

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juillet 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D._____, à G._____, recourant, représenté par le Centre social protestant - Vaud, à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. a) D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a grandi et vécu en Colombie depuis sa naissance en 1964. Disposant de la nationalité suisse, il est entré en Suisse le 15 décembre 2008. Horloger de profession, il émargeait à l'assurance-chômage depuis son arrivée en Suisse.

Ensuite d'un accident survenu le 15 août 2009 ayant occasionné un traumatisme crânio-cérébral modéré et une fracture au niveau de la vertèbre C7 à droite, D._____ a déposé, le 6 août 2010, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

D._____ s'est vu allouer par l'assurance-invalidité plusieurs mesures d'ordre professionnel dans le domaine de l'horlogerie. Souffrant de douleurs dans la région cervicale et la ceinture scapulaire, de faiblesse dans les membres supérieurs et d'une grande fatigabilité, il n'a pas été en mesure, malgré des prédispositions favorables, de réintégrer le monde du travail.

Par décision du 23 juin 2015, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris qu'il ne comptait pas, au moment de la survenance de l'invalidité (fixée au 1^{er} août 2010), au moins trois années de cotisations au régime de l'AVS/AI.

b) Le 28 janvier 2016, D._____ a déposé une nouvelle demande de prestations à laquelle était joint un certificat médical établi le 11 février 2016 par le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, faisant état d'un syndrome du défilé thoraco-brachial.

Après avoir requis l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR ; avis des 2 juin et 12 octobre 2016), l'office AI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations de l'assuré, car celui-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions

de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision de refus de rente - entrée en force - du 23 juin 2015 (décision du 14 novembre 2016).

Saisie d'un recours interjeté par l'assuré contre la décision du 14 novembre 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a admis et renvoyé la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 28 janvier 2016, procède à son instruction puis rende une nouvelle décision (arrêt du 13 novembre 2017 dans la cause AI 351/16 - 311/2017).

B. Reprenant l'instruction, l'office AI a confié au Centre d'expertises V._____ de L._____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique (Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), neurologique (Dre A._____, spécialiste en neurologie) et psychiatrique (Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 9 octobre 2018, les experts ont posé pour seul diagnostic - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - celui de cervico-brachialgies chroniques droites sur ancienne fracture C7 avec lésion aiguë transitoire de la racine C7 droite. Ils ont estimé que la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle d'opérateur - correspondant au taux d'occupation de l'assuré - alors qu'elle était de 80 % dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 % en raison des douleurs chroniques induites par la fatigue et de la nécessité de prendre de courtes pauses pour mobiliser la nuque et le membre supérieur droit. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges au-delà de 5 kg et seulement occasionnellement avec les deux mains, pas de mouvement répété du membre supérieur droit, travail à bonne hauteur de table nécessaire et changements de position possible. Les experts ont pour le surplus estimé que le travail d'horloger à l'établi, de par ses exigences de position statique et de mouvements répétitifs du membre supérieur droit, n'était pas compatible avec les problèmes musculo-squelettiques cervicaux mis en évidence.

Sollicité pour détermination, le Dr F._____, médecin auprès du SMR, a déclaré faire siennes les conclusions des experts (avis médical du 31 octobre 2018).

Par projet de décision du 25 juillet 2019, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité dès lors que, compte tenu d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé, son préjudice économique, fixé à 30 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation.

Dans le cadre des objections soulevées contre ce projet de décision, l'assuré a transmis un rapport établi le 21 octobre 2019 par le Dr H._____, dans lequel ce médecin faisait état de l'existence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial excluant toute capacité de travail supérieure à 50 % dans la profession d'horloger.

Le 1^{er} novembre 2019, l'assuré a déposé un rapport dressé le 28 octobre 2019 par le Dr K._____, médecin praticien, lequel rejoignait son confrère H._____ tant s'agissant du diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial que de l'appréciation de la capacité de travail en découlant.

Après avoir soumis ces pièces à la Dre S._____, médecin auprès du SMR (avis médical du 29 avril 2020), l'office AI a, par décision du 14 juillet 2020, entériné son refus d'allouer une rente d'invalidité à l'assuré, conformément à son projet de décision du 25 juillet 2019.

