

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Dind et Bidiville, assesseur
Greffier : M. Addor

Dans la cause :

K._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Denis Bridel, à Lausanne,

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-

et dans la cause :

K._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Denis Bridel, à Lausanne,

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD (ci-

Art. 8 al. 1, 60 al. 1, 61 let. b LPGA; 4, 28 LAI

E n f a i t :

A. K._____, né en 1967, a subi le 4 mars 2002 un accident alors qu'il travaillait comme ramoneur sur le toit d'un immeuble de [...]. Il était assuré auprès de la SUVA, selon la LAA, en tant que salarié du maître-ramoneur Q._____, à [...]. Une première déclaration d'accident LAA a été adressée à la SUVA le 30 septembre 2002, et une seconde le 3 décembre 2002; l'une et l'autre mentionnaient des douleurs au dos, en indiquant en outre que le travail n'avait pas été interrompu jusqu'alors, à la suite de l'accident. Le médecin traitant (Dr P._____, médecine interne, maladies du cœur et de la circulation, à [...]) a attesté d'une incapacité de travail à 100 % dès le 27 décembre 2002. Il n'a plus repris le travail.

La SUVA a dans un premier temps refusé toute prestation. Puis, sur la base d'un rapport d'expertise qu'elle avait requis du Dr H._____ (FMH médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, à [...]), elle a reconnu le 27 août 2004 le droit de l'assuré aux prestations légales, à cause de l'accident du 4 mars 2002. L'expertise médicale du 8 septembre 2003 admettait un lien de causalité possible (p. 10) entre l'accident et les troubles présentés par l'assuré (lombopygialgies sans caractère irritatif neurogène; sur le plan structurel : discopathie dégénérative débutante L5-S1 mais sans conflit discoradiculaire) tout en relevant l'interférence d'une problématique psycho-comportementale et sociale rendant une réinsertion professionnelle plus difficile.

B. La SUVA a rendu une nouvelle décision le 21 mars 2005, mettant fin à ses prestations au 31 mars 2005 au motif que les troubles du dos ne seraient plus, après cette date, en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. L'assurance s'est référée à une nouvelle expertise médicale, établie à sa demande par le Dr X._____, spécialiste en chirurgie et orthopédie, à [...] (rapport du 26 février 2005).

K._____ a formé opposition. La SUVA a confirmé son refus de prestations dans une décision sur opposition prise le 22 juin 2005. K._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances.

Par un jugement rendu le 18 mai 2006 (référence : cause AA 77/05, jugement n° 74/2006), ce tribunal a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé le dossier à la SUVA afin qu'elle procède conformément aux considérants. En substance, il a été reproché à la SUVA de s'être fondée sur l'expertise X._____ plutôt que sur l'expertise H._____, et d'avoir reconsidéré sa première décision alors que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas réunies. Le jugement précise ce qui suit (consid. 5) : "La CNA pourra procéder à de nouvelles mesures d'instruction pour déterminer le retour au statu quo sine, mais elle ne saurait, en l'état, nier par principe toute responsabilité".

C. Parallèlement à ses démarches auprès de la SUVA, K._____ a demandé le 17 mars 2004 des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles ou rente).

L'Office AI a instruit cette demande en obtenant, notamment, communication du dossier de la SUVA.

Sur proposition du Dr Z._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), deux rapports d'expertise ont été versés au dossier de l'OAI. Le premier, établi le 3 novembre 2005 par le Dr F._____, chirurgien orthopédique, à [...], contient en conclusion les passages suivants :

"Ils se sont écoulés plus de trois ans et demi depuis la chute sur les fesses survenue au mois de mars 2002 qui a déclenché une symptomatologie douloureuse. Les douleurs sont rebelles à tout traitement conservateur. Depuis la fin de l'année 2002, M. K._____ est à l'incapacité totale de travail car il s'estime totalement invalide. Je constate qu'il existe une totale discrédance entre les plaintes émises et l'examen clinique. Sur la base de l'examen clinique et des radiographies, il est difficile d'admettre que l'intensité des douleurs, telle que décrite par l'assuré, soit en rapport avec la colonne lombaire. En effet l'état de cette colonne peut être jugé comme

