

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 avril 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 et 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** A la suite d'une procédure de détection précoce, W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, a rempli le 27 mai 2016 une demande de prestations que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a réceptionnée le 2 juin 2016. Il ressort des formulaires déposés et de l'entretien téléphonique du 25 avril 2016 que l'assuré était gérant de son propre restaurant depuis début 2003 et qu'il présentait une incapacité de travail de 50 % depuis le 15 septembre 2015 en raison d'un état dépressif et d'une infection VIH, qui lui causaient de la fatigue et des angoisses.

Dans un rapport du 5 février 2016, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie, a indiqué suivre l'assuré depuis le mois de mars 2013 après la découverte d'un test positif pour le VIH. L'évolution de cette affection était favorable avec une virémie indétectable dès décembre 2014 grâce à la trithérapie. Au niveau des examens de laboratoire, l'assuré présentait une perturbation persistante des tests hépatiques de cytolyse, probablement dans le contexte d'une hépatite médicamenteuse, qui était un des effets secondaires du VIH et pouvait contribuer à l'asthénie dont il souffrait. L'assuré avait présenté des symptômes dépressifs dès le milieu de l'année 2015, avec une asthénie majeure et une humeur triste, qui s'étaient nettement aggravés au moment du décès de son père en septembre 2015 et avaient entraîné une incapacité de travail à 50 %. Un traitement antidépresseur et une prise en charge psychothérapeutiques étaient susceptibles d'améliorer la thymie.

Dans un rapport médical du 20 juillet 2016, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif majeur sévère (F32.2), d'infection HIV et d'atrophie sous-cortico-corticale modérée en cours d'investigation. Le Dr F. \_\_\_\_\_ faisait le constat médical suivant :

« Patient ralenti, au contact bizarre dans le sens d'une familiarité parfois inadéquate. A la fois très aimable et un peu hébété. Ne comprend pas ce qui lui arrive. Met en relation son état avec le début de l'infection HIV. Dit que son cerveau est comme un ordinateur infecté par un virus. Reste perplexe face à son état. Apathie. Rires parfois immotivés. Eoussement affectif hormis une anxiété. Troubles du sommeil. Le tableau dépressif est principalement celui d'une dépression avec syndrome somatique ce qui laisse ouvert le diagnostic différentiel. »

Le psychiatre traitant a précisé que l'effet du traitement entrepris devait être réévalué deux à trois mois plus tard et que le bilan neuropsychologique en cours devrait préciser la nature du trouble, une éventuelle atteinte psycho-organique ne pouvant être exclue. Il a attesté une incapacité de travail de 80 % dans l'activité de restaurateur depuis le 16 février 2016, date de début du suivi, et a retenu comme limitations fonctionnelles une asthénie, un ralentissement, une perplexité, des troubles de la concentration et de l'attention ainsi que des ruminations stériles.

Dans le cadre d'un entretien téléphonique avec un spécialiste en réinsertion de l'OAI le 15 août 2016, l'assuré a indiqué avoir arrêté sa psychothérapie de soutien, qu'il ne sortait pas de chez lui sans être accompagné et qu'il avait mis en vente son restaurant car il ne pouvait plus assumer les responsabilités de gérant. Il ne se sentait pas capable de faire des mesures de réinsertion.

Dans un rapport du 9 septembre 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de troubles dépressifs majeurs sévères (F32.2) et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une infection HIV asymptomatique de stade initial CDC A2, une discrète atrophie cortico-sous-corticale en investigation et une hypertension artérielle traitée. Il a précisé que le pronostic dépendait surtout du problème psychiatrique. Il s'est rallié à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant.

En réponse aux questions de l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans un rapport du 20 décembre 2016, que le diagnostic était

un trouble dépressif dans le cadre d'une probable atteinte psycho-organique liée au HIV et que l'état de santé de l'assuré était en aggravation, dans le sens d'une apathie de plus en plus marquée et d'un apragmatisme. Il a estimé que l'incapacité de travail était complète dans toute activité, depuis le 16 février 2016 à tout le moins.