C. **a)** Par acte du 14 septembre 2020, D._____, représenté par le Centre social protestant, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 14 juillet 2020 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 58 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Se référant à un rapport du 9 septembre 2020 du Dr H._____, l'assuré faisait valoir que sa capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée, qu'il exerçait depuis 2016 puisqu'il travaillait comme opérateur qualifié et qui lui permettait

des changements de positions et d'activités. En dépit des mesures mises en œuvre par l'office AI et de ses propres efforts, il ne se voyait pas travailler à un taux supérieur, ce d'autant que son état de santé s'était détérioré en 2015, raison pour laquelle il avait déposé une nouvelle demande de prestations au mois de janvier 2016.

b) Dans sa réponse du 16 novembre 2020, l'office AI a renvoyé à l'avis du SMR du 29 avril 2020 dans la mesure où il répondait aux arguments du Dr H._____. Pour le reste, le rapport du 9 septembre 2020 ne contenait aucun élément nouveau, si bien qu'un complément d'instruction ne se justifiait pas. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) A l'appui de sa réplique du 7 décembre 2020, D._____ a produit un rapport établi le 14 octobre 2020 par le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et médecine du sport, dans lequel il confirmait le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial et ses répercussions sur la capacité de travail. L'assuré en déduisait que c'était à tort que l'office AI n'avait pas jugé nécessaire d'approfondir la situation médicale en lien avec ce diagnostic et ses éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. Partant, il a déclaré maintenir ses conclusions y compris sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire « *afin d'évaluer correctement les répercussions du diagnostic de TOS sur [sa] capacité de travail dans une activité adaptée.* »

d) Dupliquant en date du 6 janvier 2021, l'office AI s'est référé à un avis médical rédigé le 4 janvier précédent sous la plume de la Dre S._____. Selon ce médecin, le rapport du Dr J._____ du 14 octobre 2020 ne contenait aucun élément autorisant une modification de l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au rapport du Dr H._____ du 9 septembre 2020, il donnait l'impression d'une situation clinique non seulement qui ne s'était pas aggravée depuis 2018 mais qui pouvait même être considérée comme améliorée. L'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

e) Dans ses déterminations du 28 janvier 2021, l'assuré a contesté le point de vue du SMR pour souligner que le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial n'avait jamais fait l'objet d'un examen tant par le SMR que par les experts du Centre d'expertises V._____. Il a déclaré maintenir ses conclusions.

f) Le 31 mars 2021, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neurologique dont il a confié la réalisation au Dr T._____, spécialiste en neurologie.

g) Le Dr T._____ a rendu son rapport le 29 septembre 2021. Il a retenu les diagnostics de discrète séquelle radiculaire C7 droite et de discret syndrome du tunnel carpien probable à droite tout en relevant l'existence d'une discrète symptomatologie évocatrice d'un syndrome du défilé thoracique neurologique « non spécifique ». Selon l'expert, la capacité de travail résiduelle était, depuis 2011, de 80 %, correspondant à un taux de présence de 100 % et à une diminution de rendement de 20 %. Il a précisé qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une activité différente de celle de l'horlogerie dès lors que l'assuré ne présentait aucune atteinte neurologique limitant la motilité fine pour cette profession.

h) Par courrier du 2 novembre 2021, l'office AI s'est rallié aux conclusions de l'expertise neurologique. Il fallait dès lors admettre que l'assuré pouvait continuer d'exercer l'activité d'horloger au taux résiduel reconnu, contrairement à ce qui avait été retenu dans la décision litigieuse. Il en résultait que le préjudice économique n'était plus que de 20 %. Partant, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

i) Dans ses déterminations du 22 novembre 2021, l'assuré a estimé que les conclusions de l'expertise neurologique devaient être remises en cause, dans la mesure où le diagnostic principal de syndrome du défilé thoraco-brachial ou les facteurs limitant - dont la contracture musculaire cervicale - n'avaient pas fait l'objet d'investigations adéquates. Il a joint à sa prise de position un nouveau rapport du Dr H._____ établi le 15 novembre 2021.