étant très bon, voire excellent. [...] L'aggravation subite et sans raison définie de la symptomatologie douloureuse à la fin de l'année 2002 rend légitime la question de la relation de causalité entre la chute survenue le 04.03.2002 et la persistance des douleurs invalidantes. Dans un premier temps, l'apparition de lombalgies de faible intensité, sans symptomatologie radiculaire déficitaire, est admise comme étant la conséquence de la chute. En effet, des lombalgies qui autorisent un travail pénible, tel que celui de ramoneur et/ou de pompier, durant les neuf mois qui suivent l'accident, ne peuvent pas être considérées comme des douleurs invalidantes. De même, l'aggravation spontanée desdites douleurs après un tel délai, ne peut être mise en relation de causalité avec l'événement incriminé. [...] Sur la base de mon examen clinique, de l'anamnèse et des documents mis à ma disposition, j'estime que les plaintes douloureuses actuelles ne sont pas une conséquence de l'événement du 04.03.2002. L'incapacité totale de travail actuelle évoquée par le patient n'est pas crédible. Une incapacité maximum de 25 % peut être admise dans la profession de ramoneur. Dans toute autre activité légère, ou adaptée, une capacité de travail de 100 % me paraît exigible. Ni le résultat de l'examen clinique, ni les examens radiologiques ne peuvent expliquer les plaintes douloureuses émises par l'assuré ni l'incapacité totale de travail dont il fait état. [...]

Influences sur la capacité de travail, limitations au plan physique : Les limitations sont minimales et difficilement explicables, même à 25 %, en présence de troubles dégénératifs faibles à modérés.
Limitations au plan psychique et mental : Cette sphère serait éventuellement à examiner compte tenu de la suspicion de troubles douloureux somatoformes. [...]"

Le second rapport d'expertise, établi le 10 avril 2006 par le Dr V._____, psychiatre, à [...], pose les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble somatoforme (F45, selon la CIM-10) et de lombalgies chroniques sur discrets troubles dégénératifs et statiques de la colonne lombaire. L'expert a précisé qu'il n'avait détecté aucune comorbidité psychiatrique qui accompagnerait le trouble somatoforme, et qu'il ne pouvait pas dire qu'il existait une diminution du rendement chez l'expertisé.

Dans un rapport d'examen du 5 mai 2006, le Dr Z._____ du SMR - se référant aux deux expertises précitées - a conclu à une capacité de travail de 75 % au moins dans l'activité exercée, et à une exigibilité totale dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 24 octobre 2006, le Dr W._____, du SMR, a précisé ce qui suit :

"L'estimation de la capacité de travail de 75 % au moins dans l'activité de ramoneur tient compte des plaintes douloureuses exagérées de l'assuré dans le contexte d'un TSD [trouble somatoforme douloureux, réd.]. Nous ne pouvons suivre cette restriction de la CT, puisque les minimes troubles de la statique et dégénératifs n'ont pas entraîné de conséquence auparavant et ne contre-indiquent pas par eux-mêmes l'exercice d'une profession relativement lourde. Le fait d'admettre une CT de 75 % au moins en tant que ramoneur implique que les limitations fonctionnelles sont respectées dans cette profession, ce qui est logique vu la bénignité objective des troubles constatés. La capacité de travail de cet assuré est de 100 % dans son activité de ramoneur, une diminution de la CT ne pouvant s'entendre que comme mesure prophylactique (mais il n'y a pas d'invalidité imminente, loin de là) ou comme prise en considération de la composante douloureuse, ce qui ne peut être admis dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, sans épine somatique importante."

L'OAI a adressé le 13 novembre 2006 à K._____ un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus de prestations AI (mesures professionnelles ou rente), au motif que sur la base de l'ensemble des renseignements médicaux disponibles, il ne présentait aucune atteinte invalidante au sens de la LAI; sa capacité de travail était qualifiée de complète dans l'activité habituelle de ramoneur.

K._____ ayant manifesté son désaccord à propos de ce préavis, l'OAI a réexaminé la situation, et différé sa décision finale dans l'attente du dépôt d'un rapport d'expertise médicale requis par la SUVA dans le cadre des démarches que cette assurance avait entreprises à la suite du jugement du Tribunal des assurances du 18 mai 2006 (cf. supra, let. B). Cette expertise avait été confiée au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à [...], et l'OAI avait eu la possibilité de soumettre des questions à cet expert. Le rapport de l'expert S._____ a été déposé le 21 août 2007. Sa conclusion comporte les passages suivants ("Appréciation du cas et diagnostics", p. 9 ss) :

"Le but de l'expertise actuelle est donc de déterminer la part de l'accident dans les plaintes actuelles de M. K._____, de même que de répondre aux questions annexes concernant la capacité de travail actuelle de M. K._____. [...] En préambule à ma discussion et à mon argumentation, j'aimerais d'abord relever les faits suivants: M. K._____ a subi en date du 04.03.02 un traumatisme en deux

temps à basse énergie, consistant une première fois en une chute de sa hauteur sur les fesses, puis un saut partiellement volontaire d'une hauteur de 2 m, se recevant sur les jambes et sur les mains. Il s'est spontanément relevé, a continué son activité professionnelle dans les jours, les semaines et les mois qui ont suivi, alors qu'il présentait des douleurs lombaires d'intensité croissante. L'analyse du mécanisme vulnérant démontre un traumatisme à relativement basse énergie. [...]

On se retrouve avec un élément vulnérant mineur, l'apparition de lombalgies qui vont perdurer et se chronifier, l'absence de mise en évidence jusqu'en date de l'expertise d'une lésion autre qu'une banale discopathie L5-S1 isolée, dont il ne semble [...] pas certain qu'elle soit la seule cause des douleurs selon la dernière discographie de juillet 2007 [...] Sur la base des éléments précités, je dirai que l'événement du 04.03.02 a consisté en une contusion du rachis dorso-lombaire, avec un statu quo sine que j'estimerai aux environs de quatre à six mois maximum, date au-delà de laquelle la symptomatologie douloureuse perdurant est en rapport de causalité probable à hautement probable avec la discopathie mineure L5-S1 dans un premier temps, puis secondairement avec l'installation d'un trouble somatoforme [...].

Questionnaire complémentaire de l'OAI:

- Quelles sont précisément les limitations fonctionnelles? Sur le plan orthopédique, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.
- L'état de santé de l'assuré s'est-il objectivement aggravé depuis l'expertise effectuée par le Dr F. _____ pour l'AI en novembre 2005 [...] Sur la base des éléments objectifs, il n'y a aucune aggravation depuis l'expertise du Dr F. _____.
- Y a-t-il des facteurs étrangers à l'invalidité (psycho-sociaux, économiques etc.) à la base de l'arrêt de travail de l'assuré? Si oui, lesquels et dans quelle mesure influencent-ils sa capacité de travail? Concernant les facteurs étrangers à l'invalidité, en particulier médico-économiques, il n'appartient pas au médecin chirurgien orthopédiste de répondre à cette question. Concernant la répercussion sur la capacité de travail du diagnostic psychiatrique, le Dr V. _____ a admis une capacité de travail complète dans son activité de ramoneur."

Après le dépôt de l'expertise S. _____, le SMR (Dr Z. _____) a rendu un nouvel avis médical, le 19 décembre 2007, qui retient que les diagnostics sont "en tous points conformes avec ce que nous savions déjà".

Le 19 février 2008, l'OAI a rendu une décision formelle refusant à K. _____ le droit à des prestations de l'AI, en reprenant l'argumentation de son préavis du 13 novembre 2006.

D. Dans la contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents et après le jugement du Tribunal des assurances du 18 mai 2006 (cf. supra, let. B), la SUVA a rendu le 15 février 2008 une décision sur opposition confirmant une première décision du 7 janvier 2008 par laquelle il avait été mis un terme au paiement des prestations d'assurance au 31 mars 2005, au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint à cette date.

Cette décision sur opposition a été envoyée à l'avocat de K._____ avec l'indication des voies de recours (recours au tribunal cantonal des assurances compétent dans les 30 jours à compter de la date de la notification). Cet avocat était déjà le représentant de l'assuré dans la procédure qui a abouti au jugement du Tribunal des assurances du 18 mai 2006.

E. Par un mémoire déposé par son avocat, daté du 26 mars 2008 (mis à la poste le jour même) 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) et de le reconnaître invalide à un taux que justice dira (conclusion III).

Il est notamment précisé, dans la motivation, que la décision entreprise est datée du 19 février 2008 (p. 2); que la "demande de prise en charge auprès de l'intimée" date du 17 mars 2004 (p. 4), l'OAI étant du reste régulièrement présenté comme l'intimée dans ce texte; que "les constatations de l'intimée qui considère que le recourant ne présente aucune atteinte à sa santé contrevien[draient] à l'entier du dossier" (p. 8). Les griefs sont résumés ainsi (p. 9) : "A l'évidence, le recourant souffre et sa capacité de travail est grandement diminuée, de sorte qu'il est manifestement invalide au sens de la loi sur l'assurance-invalidité".

A titre de mesure d'instruction, le recourant demande la mise en œuvre d'une expertise judiciaire "qui aura pour mission expresse de déterminer le taux d'invalidité".

La lettre d'accompagnement du 26 mars 2008, signée par l'avocat du recourant, était ainsi libellée :

"Concerne: K. _____ c. SUVA

Madame, Monsieur le Juge,

Agissant au nom de M. K. _____, j'ai l'honneur de produire en annexe à la présente, en deux exemplaires, un recours dirigé contre la décision sur opposition de la SUVA du 15 février 2008, dont copie est jointe en annexe avec l'enveloppe l'ayant contenue.