Des rapports établis le 2 novembre 2016 et le 2 février 2017 à la Consultation spécialisée de la mémoire au S.\_\_\_\_\_ (ci-après : S.\_\_\_\_\_) par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, faisaient état chez l'assuré de troubles cognitifs attentionnels, et comme diagnostics secondaires et comorbidités, d'une infection au VIH depuis 2012 avec mauvaise compliance, d'un abus d'alcool, dont la consommation actuelle serait plutôt occasionnelle, d'une hépatite médicamenteuse et d'un status post fracture de la clavicule ostéosynthétisée en octobre 2016. L'origine des difficultés cognitives pouvait être infectieuse en rapport avec l'infection au VIH, ou psychiatrique. L'IRM cérébrale effectuée montrait des lésions de la substance blanche, mais aussi des « blacks holes » dans le corps calleux qui auraient pu suggérer un syndrome de Susac. Sur le plan de l'imagerie, il y avait aussi quelques lésions dans les noyaux gris. En revanche, le patient n'avait qu'un acouphène bilatéral, il n'avait pas d'hypoacousie, ni d'autres symptômes.

Dans un courrier du 22 mars 2017 adressé à l'assureur perte de gain de l'assuré, le Dr F.\_\_\_\_\_ s'est référé à ses précédents rapports, a précisé que l'assuré ne venait qu'épisodiquement à ses rendez-vous et qu'il pouvait tout au plus avoir une activité occupationnelle, mais qu'aucune activité dans le monde du travail normal n'était exigible.

Dans un rapport du 17 août 2017, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que les troubles étaient restés stables depuis décembre 2016, que le patient était très irrégulier dans sa prise de médicaments, y compris la trithérapie, ce que le psychiatre mettait sur le compte du trouble psychiatrique complexe dont l'assuré souffrait. Les investigations au S.\_\_\_\_\_ n'avaient pas pu être complétées en raison des rendez-vous

manqués par le patient, qui restait cloîtré chez lui la plupart du temps et ne s'occupait plus de ses affaires.

Au cours d'un appel téléphonique du 12 avril 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait vendu son restaurant fin mars 2018.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise pluridisciplinaire, neurologique, psychiatrique avec un volet neuropsychologique et de médecine interne a été réalisée en date des 27 et 29 novembre 2017 et 6 mars 2018 par le C.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_). Dans leur rapport du 14 mai 2018, les Drs P.\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, T.\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, H.\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ainsi que le neuropsychologue L.\_\_\_\_ ont conclu ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

Sur le plan de la médecine interne,

- Fracture de la jambe droite dans l'enfance (accident de ski).
- Fracture de la clavicule gauche opérée en octobre 2016.
- Hypertension artérielle.
- Infection HIV diagnostiquée en novembre 2012 et traitée depuis le 26.03.2013.

Sur le plan neurologique,

- Infection HIV sans atteinte neurologique stricto sensu clairement documentable.

Sur le plan psychique,

- Anxiété généralisée (F41.1) présente depuis le début de l'âge adulte avec une exacerbation progressive depuis avril 2015 qui est devenue importante depuis début 2016.
- Trouble mixte de la personnalité (F61.0 : traits de personnalité émotionnellement labile, anxieuse et dépendante) présent depuis le début de l'âge adulte qui s'est décompensé progressivement dès fin 2015.

[...]

CAPACITE DE TRAVAIL

Sur le plan de la médecine interne, sans tenir compte des conclusions des autres experts, la capacité de travail est préservée avec une diminution de rendement de 20%.

Sur le plan neurologique, sans prendre en compte les éléments neuropsychologiques et psychiques, la capacité de travail est en principe complète.

Sur le plan psychique, l'anxiété généralisée et le trouble de personnalité mixte décompensé sont à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles (repli social, évitement des contacts avec une clientèle, sentiment d'être jugé), bizarreries du comportement (rires immotivés, perplexité), difficultés dans la gestion des émotions (les angoisses provoquent des évitements), difficultés dans les tâches administratives (déléguées en bonne partie), difficultés dans la gestion du traitement (non observance du traitement), hypersensibilité au stress (sa capacité d'ajustement au stress est saturée).