j) Dans sa correspondance du 13 janvier 2022, l'office AI a indiqué avoir soumis le rapport du 15 novembre 2021 au SMR, lequel s'était prononcé dans un avis du 20 décembre 2021. Il en ressortait pour l'essentiel que le rapport d'expertise du Dr T._____ était probant et que les observations du Dr H._____ n'étaient pas de nature à en affaiblir les conclusions.

k) Le 8 février 2022, l'assuré a transmis un rapport du 5 février 2022 du Dr H._____, dans lequel ce dernier commentait les remarques formulées par le SMR dans son avis du 20 décembre 2021. Selon l'assuré, les commentaires du Dr H._____ attestaient la complexité de la situation liée à la problématique du syndrome du défilé thoraco-brachial et, au-delà du seul diagnostic, celle de l'enjeu en termes de capacité de travail qui lui était associé. Dans la mesure où le Dr H._____ déplorait également le défaut de bases scientifiques attachées au rapport d'expertise judiciaire, il sollicitait la réalisation de différents tests spécifiques en vue de diagnostiquer un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène.

l) Dans ses déterminations du 2 mars 2022, l'office AI s'est référé à l'avis médical établi le 1^{er} mars 2022 par le SMR dont il ressortait que le Dr H._____ n'avait pas fait mention d'éléments médicaux pertinents rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse lui permettant de revoir sa position quant à la capacité de travail résiduelle de l'assuré. Dès lors, l'office AI a déclaré maintenir ses précédentes conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 14 juillet 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par

l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les

documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) Dans son arrêt du 13 novembre 2017 (*cf. CASSO AI 351/16 - 311/2017*), la Cour de céans a considéré que l'office intimé devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 28 janvier 2016 par le recourant en retenant ce qui suit au considérant 4b :

En l'occurrence, il convient de constater que l'aggravation de l'état de santé du recourant signalée par le Dr H. _____ dans son certificat médical du 11 février 2016 fait suite à une interruption notable de l'incapacité de travail, dès lors qu'il a été constaté par une décision entrée en force que le recourant disposait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2011. Le Dr H. _____ a indiqué dans ses différents rapports que le recourant souffre actuellement d'un syndrome du défilé thoraco-brachial qui limite la capacité de travail de son patient de 50 %. Ce médecin a notamment précisé dans le certificat médical qu'il a rédigé le 11 février 2016 que ce syndrome était dû à une hypertonie musculaire compensatrice développée dans le cadre des séquelles d'une radiculopathie C7 droite. Contrairement à ce que retient le SMR dans son avis du 12 octobre 2016, aucune pièce médicale antérieure au certificat médical établi le 11 février 2016 par le Dr H. _____ ne fait mention d'un syndrome du défilé thoraco-brachial. Il convient à cet égard de souligner que la recherche d'un tel syndrome s'était avérée négative au mois de mars 2014 (rapport du Dr H. _____ du 21 mars 2014). Fort de ces constats, il apparaît particulièrement audacieux, au regard des brèves explications fournies par le SMR, d'affirmer que cette affection aurait déjà été prise en compte au cours de précédentes évaluations. En présence d'une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influer la capacité de

travail et, partant, la capacité de gain du recourant, l'office intimé aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande.

b) Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était par ailleurs pas possible de se prononcer sur la capacité de travail du recourant sur le plan neurologique.

aa) Il convient tout d'abord de souligner l'existence de contradictions entre les différentes pièces médicales figurant au dossier de l'office intimé, soit, d'une part, les rapports établis les 21 octobre 2019 et 9 septembre 2020 par le Dr H._____ et le 14 octobre 2020 par le Dr J._____ et, d'autre part, le volet neurologique de l'expertise du Centre d'expertises V._____ réalisé par la Dre A._____.

