

## VD\_FINDINFO AI 355/10 - 269/2012 vom 20. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_355\\_10\\_-\\_269\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_355_10_-_269_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 355/10 - 269/2012 du 20 août 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 355/10 - 269/2012 del 20 agosto 2012

### Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DÉCISION DE RENVOI, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 4 LAI, 8 al. 1 LPGA

### Erwägungen

#### E. 20

août 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de M. JOMINI Juges : MM. Bonard et Bidiville, assesseurs Greffière: M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : P. \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Alain Ribordy, avocat à Fribourg, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 LPGA et 4 LAI En fait : A. P. \_\_\_\_\_, né en 1968, travaillait en qualité de manoeuvre pour le compte de l'entreprise J. \_\_\_\_\_. Le 12 janvier 1999, il a été heurté à la tête par une pièce de tôle manipulée par une grue et projeté au sol; il a été immédiatement hospitalisé à l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ où les médecins ont diagnostiqué une fracture spiroïde du tibia distal à droite, une fracture proximale du péroné droit et une fracture du rocher droit avec pneumoencéphale (avis de sortie du 2 février 1999). La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après: la CNA) a pris en charge le cas. Sur le plan orthopédique, l'évolution a été jugée favorable (rapport du Dr O. \_\_\_\_\_ du 4 septembre 2000). En revanche, depuis l'accident, l'assuré a commencé à se plaindre de céphalées, d'acouphènes et de vertiges. Le 10 mai 2000, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de ces troubles. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a demandé des renseignements au Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant, qui a fait état d'un status après fracture du rocher droit avec pneumoencéphale droit ainsi qu'un status après fracture spiroïde du tibia droit. Ce médecin a estimé que le travail de manoeuvre exercé jusqu'à l'accident n'était plus exigible mais que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. Il a en outre précisé qu'il avait de grandes difficultés à évaluer les plaintes de son patient qui maîtrisait mal le français et chez qui l'examen objectif révélait peu de chose (rapport du 4 avril 2001). Le Dr B. \_\_\_\_\_, psychiatre au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a examiné l'assuré le 14 juillet 2003. Il a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2), et considéré l'assuré apte à travailler à 100 % dans son activité habituelle (sans être exposé aux chutes et sans un travail dangereux avec des machines). Par décision du 22 avril 2004, l'Office AI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2000 au 31 mars 2001. Celui-ci s'est opposé à cette décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière au-delà de cette date. B. Parallèlement à la procédure AI, la CNA, après avoir alloué à l'assuré une indemnité pour

atteinte à l'intégrité d'un taux de 15 % (décision du 4 septembre 2000), a mis un terme au versement des indemnités journalières à partir du 4 décembre 2000 (décision du 23 novembre 2000, confirmée par décision sur opposition du 22 janvier 2002). Saisi par l'assuré, le Tribunal fédéral des assurances a, par arrêt du 24 août 2004 (U 226/03), admis le recours de droit administratif et renvoyé l'affaire à la CNA pour complément d'instruction. La CNA a alors confié une expertise médicale au Prof. G. \_\_\_\_\_, alors chef du Service de neurologie de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, qui, dans un rapport du 6 juillet 2005 (complété le

### **E. 25**

novembre suivant), a diagnostiqué des céphalées quotidiennes de tension, des céphalées médicamenteuses et une impression de vertige sans anomalie à l'examen clinique. Le médecin a fixé la capacité de travail à 80 % au regard du tableau des troubles organiques - à savoir des céphalées diffuses et des vertiges dans le cadre d'un MTBI (Mild traumatic brain injury) - et à 100 % au regard des troubles non organiques - à savoir les céphalées médicamenteuses et de tension - car un traitement adéquat était susceptible d'améliorer ceux-ci. C. Se fondant notamment sur l'expertise du Prof. G. \_\_\_\_\_, l'Office AI a rendu une décision (sur opposition) le 21 mars 2006, par laquelle il a - après en avoir averti l'assuré et lui avoir donné l'occasion de retirer son opposition -, procédé à une reformatio in peius de la décision initiale, en refusant toute prestation. L'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud, en produisant des rapports médicaux des Drs X. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ destinés initialement à la CNA. Il a également fait verser au dossier une expertise psychiatrique du Dr T. \_\_\_\_\_, psychiatre du Service médical de la CNA, selon lequel il présentait un traumatisme crânio-cérébral léger (MTBI), un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10) et un trouble somatiforme (F 45.9). Cet expert a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité professionnelle antérieure et réduite à un taux de 20 à

### **E. 30**

% dans une activité exercée dans un environnement peu bruyant, évitant les efforts physiques importants ainsi que les facteurs de stress (rapport du 31 août 2006). Par arrêt du 5 avril 2007 (AI 79/06 – 85/2007), le Tribunal des assurances du canton de Vaud a rejeté le recours. D. P. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours en matière de droit public contre ce jugement, en demandant une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2000. P. \_\_\_\_\_ a encore produit une décision de la CNA rendue le 7 janvier 2008, par laquelle il a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, fondée sur une incapacité de gain de 100%, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 35 %. Par arrêt du 17 avril 2008 (9C\_385/2007), le Tribunal fédéral a admis le recours en ce sens que l'arrêt du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 5 avril 2007 et la décision de l'Office AI du 21 mars 2006 étaient annulés, la cause étant renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision conformément aux considérants. Le Tribunal fédéral a en particulier considéré ceci (consid. 4.2): "La manière de procéder de la juridiction cantonale, qui a fait abstraction des effets des céphalées d'origine médicamenteuse et de tension sur la capacité de travail du recourant au motif que ces troubles étaient curables, n'est pas conforme au droit. Le docteur G. \_\_\_\_\_ a certes indiqué que les céphalées médicamenteuses et de tension étaient susceptibles d'être soignées par un sevrage médicamenteux et proposé un tel traitement dans un premier temps, avant un traitement de fond des céphalées diffuses dans un second temps. En l'état du dossier, il n'apparaît cependant pas clairement si un tel traitement a été entrepris ou non.