Sa capacité de travail est, depuis début 2016, nulle dans son activité habituelle et de 50% sans diminution de rendement dans une activité adaptée, (activité avec peu de contacts sociaux, ne nécessitant pas de grande autonomie, avec peu de responsabilités, ne nécessitant pas le respect de délais, impliquant le moins de stress et d'adaptation possible). Le traitement psychiatrique intégré devrait permettre à cet expertisé de récupérer une capacité de travail de 100% dans toute activité d'ici un an si l'expertisé adhère au suivi psychique. »

Dans un avis médical du 18 juillet 2018, le SMR a retenu que l'atteinte à la santé principale était un trouble mixte de la personnalité décompensé (F61) et les pathologies associées une anxiété généralisée (F41.1) et des troubles neuropsychologiques légers d'origine mixte dans un contexte de séropositivité HIV traitée. Il s'est rallié aux conclusions de l'expertise, si ce n'est qu'il a estimé qu'il n'y avait pas de traitement psychiatrique exigible puisque le diagnostic principal était celui d'un trouble de la personnalité sur fond de séropositivité. Il a ainsi considéré que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 16 février 2016 et qu'il bénéficiait depuis toujours d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise.

Selon la communication interne du 31 août 2018, l'OAI, après avoir pris connaissance des comptes 2013 à 2017 de l'entreprise de l'assuré, a estimé que les résultats comptables étaient influencés par ses problèmes de santé depuis de nombreuses années, si bien qu'il y avait lieu de déterminer son revenu sans invalidité sur la base des données salariales statistiques.

Il ressort du rapport final du Service de réadaptation du 12 septembre 2018 que l'assuré se déclarait incapable de suivre des mesures professionnelles à cause de sa fatigue et de la médication lourde.

Par projet de décision du 24 septembre 2018, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, soit six mois à compter de la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations. Il a retenu que l'incapacité de travail était de 100 % dans son activité habituelle de restaurateur indépendant, mais qu'il bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Se référant aux données salariales statistiques, l'OAI a retenu que l'assuré pourrait réaliser un revenu d'invalidité de 32'055 fr. 46 qui, comparé au revenu sans invalidité de 67'485 fr. 18, donnait un taux d'invalidité de 52,50 %.

Lors d'un entretien téléphonique du 27 novembre 2018, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son psychiatre lui recommandait d'entamer des mesures de réinsertion à 50 %, mais a précisé qu'il ne se sentait pas en état de suivre ces mesures et que ce serait un échec assuré.

Le 22 janvier 2019, l'OAI a rendu une décision reprenant les termes de son projet du 24 septembre 2018.

**B.** Par acte du 15 février 2019, W. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016. Il a invoqué que l'OAI le considérait trop malade pour être réinséré, ce qui signifiait qu'il ne pouvait plus travailler et que son incapacité de travail était de 100 %.

Dans sa réponse du 15 avril 2019, l'OAI a relevé que lors des entretiens avec le conseiller en profession les 12 septembre et 27 novembre 2018, l'assuré s'était déclaré incapable de mener à bien des mesures de reclassement professionnel si bien que le spécialiste en ce

domaine avait estimé que ces mesures ne permettraient pas de réduire le préjudice économique.

Par courrier du 13 mai 2019, l'assuré a produit un rapport médical établi le 16 avril 2019 par le Dr F.\_\_\_\_\_. Celui-ci estimait que l'expertise du C.\_\_\_\_\_ était complète et détaillée, mais considérait justifié de conserver le diagnostic de trouble dépressif récurrent, atteinte qu'il avait de nouveau pu observer lors du dernier bilan. Le psychiatre traitant s'est éloigné de l'appréciation des experts quant à l'évaluation de la capacité de travail, précisant qu'il n'avait pas pu envisager sérieusement une reprise d'activité.

Dans sa détermination du 22 mai 2019, l'OAI a maintenu sa position, relevant que le rapport produit ne faisait pas état d'éléments qui auraient été ignorés des experts.