aaa) Contrairement aux Drs H._____ et J._____, la Dre A._____ a conclu à l'absence de syndrome du défilé thoraco-brachial droit. Tout en constatant que cette hypothèse diagnostique était présentée comme une affirmation sans équivoque, elle reposait à son avis sur une symptomatologie particulièrement pauvre, puisque le patient n'avait pas émis de plainte en lien avec des déficits sensitivo-moteurs du membre supérieur droit, lesquels n'avaient du reste pas été constatés cliniquement. A cela s'ajoutait que les manœuvres de provocation habituellement utilisées sur le plan clinique étaient négatives. En outre, l'examen électro-neuro-myographique s'était révélé normal en tous points. Les signes de dénervation/réinnervation évoqués dans la musculature C7 lors du premier examen de février 2010 n'étaient plus observés. La neurographie était par ailleurs parfaitement normale, y compris l'examen du nerf cutané antébrachial médian, reconnu comme la mesure la plus sensible pour le diagnostic de syndrome du défilé thoracique neurogénique. L'experte n'a pas non plus décelé d'anomalie dans la myographie C8-T1 à droite. Il n'y avait ainsi pas de critère objectif défini pour retenir le diagnostic de syndrome du défilé thoracique, dont elle convenait, à l'instar du Dr H._____, que la forme neurogène était la plus fréquente. En résumé, la Dre A._____ a retenu que l'assuré présentait des cervicalgies chroniques simples, non déficitaires, qui pouvaient être, comme très fréquemment dans la population globale,

aggravées par l'effort, sans aucun argument spécifique pour le diagnostic de syndrome du défilé thoracique.

bbb) Dans son rapport du 21 octobre 2019, le Dr H. _____ a indiqué que, dans 95 % des cas, un syndrome du défilé thoraco-brachial revêtait un caractère neurologique, tandis qu'il était vasculaire et/ou mixte dans le restant des cas. Selon lui, il n'existait pas d'examen de référence permettant de confirmer avec certitude la présence d'un syndrome du défilé thoraco-brachial ou, au contraire, d'exclure son existence. Ainsi, une électroneuromyographie positive pouvait certes s'avérer utile sans pour autant être déterminante en cas de résultat négatif. En d'autres termes, une électroneuromyographie normale ne permettait en tous les cas pas d'exclure un syndrome du défilé thoraco-brachial. Ainsi, la positivité des tests cliniques spécifiques avait une meilleure sensibilité et spécificité qu'une électroneuromyographie ou que tout autre examen paraclinique (IRM, ultrasons) à l'inverse de ce que semblait prétendre la Dre A. _____. Pour le Dr H. _____, le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial pouvait être retenu, non seulement sur la base de l'anamnèse, mais également au vu du résultat positif des tests effectués (Allen, Wright, Morley, Roos), auxquels s'ajoutait une réduction du pouls radial aux tests de Falconner et Wright. Il a confirmé la nature neurogène du syndrome du défilé thoraco-brachial dans son rapport du 9 septembre 2020, en relevant qu'à chacune de ses évaluations, il avait retrouvé quatre à six tests positifs, alors que l'experte neurologue n'avait fait aucune mention de cinq ou six de ces tests. Ainsi, sa démarche reposait sur un examen détaillé et spécifique alors que la Dre A. _____ avait procédé à un examen clinique trop succinct et à un examen paraclinique insuffisamment sensible. Pour sa part, le Dr J. _____ a souligné la qualité du diagnostic basé sur les tests usuels pratiqués en lien avec ce type de pathologie, ajoutant qu'en sa qualité de médecin physiatre, il rejoignait sur ce point le Dr H. _____ (cf. rapport du 14 octobre 2020).

bb) Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible d'attribuer une pleine valeur probante aux conclusions retenues par la Dre A. _____.