Dans un rapport du 4 mai 2006, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, auquel le recourant avait été adressé par la CNA pour examiner les propositions thérapeutiques, a confirmé la nécessité d'un sevrage médicamenteux, mais en milieu hospitalisé spécialisé, au service de neurologie de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_. On ignore cependant si une telle mesure a eu lieu et quelles en ont été les suites éventuelles. Quoi qu'il en soit, la juridiction cantonale ne pouvait pas, sans autres informations, retenir une capacité de travail de 50 % en faisant abstraction des effets des céphalées médicamenteuses et de tension sans tenir compte des exigences posées par l'art. 21 al. 4 LPGA. On rappellera qu'à teneur de cette disposition, ce n'est qu'après une sommation légale que les prestations d'assurance pourraient éventuellement être réduites ou refusées si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail [...]. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il examine si un traitement a ou non été entrepris dans le cadre des mesures médicales de l'assureur-accidents et procède, le cas échéant, conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Dans ce contexte, on ajoutera que les constatations de l'autorité cantonale de recours quant à l'absence de répercussion des acouphènes et de l'hypoacousie présentés par le recourant sur sa capacité de travail ne sont fondées sur aucune pièce médicale. Les premiers juges se réfèrent au rapport du docteur G. \_\_\_\_\_ (qui «nie expressément tout effet incapacitant à ces symptômes»), alors que le neurologue ne mentionne précisément pas la problématique des acouphènes (ni, partant, ses éventuels effets) dans son expertise du 6 juillet 2005. Dans cette mesure déjà, leurs constatations de faits apparaissent manifestement inexacts. Cela étant, le dossier ne contient pas d'évaluation médicale suffisante de la symptomatologie en cause [...]. Les conclusions du docteur T. \_\_\_\_\_ du 31 août 2006 en ce qui concerne la symptomatologie auriculaire et ses effets sur la capacité de travail ne sauraient être suivies, malgré ce que voudrait le recourant. Il appartiendra dès lors à l'intimé, dans le cadre du renvoi de la cause, d'éclaircir, si les troubles auriculaires présentés par le recourant influencent de manière négative sur sa capacité de travail. A cette occasion, compte tenu des interférences entre la problématique physique et psychique, il conviendra de procéder à une nouvelle évaluation globale – y compris des aspects psychiques – de l'état de santé du recourant." E. Reprenant l'instruction du dossier, l'Office AI a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, confiée au Centre F. \_\_\_\_\_ (COMAI, exploité par les EPI [établissements publics pour l'intégration]). L'objet de l'expertise est défini en préambule du rapport d'expertise du 25 juin 2009 comme il suit (p. 2): «il s'agit de déterminer si le traitement de sevrage médicamenteux posé par les neurologues le Dr K. \_\_\_\_\_ et le Prof. G. \_\_\_\_\_ a été suivi, [et] de déterminer si les acouphènes et l'hypoacousie présentées par l'assuré ont une répercussion sur sa capacité de travail. Enfin compte tenu des interférences entre la problématique physique et psychique, il convient de procéder à une nouvelle évaluation globale – y compris les aspects psychiques – de l'état de santé du recourant». Sous la rubrique «anamnèse systémique» (p. 9 du rapport d'expertise interdisciplinaire) figure le «traitement médicamenteux actuel» prescrit à l'assuré, à savoir: "Dafalgan® 1gr, 3 x 2 cp/jour; Sirdalud® 4 mg, 1 cp/jour; Plavix® 75 mg, 1 cp/jour; Fluoxetin® 20 mg, 1 cp/jour; Sortis® 40 mg, 1 cp/jour; Bilol® 5 mg, 1 cp/jour; Aspirine Cardio® 100 mg, 1cp/jour; Lisitrol® 10/12,5 mg, 1 cp/jour; Tramal® 50 mg en réserve." Dans son rapport du 9 mars 2009 annexé au rapport de synthèse, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a énuméré les médicaments prescrits à l'assuré, à savoir, le Dafalgan, le Plavis 75, l'Aspirine Cardio, le Lisitrol, le Sortis 40, le Sirdalud, la Fluoxetine administrée à la demande et le

Bilol – dont la prescription a été suspendue par le médecin traitant. Parmi ces médicaments, seuls le Plavis 75, le Sortis 40, le Bilol, l'Aspirine Cardio et le Lisitrol servent au traitement des maladies cardiovasculaires. Quant au Dafalgan, le Dr S. \_\_\_\_\_ a précisé que la posologie prescrite était d'un comprimé à prendre trois fois par jour. En pages 13 et 14 du rapport d'expertise interdisciplinaire précité, les diagnostics suivants sont mentionnés: "Avec répercussion sur la capacité de travail: - Déficit cochléo-vestibulaire périphérique droit avec surdité sévère. Déficit vestibulaire non compensé. Status post-fracture longitudinale du rocher droit le 12.01.1999. Sans répercussion sur la capacité de travail: - Céphalées chroniques de type tensionnel, liées à une médication excessive, épisode d'étiologie post-traumatique probable (accident de janvier 1999). - Status post-cardiomyopathie dilatée en juin 2008 avec actuellement fonction ventriculaire normale. - Maladie coronarienne limitée en juin 2008, traitée par un stent de l'interventriculaire antérieure proximale. - Suspicion de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) versus amplification des symptômes. - Déconditionnement physique." Dans la partie «appréciation du cas et pronostic», les experts ont exposé ceci: "En ce qui concerne les vertiges, les troubles de l'équilibre, la baisse d'audition et les acouphènes de l'oreille droite, l'expert en oto-neurologie retient un déficit cochléo-vestibulaire périphérique droit avec surdité sévère, forte hyporéflexie droite à l'examen calorique. Ce déficit vestibulaire est non compensé (nystagmus à composante verticale vers le cas dans le regard à gauche, absence de réponse à l'examen rotatoire pendulaire à droite). Aucun traitement n'est susceptible de restaurer la fonction cochléaire, une neurectomie vestibulaire, qui avait été précédemment évoquée, ne trouve pas ici son indication. Monsieur P. \_\_\_\_\_ entendant cependant bien de l'oreille gauche, un appareillage auditif ne semble pas nécessaire. Ces séquelles entraînent des troubles fonctionnels importants qui justifient que l'ancienne activité professionnelle de Monsieur P. \_\_\_\_\_ en qualité de manoeuvre de chantier ne soit plus exigible. En revanche, une activité adaptée peut-être exercée soumise à de nombreuses limitations qui sont évoquées ci-dessous. En ce qui concerne les céphalées, elles ont été évaluées de type tensionnel par l'expert en neurologie, probablement périodiquement péjorées par un surdosage médicamenteux. Elles n'ont en soi pas d'influence sur la capacité de travail. Les analyses de laboratoire montrent une bonne compliance à la Fluoxétine. L'évaluation psychiatrique n'a pas mis en évidence de troubles psychiques susceptibles d'interférer avec la capacité de travail, quelle que soit l'activité. L'expert a retenu, au terme de son évaluation, un possible diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), mais en consensus avec les autres experts, au vu de la réalité de la souffrance organique, c'est un processus d'amplification qui doit être retenu, en l'absence actuelle d'éléments en faveur d'un syndrome dépressif et la présence en revanche d'éléments socioéconomiques (status précaire lié au permis F, sollicitation financière importante de la part de son entourage). En conclusion, il s'avère que ce sont les séquelles oto-neurologiques (déficit cochléo vestibulaire périphérique droit avec surdité sévère, déficit vestibulaire non compensé) qui justifient une incapacité de travail dans l'ancienne profession de manoeuvre de chantier, une capacité de travail résiduelle étant possible dans une activité adaptée, une diminution du rendement étant liée aux troubles vertigineux." La capacité de travail a été fixée par les experts à 6 heures par jour dans une activité adaptée (pas de station debout, pas de mouvement répétitif de la tête ou du corps, pas d'activité qui nécessite un effort de fixation oculaire ou de conduite d'un véhicule, pas de marche sur terrain inégal, de montée ou de descente des escaliers, respectivement de pentes, pas de travail sur une échelle ou un échafaudage ou en hauteur, pas d'environnement bruyant),

avec une diminution de rendement de 30 %, justifiée par le fait que tout mouvement de la tête ou du corps entraîne l'apparition de sensations vertigineuses (cf. rapport d'expertise du 25 juin 2009, p. 18, pts. C3.1 à C3.3 ). S'agissant de la problématique des céphalées, des acouphènes, et des troubles psychiques, l'appréciation médicale précitée se fonde en particulier sur les évaluations cliniques des experts Dr D.\_\_\_\_\_, neurologue, Dr N.\_\_\_\_\_, otoneurologue, et Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatre, annexées audit rapport. Dans son rapport d'évaluation du 25 février 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ a exposé ceci: "L'examen neurologique de Monsieur P.\_\_\_\_\_ montre une diminution de l'audition à droite et frappe par une brève « sidération » apparente lors des changements brusques de position, ce point étant sans corollaire oculo-moteur. Il s'accompagne d'une discrète instabilité aux épreuves d'équilibre sans que là non plus une anomalie spécifique ne puisse être mise en évidence. Ces faits suggèrent une atteinte vestibulo-cochléaire post-traumatique [...]. L'examen oto-neurologique du Docteur N.\_\_\_\_\_ devrait apporter des éclaircissements sur l'aspect vestibulaire du problème. A mon sens, il ne fait pas de doute que le traumatisme crânien cérébral avec fracture du rocher en est l'origine. Le Dr N.\_\_\_\_\_ se prononcera vraisemblablement sur l'acouphène persistant, d'intensité variable dont se plaint votre assuré et qui entre dans le même cadre. Les céphalées dont se plaint Monsieur P.\_\_\_\_\_ depuis son traumatisme crânien sont plus difficiles à apprécier. Il ne fait aucun doute que le traumatisme crânio-cérébral dont il a été victime a engendré au début des maux de tête importants dont l'évolution dans le temps aurait dû être favorable même si elle ne permet pas toujours une résolution totale. A l'heure actuelle, compte tenu des plaintes du sujet et des données recueillies dans le dossier médical, on doit évoquer des céphalées de tension, peut-être à certaines périodes aggravées par un abus de médicaments analgésiques et anti-inflammatoires, tout en admettant qu'un traumatisme cranio-cérébral tel qu'il en a été victime peut engendrer des céphalées chroniques à très long terme. [...] Au plan neurologique, je retiendrai des céphalées chroniques difficiles à apprécier dans cette longue histoire mais certainement à leurs origines liées au traumatisme cranio-cérébral lui-même." Dans son rapport d'évaluation du 4 mars 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a exposé ceci: "1. Complément d'anamnèse du point de vue ORL [La] première plainte [de l'expertisé] est constituée de céphalées permanentes, essentiellement sous forme d'une hémicrânie droite irradiant du front jusqu'à la nuque et dans le dos. Il se plaint aussi de surdité totale à droite, avec acouphène. [...] 5. Déficit fonctionnel [...] En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité en cas d'acouphènes la table 13 permet de retenir un acouphène léger (il est permanent, unilatéral, modérément perturbant pour le patient sans influence négative dans la vie de tous les jours) [...]. En ce qui concerne les troubles de l'équilibre et les vertiges, selon la table 14, il s'agit d'une atteinte objectivable du système de l'équilibre moyenne avec des troubles subjectifs sévères. Dans ce cas l'atteinte à l'intégrité corporelle est de 25%. [...] 6. Appréciation de la capacité de travail dans son activité actuelle ainsi que dans une activité adaptée. Encore une fois ce patient présente un déficit vestibulaire non compensé et il m'apparaît invraisemblable qu'on le déclare apte à travailler à 100%. Pour son activité de manœuvre de chantier son incapacité de travail est totale. Elle reste totale dans toutes les professions qui demandent de se tenir debout, de faire des mouvements répétitifs de la tête ou du corps, qu'ils soient brusques ou non. Toutes activités qui demanderaient un effort de fixation oculaire ne peuvent être envisagées [...]. Il ne peut non plus travailler dans une ambiance bruyante, car il risque d'une part de ne pas comprendre les consignes que l'on pourrait lui donner, mais aussi d'autre part cela renforcerait encore plus ses acouphènes. " Sur le plan psychiatrique, le recourant a été examiné le 3 novembre 2008 par le Dr