Je vous communique également, à toutes fins utiles, la copie du jugement rendu par votre Tribunal, auquel il est fait référence dans le présent pourvoi.

Enfin, je vous remercie de bien vouloir verser une copie du présent recours dans le dossier pendant devant votre autorité divisant M. K. _____ d'avec la société C. _____ ([...]).

[Salutations]."

Une procuration de K. _____ en faveur de son avocat ("mandat [...] pour recourir contre la décision sur opposition de la SUVA du 15 février 2008") était en outre produite.

Ce recours a été enregistré par le Tribunal des assurances sous la référence AA 34/08. Le 1^{er} avril 2008, le mémoire de recours a été communiqué à la SUVA, avec un délai de réponse au 29 avril 2008 (désignation de l'affaire, dans cette lettre : " K. _____ c. CNA"). A l'échéance de ce délai, la SUVA a accusé réception de la "copie du recours de M. K. _____ à l'encontre de l'office AI du canton de Vaud contre sa décision du 19 février 2008", et elle a demandé - en requérant une prolongation du délai de réponse - que le recours contre sa décision sur opposition du 15 février 2008 lui soit communiqué. Le 28 mai 2008, la SUVA a renouvelé ses deux requêtes.

Le 30 mai 2008, le juge instructeur du Tribunal des assurances a écrit la lettre suivante à l'avocat du recourant :

"Affaire: K. _____ c. CNA

Maître,

Je me réfère à l'acte introductif d'instance du 26 mars 2008, ainsi qu'aux correspondances échangées dans ce litige, en particulier à l'écriture de l'intimée du 28 mai écoulé, dont je vous adresse un exemplaire.

Je constate effectivement que le recours se réfère à une décision de l'Office cantonal de l'AI du 19 février 2008, et non à une décision de la CNA du 15 février de la même année, ce que j'avais tenu pour de simples erreurs de plume, sachant que l'objet du litige est, en l'état, le taux d'invalidité de l'assuré.

Je vous serai toutefois gré de clarifier les choses à cet égard, en me faisant parvenir (avec un exemplaire adressé simultanément à la CNA), un acte de recours désignant précisément l'assureur intimé, ainsi que la date et l'objet de la décision entreprise. Un délai au 6 juin 2008 m'obligerait. Le délai de réponse imparti à l'intimée est d'ores et déjà fixé d'office au 30 juin 2008.

[Salutations]."

L'avocat du recourant a envoyé au Tribunal des assurances un nouveau mémoire de recours, intitulé "recours [...] contre la décision sur opposition rendue le 15 février 2008 par SUVA", dans lequel il conclut à l'annulation de la décision entreprise, la SUVA étant tenue de poursuivre le service de ses prestations au-delà du 31 mars 2005 (conclusion II). Ce mémoire porte la date du 26 mars 2008. Dans le rappel des faits et dans l'argumentation juridique, il se réfère à la contestation relative aux prestations de la SUVA. Il précise d'emblée (p. 2) que la décision sur opposition de la SUVA a été reçue par lui le 19 février 2008, et que le délai de recours arrivait à échéance, compte tenu des fêtes pascales, le 4 avril 2008. La lettre d'accompagnement de l'avocat, datée du 4 juin 2008 et reçue par le Tribunal des assurances le 5 juin 2008, a la teneur suivante :

"Pour faire suite à votre lettre du 30 mai 2008 reçue ce jour, je vous prie de trouver avec ces lignes, un exemplaire de mon recours du 26 mars 2008 dirigé contre la décision sur opposition de la SUVA du 15 février 2008. Un deuxième exemplaire est adressé directement à la CNA, conformément à votre demande. [Salutations]."

La SUVA a déposé sa réponse le 30 juin 2008, en se déterminant au sujet de la recevabilité et du fond. Elle a notamment fait valoir que le recours avait été déposé tardivement.

K._____ a déposé une réplique le 8 août 2008, en maintenant les conclusions de son acte de recours dirigé contre la décision sur opposition du 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^{er} 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 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. 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 requérant 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^{er} janvier 2004 (4^e 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^{er} 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^{er} janvier 2008 (entrée en vigueur de la 5^e 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 confidents 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).

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

- I.** Le recours formé contre la décision sur opposition rendue le 15 février 2008 par la SUVA est irrecevable.
- II.** Le recours formé contre la décision rendue le 19 février 2008 par l'OAI est rejeté, et la décision attaquée est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant K._____.

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 Denis Bridel (pour K. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales
- Office fédéral de la santé publique

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 :