Le 12 juillet 2019, l'assuré a notamment transmis un rapport médical du 7 juin 2019, dans lequel le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'existence d'un trouble dépressif chronique et fluctuant ne faisait pas de doute, que l'assuré présentait une aboulie, une asthénie, des angoisses, des idéations suicidaires fréquentes et intenses, un apragmatisme, qu'il faisait part de plaintes dépressives, demeurait enfermé chez lui plusieurs jours par semaine, négligeant ses affaires et ses soins personnels. Il paraissait très peu probable au psychiatre traitant que l'assuré puisse fonctionner comme responsable d'un établissement comme auparavant, ce qui entraînait une perte de rendement de 20 % allant au-delà de la diminution de la capacité de travail retenue par l'expert.

Le 16 août 2019, l'assuré a produit un rapport rédigé le même jour par le Dr V.\_\_\_\_\_. Celui-ci s'est étonné qu'un expert qui voit un patient une ou deux fois puisse avoir un avis prépondérant à celui de la personne qui le soignait au jour le jour. Il a relevé que la trithérapie prise par l'assuré pouvait entraîner des troubles neuropsychologiques sous forme d'une sensation d'ébriété, d'une fatigue. Ce traitement avait été modifié en avril 2016 avec amélioration de la fatigue. Selon lui, l'on

pouvait clairement suspecter l'existence de troubles neuropsychologiques chez l'assuré, notamment au vu de l'IRM montrant une atrophie cortico-sous-corticale. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré avait présenté un trouble de la lignée dépressive avec idées suicidaires et d'importantes angoisses.

Dans ses déterminations du 5 septembre 2019, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs nouveaux, que les experts avaient connaissance des bilans neuropsychologiques et du rapport d'IRM relatif à l'atrophie cortico-sous-corticale. Il a estimé qu'il n'y avait pas de raison de retenir une diminution de rendement de 20 % également dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles exercée à 50 % et répartie sur la semaine.

Dans un courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2019, le mandataire de l'assuré a indiqué que lors d'un appel téléphonique, son client avait tenu des propos incohérents dont il ne se souvenait plus, ce qui paraissait corroborer les traits psychotiques évoqués par le Dr F.\_\_\_\_\_. Il ressortait également d'une note d'entretien à l'OAI qu'il avait eu un discours confus et peu clair. Le recourant a reproché à l'OAI de ne pas avoir mené d'investigations plus approfondies quant à l'existence d'un possible syndrome de Susac, rappelant qu'il s'était plaint d'une diminution de ses capacités auditives et également visuelles. Il ressortait du rapport du Centre [...] du 2 novembre 2016 qu'il avait été adressé à la consultation du Prof. Z.\_\_\_\_\_ pour complément d'investigation d'une éventuelle atteinte du système nerveux central par le VIH ; or les experts n'avaient semble-t-il pas interpellé ce praticien ni ordonné de telles investigations. Le recourant a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il a par ailleurs indiqué que ses problèmes dermatologiques, déjà présents sous forme d'eczéma, avaient empiré de manière spectaculaire, ce qui avait justifié le dépôt d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Finalement, il a fait valoir que c'était son conseiller en placement qui l'avait considéré inapte à suivre des mesures de reclassement.

Invité par la juge instructrice à produire une copie de l'enveloppe ayant contenu la demande de prestations de l'assuré ou toute pièce utile permettant de déterminer la date d'envoi de cette demande, l'OAI a fait savoir, le 24 février 2020, qu'il n'avait pas cette enveloppe au dossier car il gardait uniquement celles des envois recommandés.

Par courrier du 28 février 2020, la juge instructrice a imparti un délai au recourant pour communiquer la date à laquelle il avait posté sa demande de prestations AI datée du 27 mai 2016.

Le recourant a indiqué, par courrier du 11 mars 2020, qu'il n'avait pas de document permettant d'objectiver la date d'envoi de sa demande, mais qu'il avait coutume de poster ses courriers de suite, usuellement sous pli A. Il a fait valoir qu'il fallait retenir comme date de départ du délai d'attente le 13 mai 2016, date à laquelle l'OAI avait constaté, à la suite de la procédure de détection précoce, que le dépôt d'une demande était indiqué. Il a notamment produit le projet d'acceptation par l'OAI d'une allocation pour impotent de degré faible dès le 1<sup>er</sup> mars 2020 et a invoqué que la reconnaissance du besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie n'était pas compatible avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle et devait conduire à la reconnaissance d'une invalidité complète, à tout le moins depuis mars 2019.