V. \_\_\_\_\_, en présence d'un traducteur. Dans son rapport d'évaluation du 4 mars 2009, ce psychiatre a retenu un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), relevant la présence d'un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. Il a toutefois estimé que ce trouble n'était pas invalidant, ce qu'il a motivé en substance comme il suit: "Les douleurs peuvent être atténuées par les traitements pharmacologiques et depuis deux ans, il apprend mieux à vivre avec ses douleurs ce qui parle plutôt en défaveur d'un état de cristallisation psychique. Le même raisonnement vaut pour les vertiges, plainte qui ne peut pas être intégrée dans le cadre d'une somatisation. En revanche la tendance à « surinvestir » ces plaintes somatiques est plus caractéristique d'un trouble somatoforme. Ainsi, les démarches entreprises pour investiguer et traiter ses symptômes physiques sont la résultante d'une incapacité à élaborer des conflits intrapsychiques ou interpersonnels en lien avec des incertitudes (statut de réfugié politique en Suisse, problèmes asséurologiques). L'assuré décrit qu'il était toujours réservé mais depuis qu'il a été victime de son accident, on note qu'il conserve quand même quelques connaissances et qu'il a surtout pu refaire sa vie avec une femme dont il attend un enfant. Indépendamment de son état, l'assuré parvient donc à se projeter dans l'avenir. Nous ne pouvons pas parler d'un état de cristallisation. L'assuré ne présente pas d'autre trouble, notamment pas de trouble de l'humeur ni de trouble anxieux spécifique actuellement. On note qu'il y a donc une évolution clinique favorable et nous n'observons plus d'épisode dépressif." Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 juin 2009 a été soumis au SMR, qui l'a estimé convaincant et a dès lors proposé de suivre les conclusions des experts (avis médical du SMR du 29 juillet 2009). F. Par avis du 11 août 2009, l'Office AI a informé l'assuré que les conditions du droit à des mesures d'orientation professionnelle étaient remplies et qu'il allait être convoqué prochainement. L'assuré s'est opposé à la mise en œuvre de ces mesures, qu'il jugeait prématurées. Dans une lettre de son conseil du 15 septembre 2009, il a exposé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 juin 2009 contenait des lacunes qu'il convenait de combler, notamment sur les questions de l'intensité des acouphènes et des céphalées d'origine médicamenteuse et de tension, ainsi que de leurs conséquences sur sa capacité de travail résiduelle. Il critiquait en outre l'évaluation de l'expert psychiatre dans la mesure où celui-ci faisait état d'éléments non médicaux dans l'appréciation de son état psychique qui étaient, selon lui, erronés. Le SMR s'est déterminé sur les arguments de l'assuré comme il suit (cf. avis médical du 11 janvier 2010): "Vous nous demandez de nous prononcer sur les arguments de Me Ribordy qui conteste l'expertise [du Centre F. \_\_\_\_\_] qui a été effectuée à la demande du TFA et dont nous avons proposé d'en retenir les conclusions. Les points 1 à 2.3 mettent en cause les propos de l'expert-psychiatre, le Dr V. \_\_\_\_\_, concernant un processus d'amplification de l'assuré, en partie conscient, selon l'expert. Aucune symptomatologie d'une pathologie psychiatrique n'ayant été mise en évidence par l'expert, nous ne pouvons que nous référer à l'avis consensuel de l'ensemble des experts ayant participé à cette évaluation, qui finalement ont retenu ce diagnostic (pour exemple, expression de l'assuré n'évoquant pas une humeur déprimée selon le Dr D. \_\_\_\_\_, expert-neurologue). Les points 3 à 3.3 concernent l'existence de troubles de la mémoire et de la concentration. Les experts n'ont pas procédé à des tests neuropsychologiques, se basant essentiellement sur leur examen clinique (pas de troubles mnésiques ni de la concentration importants selon le Dr V. \_\_\_\_\_, par ailleurs pas de difficultés décrites lors du recueil de l'anamnèse par les autres experts). Le point 4 relate qu'« une activité lucrative sans aucun mouvement de la tête n'existe pas ». A relever que les LF [limitations fonctionnelles] ont été décrites exhaustivement et qu'il est entendu que l'on ne saurait exiger une activité nécessitant des

mouvements répétitifs de la tête et qu'une diminution de 30% a été prise en compte en raison de la survenue possible de vertiges. Les points 5 à 5.4 font mention de la qualification légère des acouphènes. L'assuré a été à la fois examiné par un expert-neurologue ainsi que par un expert-ORL. Leur examen clinique est bien décrit et leurs conclusions claires, tenant compte des éléments au dossier également. Dans les LF, l'on retient la mention d'un environnement calme, prenant en compte ainsi les acouphènes, quel qu'en soit leur degré. Les points 6 à 6.4 tendent à démontrer l'invalidité liée aux céphalées présentées par l'assuré. Celles-ci sont complètement reconnues par les experts, décrites certes comme difficiles à apprécier, mais diagnostiquées comme étant actuellement des céphalées chroniques tensionnelles, compatibles avec une activité respectant les LF. La gravité du traumatisme crânien au départ et les céphalées chroniques engendrées à long terme ne sont pas niées." G. Par décision du 16 septembre 2010 – qui faisait suite à un préavis (projet de décision du 19 mars 2010) à propos duquel l'assuré avait présenté des objections –, l'Office AI a nié le droit à la rente, retenant un revenu sans invalidité de 39'749 fr. dans l'activité habituelle de manœuvre de chantier, et un revenu d'invalidé de 33'105 fr. 80 dans une activité simple et répétitive du secteur privé (production et services). Compte tenu des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 25 juin 2009, l'Office a pris en compte une capacité de travail de 70 % et appliqué un abattement de 15 % sur le salaire d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du rendement diminué de l'assuré. Après comparaison des revenus, il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 17 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. H. Par acte 21 octobre 2010, P.\_\_\_\_\_ recourt contre cette décision, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 12 janvier 2000, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction. Le recourant se plaint principalement d'une violation de la maxime inquisitoire applicable dans le domaine des assurances sociales, soit d'une instruction incomplète des faits par l'Office intimé. Il expose en substance que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 juin 2009 contient des lacunes importantes quant à la problématique des céphalées et des acouphènes et leurs répercussions sur sa capacité de travail, et que sur le plan de la méthodologie, ce rapport a été rédigé de manière tardive soit plus de 8 mois après les premières évaluations des experts en novembre 2008, ce qui affaiblirait sa valeur probante. Il reproche également aux experts en neurologie et oto-neurologie d'avoir procédé à l'examen clinique en l'absence de traducteur alors qu'il est établi que la présence d'un interprète était indispensable, et à l'expert psychiatre d'avoir procédé à une évaluation fondée sur des éléments non médicaux erronés, ce qui ôterait toute valeur probante à son appréciation. Dans un autre grief, le recourant reproche à l'Office intimé d'avoir procédé à l'évaluation de son préjudice économique, en l'absence d'une instruction complète sur le plan médical, en particulier sur la question du sevrage médicamenteux des céphalées, susceptible d'améliorer sa capacité de travail. Il soutient que le dossier de l'Office AI en l'état ne permet pas de se distancier de l'appréciation de la CNA, selon laquelle il ne dispose d'aucune capacité de travail résiduelle quelle que soit l'activité envisagée (cf. décision d'octroi de rente de la CNA du 7 janvier 2008). L'Office AI s'est déterminé le 9 décembre 2010 et conclut au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée, estimant que l'instruction sur le plan médical est complète. Dans une écriture du 23 mars 2011, le recourant critique également le calcul de son préjudice économique. I. Le 14 décembre 2011, le juge instructeur a soumis l'Office AI à la question suivante: «Est-ce que le sevrage médicamenteux, préconisé par les experts neurologues désignés antérieurement par la CNA, entre toujours en considération, vu le traitement médicamenteux actuel retenu dans l'expertise COMAI?» L'Office AI a interrogé