En ce qui concerne plus particulièrement la problématique du syndrome du défilé thoraco-brachial, il y a lieu de constater le caractère succinct des explications données par l'experte. Or, compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée, il était pourtant indispensable que la Dre A._____ discute ce diagnostic et prenne position de manière circonstanciée sur les éléments médicaux ayant conduit le Dr H._____ à retenir dite pathologie. Tel n'a pas été le cas.

c) Cela étant, il se justifiait, au vu des contradictions mises en évidence, de mettre en œuvre une expertise judiciaire. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise réalisée par le Dr T._____.

aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 29 septembre 2021 remplit en effet toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Fruit d'un examen approfondi du cas, il repose sur des investigations particulièrement fouillées. S'ouvrant par une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), le rapport décrit le contexte médical et asséurologique déterminant, résume les plaintes du recourant, relate l'examen clinique et le status neurologique, de même qu'il rend compte des examens spécialisés pratiqués (bilan d'ergothérapie neurologique, bilan angiologique, IRM du plexus brachial et examen électroneuromyographique).

bb) Sur le plan matériel, l'expert judiciaire a, quoi qu'en dise le Dr H._____, examiné de manière détaillée la problématique du syndrome du défilé thoraco-brachial - preuve en est les différents examens spécialisés mis en œuvre dans le cadre de l'expertise - et admis, après avoir écarté les autres formes de cette pathologie, la présence d'un discret syndrome neurologique « non spécifique ». La divergence d'opinion entre le Dr T._____ et le Dr H._____ porte en vérité sur l'évaluation de la capacité de travail.

aaa) Le Dr T._____ a conclu à un examen neurologique normal hormis une légère hyporéflexie tricipitale droite par rapport à la gauche. Il n'y avait aucune atteinte sensitivo-motrice objectivable aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs, pas d'amyotrophie, pas de déficit sensitif radiculaire ou d'un autre type, pas de polyneuropathie. Il n'y avait pas d'élément ataxique cinétique ou statique ni de trouble végétatif, notamment au membre supérieur droit. Il n'y avait pas non plus d'atteintes au niveau des paires crâniennes, notamment pas d'atteinte oculo-motrice ou de la motilité facio-bucco-linguo-pharyngée, ni d'atteinte sensitive ou sensorielle. La nuque était souple sans limitation des mouvements. Au terme de son examen, l'expert judiciaire a estimé qu'il n'existait aucune atteinte centrale notamment au niveau de la moelle épinière ou du cerveau. Il n'y avait pas non plus d'atteinte des nerfs périphériques sous forme de neuropathie ou de polyneuropathie. Sur le plan objectif, seule subsistait une discrète séquelle C7 droite alors que, sur le plan subjectif, il retenait un discret syndrome du tunnel carpien et la composante d'une discrète symptomatologie évocatrice d'un syndrome du défilé thoracique neurologique « non spécifique ». L'absence de syndrome du défilé thoracique neurologique « vrai », ou artériel/veineux était matérialisée par l'examen clinique, l'examen électrophysiologique par électroneuromyographie et le bilan angiologique pratiqués.

bbb) Si la séquelle radiculaire C7 n'avait aucune incidence sur la capacité de travail, le syndrome du défilé thoracique neurologique « non spécifique » n'avait pas d'autre interférence avec une activité professionnelle que la sensation de devoir bouger le membre supérieur droit épisodiquement, ce qui se traduisait par une diminution de rendement de 20 %. Le Dr T._____ a expliqué que la guérison post-accidentelle datait de 2011 et que les symptômes subjectifs responsables de la diminution de rendement de 20 % avaient alors pris leur prépondérance avec l'incapacité de travail chiffrée à 20 % en termes de rendement. Pour le reste, il a indiqué n'avoir aucune raison de s'écarter des limitations fonctionnelles retenues par le Centre d'expertises V._____, tout en soulignant qu'il n'y avait pas lieu d'envisager une activité différente de celle de l'horlogerie.

ccc) Dans ce contexte, la Cour de céans n'a, malgré les critiques formulées par le Dr H._____, aucune raison de s'écarter de l'appréciation de l'expert judiciaire, lequel a souligné en particulier l'absence de limitation objective, « *les limitations étant liées aux plaintes de gênes et de paresthésies, sans atteinte sensitive ou motrice objectivable* ».

d) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant dispose depuis 2011 d'une capacité de travail de 80 % (diminution de rendement de 20 % sur une occupation à 100 %).

6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 14 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de D. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Centre social protestant – Vaud (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :