a été déposé, dans la contestation relative à la décision de la SUVA, est le mémoire daté du 26 mars 2008 mais envoyé par la poste au Tribunal des assurances le 4 juin 2008, soit plusieurs semaines après l'échéance du délai de recours. Le recours contre la décision sur opposition du 15 février 2008 doit donc être déclaré irrecevable pour tardiveté, ou non respect de l'exigence de l'art. 60 al. 1 LPGA. c) Cette solution n'est pas contraire aux règles de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du

## **E. 18**

avril 1999, RS 101]). Certes, le juge instructeur du Tribunal des assurances a, dans un premier temps, pensé qu'une "erreur de plume" avait conduit le mandataire du recourant à intituler de manière erronée son premier acte de recours portant la date du 26 mars 2008; il l'a interpellé au sujet de cette "erreur de plume" en l'invitant non pas à refaire son mémoire, ni à en modifier la motivation ou les conclusions, mais simplement à préciser quelles étaient la partie intimée et la décision attaquée. Le juge instructeur n'a donc pas promis une restitution du délai de recours, ni donné au recourant l'assurance qu'il serait entré en matière sur son recours dans la contestation relevant de l'assurance-accidents (cause AA 34/08). La sanction de l'inobservation du délai de recours n'est pas non plus formaliste à l'excès. Comme la règle de l'art. 61 let. b, 2 e phrase LPGA concrétise en quelque sorte, dans le domaine des assurances sociales, le principe général (ou garantie constitutionnelle minimale, selon l'art. 29 al. 2 Cst.) de l'interdiction du formalisme excessif (cf. Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd., n. 52 ad art. 61), une solution qui ne viole pas cette règle de la loi fédérale n'est pas critiquable de ce point de vue. Il y a lieu enfin de relever que le recourant n'a pas présenté une demande formelle de restitution du délai de recours. Il ressort de ses explications (dans sa réplique du 8 août 2008) que c'est par inadvertance ou erreur que son avocat n'avait pas envoyé en temps utile au tribunal l'acte de recours qui a finalement été acheminé le 4 juin 2008, mais qu'il l'avait conservé dans son dossier. Il n'est donc pas prétendu que le mandataire aurait été empêché, sans faute de sa part, d'agir dans le délai fixé (cf. art.

## **E. 22**

al. 1 LPA-VD). On voit donc mal comment une restitution de délai aurait pu entrer en considération. En définitive, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le recours dirigé contre la décision sur opposition rendue le 15 février 2008 par la SUVA (cause AA 34/08). 3. L'acte de recours déposé le 26 mars 2008 et classé dans le dossier AA 34/08 doit dès lors être considéré exclusivement comme un acte dirigé contre la décision du 19 février 2008 de l'OAI. Il doit donc être mis dans le dossier de l'affaire jointe AI 168/08. Il appert que les deux actes de recours, sans être identiques, présentent une argumentation analogue; les requêtes de mesures d'instruction sont pour l'essentiel semblables. Il faut donc traiter ces deux actes comme un seul recours, sous la forme d'un mémoire principal (du 26 mars 2008) et d'un mémoire complémentaire (du 7 avril 2008). Ces deux actes ont été déposés en temps utile et ils respectent manifestement l'un et l'autre les exigences légales de recevabilité. Il y a donc lieu d'entrer en matière dans la cause AI 168/08. 4. Le recourant reproche, en substance, à l'OAI de n'avoir pas retenu une atteinte invalidante à sa santé, alors que l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur son cas ont confirmé l'existence de douleurs. a) 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1 re phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle 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. b) Le droit de l'assurance-invalidité a connu une réforme spécifique, en ce sens que l'échelonnement des rentes a été modifié avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (4<sup>e</sup> révision de la LAI, loi fédérale du 21 mars 2003, RO 2003 3837). Cela étant, comme on le verra ci-après, la modification de l'art. 28 al. 1 LAI n'a pas modifié les conditions d'octroi du quart de rente, qui présuppose une invalidité à 40 % au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'art. 28 al. 1 LAI disposait que 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. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (entrée en vigueur de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI), l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement. c) 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. Si 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 consid. 3a et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional de l'AI (SMR) au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (cf. TF 9C\_76/2008 du 30 septembre 2008 consid. 3.6.1). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). d) Les diagnostics sur lesquels l'OAI s'est fondé, ainsi que leur influence sur la capacité de travail, ne sont pas remis en cause de manière concluante par le recourant. L'existence de douleurs - élément qui n'est en tant que

tel pas nié - n'est pas en contradiction avec les résultats de l'appréciation de l'OAI. Cette question a, précisément, été examinée par un expert psychiatre, et il a été tenu compte des critères de la jurisprudence, qui retient que sauf circonstances particulières, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 132 V 65, TF 9C\_111/2008 du 27 janvier 2009). L'OAI était fondé à nier l'existence d'un trouble ayant une répercussion sur la capacité de travail. En définitive, le dossier est suffisamment précis et complet, avec les expertises F.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, avec les avis du SMR - et sans parler des expertises précédentes fournies par la SUVA (H.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ - cette dernière expertise n'ayant du reste pas été critiquée s'agissant des constatations déterminantes pour l'évaluation de l'invalidité) - pour que le tribunal puisse sans autre renoncer à ordonner une nouvelle expertise médicale (appréciation anticipée des preuves encore requises). Les griefs du recourant se révèlent donc entièrement infondés. Il s'ensuit que le recours dirigé contre la décision de l'OAI doit être rejeté, cette décision devant être confirmée. 5. Il y a lieu de percevoir des frais dans la cause AI 168/08 et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, l'émolument judiciaire est fixé à 400 fr. La décision d'irrecevabilité dans la procédure AA 34/08 est rendue sans frais. Vu le sort des recours, le recourant n'a pas droit à des dépens. Quant aux assureurs (SUVA et OAI), ils ne peuvent pas prétendre à des dépens dans une telle procédure de recours (art. 61 let. g LPGa a contrario).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.