le SMR à ce propos. Dans un avis médical du 6 janvier 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ (du SMR) a exposé ce qui suit: "La comparaison du traitement pharmacologique rapporté par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 04.05.2006 avec celui rapporté par les experts du COMAI permet de constater l'arrêt des anti-inflammatoires (Ecofenac), et la probable diminution du Tramal (antalgique) puisqu'il est passé d'une consommation fixe 2x par jour à un traitement en réserve. Seul le Dafalgan est maintenu, à la même dose ou inférieure (2 ou 3g/j ?). On ne peut donc plus considérer qu'il s'agit de «doses importantes d'analgésiques et anti-inflammatoires divers», comme c'était le cas en 2006. L'expert neurologue du COMAI a évalué les céphalées chroniques comme de type tensionnel, probablement périodiquement péjorées par un surdosage médicamenteux (p. 15). De plus, elles sont jugées «sans répercussion sur la capacité de travail» (p. 14). Compte tenu de ces éléments, nous estimons que la composante de surdosage médicamenteux ne joue plus actuellement qu'un rôle marginal et épisodique dans l'étiologie des céphalées chroniques. Par conséquent, le sevrage médicamenteux serait probablement sans effet notable sur les céphalées et a fortiori sur la capacité de travail." Le recourant a pu se déterminer au sujet de cet avis médical. J. A la requête du recourant, une audience de jugement a été tenue le 31 mai 2012. Les parties ont été entendues et ont maintenu leurs conclusions. E n d r o i t : 1. Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]) auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA), le présent recours, qui respecte au surplus les conditions formelles du droit fédéral (notamment l'art. 61 let. b LPGA), est recevable. 2. Sur le fond, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, l'Office intimé ayant retenu, sur la base du rapport pluridisciplinaire du 25 juin 2009 du Centre F. \_\_\_\_\_, un degré d'invalidité de 17 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. A cet égard, les dispositions légales et la jurisprudence sur la notion d'invalidité et son évaluation, ainsi que sur la valeur probante des rapports médicaux, ont été dûment exposées dans l'arrêt du Tribunal des assurances du 5 avril 2007, de sorte qu'il suffit d'y renvoyer. Le recourant fait principalement grief à l'Office intimé d'avoir violé son devoir d'instruction d'office, en se fondant sur le rapport d'expertise du 25 juin 2009, qui contient, selon lui, de nombreuses lacunes quant à la problématique des céphalées médicamenteuses, ainsi qu'à celle de l'intensité des troubles auriculaires (acouphènes et hypoacousie) et leurs effets sur sa capacité de travail. On rappelle que l'expertise précitée a été mise en œuvre par l'Office AI, à la suite de l'arrêt de renvoi rendu par le Tribunal fédéral le 17 avril 2008 (9C\_385/2007), qui retenait que les éléments médicaux au dossier étaient insuffisants pour juger du droit aux prestations de l'assurance-invalidité du recourant. Dans ses considérants en droit, le Tribunal fédéral avait précisé le cadre des mesures d'instruction complémentaires qui devaient encore être mises en œuvre par l'Office AI (cf. TF 9C\_385/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.2, 4.3 et 5). Ainsi, il s'agissait de: a) déterminer si le traitement de sevrage médicamenteux des céphalées, préconisé par les neurologues Dr K. \_\_\_\_\_ et Prof. G. \_\_\_\_\_, avait été entrepris dans le cadre des mesures médicales de l'assureur-accidents et procéder, le cas échéant, conformément à l'art 21 al. 4 LPGA; b) éclaircir si les troubles auriculaires (acouphènes et hypoacousie) présentés par l'assuré influençaient de manière négative sa capacité de travail; c) compte tenu des interférences entre la problématique physique et psychique, procéder à une nouvelle évaluation globale – y compris des aspects psychiques – de l'état de santé de l'intéressé. Il y a donc lieu de déterminer si cette expertise a permis de combler les lacunes sur le plan médical constatées par le Tribunal fédéral dans l'arrêt de renvoi précité. 3. S'agissant de la problématique des céphalées, l'expert neurologue

D. \_\_\_\_\_, mandaté par le Centre F. \_\_\_\_\_, a indiqué dans son rapport d'évaluation du 25 février 2009 que l'assuré avait déclaré être soulagé depuis quelques semaines en raison du traitement reçu sous forme d'infiltrations locales au niveau du cou. Il a constaté que l'assuré, pour combattre ces céphalées, prenait différents médicaments (Dafalgan, Sirdalud, et Tramal en réserve) et en a conclu que «compte tenu des plaintes du sujet et des données recueillies dans le dossier médical, [il fallait] évoquer des céphalées de tensions, peut-être à certaines périodes aggravées par un abus de médicaments analgésiques et anti-inflammatoires». Sur le plan strictement neurologique, l'expert a retenu l'absence de déficit fonctionnel. L'expert D. \_\_\_\_\_ ne s'est cependant pas déterminé sur la question de savoir si un traitement de sevrage des céphalées médicamenteuses, évoqué par le Dr K. \_\_\_\_\_ et le Prof. G. \_\_\_\_\_, avait été ou non entrepris par l'assuré. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 juin 2009, qui fait la synthèse des évaluations rendues par les différents experts mis en œuvre par le Centre F. \_\_\_\_\_, ne contient pas non plus d'éléments médicaux sur ce point, étant précisé que le dernier avis médical se rapportant au traitement des céphalées médicamenteuses – et non au sevrage de ce traitement – est celui du Dr [...] du 17 janvier 2007, et qu'il est donc antérieur à l'arrêt de renvoi rendu le 17 avril 2008 par le Tribunal fédéral. Cela étant, le rapport du 25 juin 2009 fait état du traitement médicamenteux actuel prescrit au recourant, en indiquant la posologie de chaque médicament (p. 9 du rapport d'expertise interdisciplinaire). Si le Dr D. \_\_\_\_\_ retient certes des céphalées chroniques, de type tensionnel et d'étiologie post-traumatique, probablement périodiquement aggravées par une médication excessive, celles-ci sont, selon les experts, sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (p. 14 du rapport d'expertise interdisciplinaire). En d'autres termes, les experts ont implicitement considéré que le recourant n'avait pas à entreprendre un sevrage des céphalées médicamenteuses, dès lors que celles-ci sont sans incidence sur sa capacité de travail. Partant, l'expertise mise en œuvre par l'Office AI à la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral répond à la question principale soulevée par ce dernier, qui est celle de savoir si un traitement de sevrage des céphalées médicamenteuses a été entrepris par le recourant, et dans l'affirmative, avec quelles conséquences sur sa capacité de travail. Il faut aussi se référer, à ce propos, au dernier avis du SMR (du 6 janvier 2012), qui retient que la prise de médicament ne joue actuellement plus qu'un «rôle marginal et épisodique». Il n'y a pas lieu de subordonner l'octroi d'éventuelles prestations AI à un sevrage médicamenteux préalable. 4. En ce qui concerne la problématique psychiatrique, le Tribunal fédéral a, dans l'arrêt de renvoi précité, considéré que l'Office AI devait procéder à une nouvelle évaluation globale – y compris des aspects psychiques – de l'état de santé de l'intéressé, compte tenu des interférences entre la problématique physique et psychique. Il a donc jugé que le rapport d'expertise du psychiatre T. \_\_\_\_\_ du 31 août 2006, mis en œuvre par l'assureur-accidents, ne permettait pas de trancher l'état de santé psychique de l'assuré (cf. TF 9C\_385/2007 du 17 avril 2008 consid. 5). L'appréciation sur le plan psychique a été confiée par le COMAI au Dr V. \_\_\_\_\_, qui a procédé à un examen clinique le 3 novembre 2008 en présence d'un traducteur. Dans son rapport d'évaluation du 4 mars 2009, cet expert a retenu le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié (F45.1), relevant la présence d'un rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. L'expert a en substance nié la présence d'un état dépressif, et estimé que le trouble somatoforme n'était pas invalidant. a) Le recourant reproche au Dr V. \_\_\_\_\_ d'avoir fondé son appréciation sur des considérations extra-médicales, et de surcroît erronées. Il en conclut que l'avis de ce psychiatre n'est pas probant, et qu'il faut lui préférer celui du Dr T. \_\_\_\_\_ du 31 août

2006, qui serait, selon lui, nettement plus étayé. Contrairement à ce qu'en pense le recourant, on ne saurait suivre l'avis du Dr T. \_\_\_\_\_, selon lequel le recourant souffrirait d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), et d'un trouble somatoforme (F45.9), responsables d'une incapacité de travail dans une activité adaptée de l'ordre de 70 à 80 % et d'une diminution de rendement de l'ordre de 25 % (cf. rapport d'expertise du 31 août 2006), ce pour les motifs suivants: b) Selon une jurisprudence bien établie, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées). Seule la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (tel un état dépressif majeur), ou la présence de critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux peuvent conduire à une invalidité. Parmi ces critères doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) ( ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; 131 V 49 consid. 1.2 p. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354). Conformément à la doctrine médicale, sur laquelle se fonde la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et les références citées). Cela ne saurait être le cas que lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine). c) En l'occurrence, l'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique décrit par le psychiatre T. \_\_\_\_\_ ne remplit pas la condition de sévérité exigée par la jurisprudence pour être considéré comme une atteinte à la santé psychique indépendante (comorbidité psychiatrique). En outre, hormis le trouble somatoforme douloureux, ce psychiatre a exclu tout autre trouble psychique, notamment tout trouble de la personnalité, précisant que les capacités d'apprentissage et d'adaptation limitées de l'intéressé ne constituaient pas un trouble psychique. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a également écarté la présence d'un trouble psychique, en dehors du trouble somatoforme indifférencié, relevant que l'assuré ne présentait pas de troubles mnésiques ni troubles de la concentration importants (cf. rapport du 4 mars 2009), rejoignant sur ce point l'avis du Dr T. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 31 août 2006). S'agissant de l'épisode dépressif moyen, l'expert V. \_\_\_\_\_ a noté une évolution clinique favorable, confirmée par le fait que l'assuré avait cessé toute consultation psychiatrique au moment de l'expertise (cf. rapport d'évaluation psychiatrique du 4 mars 2009, p. 4). Quant aux autres critères admis par la jurisprudence pour reconnaître exceptionnellement le caractère invalidant d'un trouble somatoforme, l'expert T. \_\_\_\_\_ a essentiellement retenu «un état chronique et enkysté de l'état somatique» de l'assuré, qui affectait durablement son psychisme, l'assuré n'ayant pas les ressources psychiques pour surmonter les difficultés qu'il rencontrait. Sur ce point, l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, qui diverge de celui du Dr T. \_\_\_\_\_, doit être suivi. En effet, l'expert V. \_\_\_\_\_ a expliqué

de manière convaincante que l'assuré avait admis que le traitement suivi atténuait ses douleurs, et qu'il apprenait à vivre avec celles-ci. Il avait surtout pu refaire sa vie avec une femme dont il attendait un enfant, ce qui démontrait qu'il parvenait à se projeter dans l'avenir. Ces éléments parlent en effet clairement en défaveur d'une cristallisation de l'état de santé de l'assuré ou d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il n'y a pas non plus d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, l'assuré ayant admis l'évolution favorable de sa symptomatologie et ayant au demeurant cessé toute prise en charge psychiatrique. Ainsi, au vu des règles établies par la jurisprudence, il n'y a pas lieu de considérer que, sur le plan psychiatrique, le recourant présenterait une affection invalidante. Il s'ensuit que les conclusions du Dr T. \_\_\_\_\_, qui retient une incapacité de travail de l'ordre de 70 à 80 % avec une diminution de rendement de 25 %, en raison de troubles psychiatriques, ne peuvent être suivies. d) Il ne sera pas entré en matière sur la controverse soulevée par le recourant quant au caractère discutable de certaines remarques extra médicales du Dr V. \_\_\_\_\_, qui n'a pas d'influence sur l'appréciation de l'état de santé psychique du recourant, telle que retenue dans les considérants qui précèdent. Il importe également peu que le diagnostic final retenu par le collège des experts du Centre F. \_\_\_\_\_ soit celui de suspicion de trouble somatoforme indifférencié (F45.1) versus amplification des symptômes, puisque ni l'un ni l'autre de ces troubles ne constitue une atteinte à la santé psychiatrique invalidante. 5. S'agissant enfin de la problématique des troubles auriculaires (acouphènes et hypoacousie), le Tribunal fédéral a considéré que les éléments médicaux au dossier sur la symptomatologie présentée par le recourant étaient insuffisants pour juger de ses effets sur la capacité de travail de l'assuré, tout en relevant que les conclusions de l'expert psychiatre T. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 31 août 2006 n'étaient pas probantes sur cette question, car entachées de contradictions (cf. TF 9C\_385/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.3). a) Dans son rapport d'évaluation du 25 février 2009 (joint à l'expertise pluridisciplinaire du COMAI), l'expert neurologue a indiqué que l'intéressé se plaignait «d'une musique qui le dérange[ait] tous les jours plus particulièrement le matin et s'il fai[sait] des efforts», mais il ne s'est cependant pas prononcé sur la gravité de ce trouble et ses éventuelles conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, renvoyant à cet égard à l'appréciation de l'expert N. \_\_\_\_\_. Celui-ci a estimé qu'il s'agissait d'un acouphène léger (permanent unilatéral, modérément perturbant pour le patient sans influence négative dans la vie de tous les jours), sans répercussion sur la capacité de travail, en se référant au document «indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 13 (atteinte à l'intégrité en cas de tinnitus [acouphènes])», publié par les médecins de la CNA (cf. rapport d'évaluation du Dr N. \_\_\_\_\_ du 4 mars 2009). b) La table 13 de la CNA, à laquelle s'est référé l'expert N. \_\_\_\_\_, distingue trois catégories de tinnitus (acouphènes) en fonction de leur gravité (cf. notamment TF 8C\_451/2009 du 18 août 2010 consid. 5.2), à savoir: 1) Le tinnitus léger ou minime - acouphène intermittent ou continu, uni- ou bilatéral; - d'intensité subjective faible; - n'influençant ni la vie quotidienne ni les activités professionnelles du patient. Il s'agit d'un tinnitus quasi-totalement compensé, sans incidence personnelle notable, et peu gênant. 2) Le tinnitus important - est le plus souvent continu, uni- ou bilatéral; - d'intensité subjective marquée, souvent masqué par les bruits ambiants de la vie quotidienne; - gêne le repos du patient (empêchant souvent celui-ci de dormir); - perturbe à un degré moyen ou plus marqué par moments certaines occupations (lecture, écriture, écoute etc...) ainsi que les activités nécessitant concentration et ambiance de calme. Ce tinnitus n'est que partiellement compensé et représente une gêne personnelle de degré moyen. 3) Le tinnitus très important - est continu, uni- ou bilatéral, avec gêne

subjective très marquée, étant difficile voire très difficile à supporter; - est rarement masqué par les bruits ambiants de la vie quotidienne; - gêne régulièrement l'endormissement, voire est perçu durant le sommeil; - perturbe de façon notable, de façon permanente ou discontinue, des activités telles la lecture, l'écriture, l'écoute etc...; - prend subjectivement le pas sur une surdité coexistante ou sur d'autres handicaps. C'est un tinnitus «décompensé», d'importance subjective considérable, très pénible. Les remarques introductives figurant à la table 13 précisent qu'«étant donné qu'il est impossible d'objectiver un tinnitus (acouphènes), il est nécessaire de s'en remettre aux déclarations subjectives du patient. Seules des consultations répétées et des examens audiométriques complets effectués par un spécialiste au moyen de méthodes reconnues permettent une évaluation optimale». S'agissant du contenu de l'expertise, il est précisé que «l'expert basera son diagnostic sur les résultats des consultations et examens effectués par lui-même et sur ceux d'examens effectués précédemment dont il aura connaissance [...]. L'appréciation du degré de gravité (degré léger, important, très important) devra s'appuyer sur les données de l'anamnèse». c) En l'occurrence, l'expert D.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique approfondi du recourant. Quant à l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, elle s'appuie, outre l'anamnèse, sur l'examen ORL, l'examen vestibulaire clinique, l'audiogramme tonal, les potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral et l'électronystagmographie (ENG). Le recourant se plaint toutefois de ce qu'aucun des deux experts ne se soit adjoint le concours d'un interprète pour procéder aux examens cliniques nécessités par l'expertise. Certes, le Dr N.\_\_\_\_\_ ne mentionne pas la présence d'un tiers durant l'expertise pratiquée le 17 février 2008. En revanche, le Dr D.\_\_\_\_\_ note que l'intéressé, accompagné d'un ami, s'est montré collaborant et adéquat, même si l'anamnèse a été difficile à préciser, compte tenu de ses aptitudes linguistiques. Aucun des deux experts prénommés ne fait toutefois état d'obstacles tels que le recours à un interprète aurait été rendu indispensable au vu des difficultés de compréhension de la langue française par le recourant. Du reste, on peut s'attendre à ce que les connaissances linguistiques du recourant – qui vit en Suisse depuis 1995 – soient suffisantes pour permettre le déroulement normal des examens. Sans que le rôle exact de l'ami en question ne soit précisé par l'expert D.\_\_\_\_\_, celui-ci ne laisse nullement entendre que l'examen ait été entravé par d'éventuelles difficultés linguistiques. Il convient dès lors d'admettre que l'appréciation neurologique du Dr D.\_\_\_\_\_ ne saurait être considérée comme affaiblie pour ce motif, l'expert ayant été en mesure de recueillir les différents éléments propres à fonder son évaluation. Il en va à cet égard de même pour ce qui concerne l'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_. D'ailleurs, l'avis médical du SMR du 29 juillet 2009 n'exprime aucune réserve quant à la valeur probante de l'une ou l'autre de ces deux expertises. Cela étant, au terme d'une analyse approfondie, complétée par l'étude des pièces neurologiques au dossier, le Dr D.\_\_\_\_\_ a conclu, au plan strictement neurologique, qu'il n'y avait pas de déficit fonctionnel. Il a relevé que c'était avant tout l'atteinte vestibulo-cochléaire droite consécutive à une fracture qui devait être mise en exergue dans les plaintes et l'incapacité de travail de l'intéressé. A cet égard, l'expert D.\_\_\_\_\_ se référait expressément aux conclusions du Dr N.\_\_\_\_\_, expert ORL, ainsi qu'à son appréciation de la capacité de travail. 6. a) Au final, le collège d'experts s'est prononcé en ces termes à propos de la capacité de travail du recourant (rapport d'expertise interdisciplinaire du 25 juin 2009, p. 18, pts C3.2, C3.3 et C3.4; cf. aussi supra, partie "En fait", pp. 6-7): " [...] C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? (heures par jour) L'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée à raison de 6 heures par jour. C.3.3 Y a-t-il une diminution de rendement? Si oui, dans quelle mesure? Il y a une diminution de

rendement de l'ordre de 30 %, justifiée par le fait que tout mouvement de la tête ou du corps entraîne l'apparition de sensations vertigineuses. C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Question sans objet." Se déterminant sur le rapport d'expertise interdisciplinaire du 25 juin 2009, les médecins du SMR ont suivi les conclusions des experts et ont conclu à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de manœuvre sur chantier et à une incapacité de travail de 30 % dans une activité adaptée (avis médical du 29 juillet 2009). De son côté, en lisant l'expertise, le juriste de l'Office AI a considéré que les experts parlaient alternativement d'une incapacité de travail de 30 % et d'une baisse de rendement de 30 %. Il a ajouté que, compte tenu de la justification apportée sous point C.3.3, il y avait lieu d'admettre que l'assuré était en mesure de travailler à 100 %, mais que son rendement était diminué de 30 % en raison de ses sensations vertigineuses, précisant qu'il n'y avait pas de justification à une diminution du temps de présence en tant que tel. Tel ne saurait toutefois être le sens de ces réponses, lesquelles signifient bien plutôt que la capacité de travail du recourant est limitée à 6 heures par jour, durée pendant laquelle le rendement est réduit de 30 %. Le recourant présente ainsi globalement une limitation significative de sa capacité de travail. Il n'y a sur ce point aucun motif de s'écarter de l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, lequel renvoie expressément à l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_, pour qui il apparaît invraisemblable que le recourant puisse travailler à 100 %, dès lors qu'il présente un déficit vestibulaire non compensé. Il estime cependant qu'il devrait pouvoir exercer une profession en position assise, dans le calme, sans qu'il ne lui soit demandé de faire des mouvements de la tête. Quand bien même la CNA avait retenu une diminution significative de la capacité de travail, fondée sur une incapacité de gain totale, il n'en demeure pas moins que l'autorité de céans ne saurait être liée par l'appréciation finale de cet assureur. En effet, aux termes de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral (cf. TF 9C\_385/2007 du 17 avril 2008 consid. 4.3 in fine), il incombait à l'Office AI «dans le cadre du renvoi de la cause, d'éclaircir si les troubles auriculaires présentés par le recourant influencent de manière négative sa capacité de travail. A cette occasion, compte tenu des interférences entre la problématique physique et psychique, il conviendra de procéder à une nouvelle évaluation globale – y compris des aspects psychiques – de l'état de santé du recourant». A la suite de cet arrêt, l'Office AI a mis en œuvre une expertise multidisciplinaire indépendante au sens de l'art. 44 LPGA. Il suit de là que l'Office AI n'avait pas à reprendre sans autre les constatations et les conclusions des médecins de la CNA, dans la mesure où l'expertise du Centre F. \_\_\_\_\_ paraît non seulement plus complète, mais surtout plus actualisée que les rapports médicaux sur lesquels la CNA s'était fondée. Dans ces conditions, l'Office AI n'était nullement tenu d'accorder une rente entière d'invalidité, ce d'autant plus que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas force de chose contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 126 V 288), et que l'assurance-invalidité n'est dès lors pas liée de manière absolue par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents au sens de la jurisprudence précitée (cf. ATF 133 V 549 consid. 6; voir également TF 9C\_343/2007 du 4 février 2008). b) En résumé, il y a lieu d'admettre que l'expertise multidisciplinaire réalisée par le Centre F. \_\_\_\_\_ et mise en œuvre par l'Office AI répond aux questions évoquées par le Tribunal fédéral dans son arrêt de renvoi du 17 avril 2008 (cf. supra consid. 2). L'instruction sur le plan médical doit dès lors être considérée comme complète. Sur la base de cette expertise, il convient donc de retenir que le recourant présente une incapacité de travail significative propre à ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il n'appartient cependant pas à l'autorité de céans de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité. En effet, le Tribunal fédéral a renvoyé

la cause à l'Office AI «afin qu'il complète l'instruction, puis statue à nouveau sur le droit du recourant à une rente d'assurance-invalidité» (cf. TF 9C\_385/2007 du 17 avril 2008 consid. 5). Au demeurant, en interprétant de manière erronée les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, l'Office AI a fait une mauvaise application des règles du droit fédéral en matière d'appréciation des preuves. L'Office AI s'est en effet fondé sur les considérations de son juriste pour déterminer la capacité de travail exigible du recourant. Or, le SMR n'avait pas remis en question les conclusions des experts. Ainsi, si l'Office AI nourrissait des doutes quant au degré de précision des conclusions de l'expertise, il lui incombait de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès d'un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.2 et art. 72bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Tel n'a toutefois pas été le cas, si bien que l'Office AI devra se fonder sur les conclusions non contestées – telles qu'interprétées ci-avant – de l'expertise qu'il a mise en œuvre. c) S'agissant enfin du calcul du taux d'invalidité auquel devra procéder l'Office AI, il lui appartiendra de se prononcer sur l'application éventuelle de la jurisprudence rendue par le Tribunal fédéral en matière de parallélisme des revenus (ATF 135 V 297; 134 V 322). Quand bien même l'Office AI a exposé dans sa lettre du 16 septembre 2010 au conseil du recourant pour quels motifs une mise en parallèle des revenus n'entraîne selon lui pas en ligne de compte dans le cas d'espèce, il n'en demeure pas moins que ses explications n'emportent guère la conviction. L'Office AI soutient en effet que le taux d'abattement de 15 % retenu tient compte du statut en Suisse du recourant ainsi que de ses limitations fonctionnelles. Or, lors de la détermination du degré d'invalidité, les deux instruments (mise en parallèle des revenus et abattement) doivent en principe être traités séparément l'un de l'autre, en procédant dans un premier temps à la parallélisation des revenus de comparaison et éventuellement, dans un deuxième temps, à un abattement approprié sur le revenu d'invalidité en raison de l'atteinte à la santé. Il convient alors de veiller au fait que d'éventuels facteurs étrangers à l'invalidité, ayant déjà été pris en compte lors de la parallélisation des revenus de comparaison, ne peuvent pas une nouvelle fois être pris en considération dans le cadre de la déduction pour cause d'atteinte à la santé. Ainsi, compte tenu du fait que l'office intimé envisageait dans sa lettre du 16 septembre 2010 une éventuelle parallélisation des revenus, celui-ci devra en particulier, pour la comparaison des revenus, examiner si l'assuré réalisait avant la survenance de l'invalidité un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et s'il désirait s'en contenter délibérément. 7. En définitive, il convient de renvoyer la cause à l'Office AI pour qu'il calcule le taux d'invalidité du recourant, en procédant le cas échéant aux mesures d'instruction complémentaires. Dans cette mesure, le recours est admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé afin qu'il complète l'instruction, puis statue à nouveau sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. 8. Représenté par un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter équitablement à 2'000 fr. à la charge de l'Office AI, lequel, débouté supportera les frais de la cause, arrêtés à 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).