### **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 des prestations de l'assurance-invalidité plus amples que la demi-rente d'invalidité qui lui a été allouée à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

**b)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2).

**c)** En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 22 janvier 2019, de sorte qu'il n'y a pas lieu, dans le cadre de la présente procédure, d'examiner une éventuelle modification du taux d'invalidité qui serait intervenue ultérieurement, notamment en lien avec la reconnaissance, depuis mars 2019, du besoin du recourant d'être accompagné pour faire face aux nécessités de la vie, comme cela figure dans le projet de décision de l'OAI du 2 mars 2020 relatif à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible.

**3. a)** Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation

professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

**b)** Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et réf. cit.), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C\_609/2009 15 avril 2010 consid. 9.2 et la référence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et réf. cit.).

**4.** En l'occurrence, le recourant reproche à l'OAI, et plus particulièrement à son conseiller en placement, d'avoir retenu à tort qu'il n'était pas motivé au suivi de mesures de réadaptation. Il estime qu'il n'y a pas de raison de faire prévaloir la version rédigée par l'assureur, contenue dans des documents qu'il n'a par ailleurs pas signés. Il faut cependant constater que le fait que le recourant ne se sentait pas capable de suivre des mesures de réinsertion a été consigné tant dans la note de l'entretien du 15 août 2016 que de celui du 12 septembre 2018, par deux collaborateurs différents de l'OAI. Dans ces conditions, il est très peu vraisemblable que ces notes d'entretien concordantes ne reflètent pas les réelles déclarations du recourant. Quoiqu'il en soit, on ne saurait déduire de son comportement qu'il avait la volonté de suivre des mesures de réadaptation. Il faut en effet constater que le présent recours vise l'octroi d'une rente entière à la place de la demi-rente qui lui a été octroyée et que les rapports médicaux produits par l'assuré vont dans le sens d'une pleine incapacité de travail. Dans ces circonstances, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir considéré que le recourant n'était pas

subjectivement disposé à suivre une mesure de réadaptation et d'avoir directement statué sur son droit à la rente.

Le recourant garde par ailleurs la possibilité de contacter l'OAI en vue de solliciter une aide au placement.

**5. a)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

**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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**c)** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6. a)** Selon le recourant, le fait que l'OAI a renoncé à mettre en place une mesure de réadaptation professionnelle ne peut que signifier qu'il est incapable de travailler. Comme mentionné ci-dessus (consid. 4), l'OAI a considéré que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées du fait que l'assuré n'apparaissait pas subjectivement prêt à suivre de telles mesures. Cela n'a toutefois pas d'influence sur sa capacité de travail théoriquement exigible, qui doit être fixée sur la base d'avis médicaux (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** S'agissant de la capacité de travail du recourant, l'OAI s'est basé sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du C.\_\_\_\_\_ du 14 mai 2018, auxquelles s'est rallié le SMR. Ces conclusions ont été prises par les experts de manière motivée et circonstanciée en toute connaissance du dossier de l'assuré et de son anamnèse, en tenant

compte de ses plaintes. Le rapport d'expertise peut donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr F.\_\_\_\_\_ reconnaît d'ailleurs que cette expertise est complète et qu'elle retranscrit fidèlement ses propos (rapport du 16 avril 2019). De même, le Dr V.\_\_\_\_\_ n'avait pas non plus de remarques à formuler en lien avec la facture de l'expertise en tant que telle (rapport du 16 août 2019).

Les médecins traitants ont cependant un avis divergent des experts quant aux diagnostics et à la capacité de travail retenus, estimant que l'assuré présente un trouble dépressif récurrent ainsi que des troubles neuropsychologiques, dont il y a lieu de tenir compte dans l'évaluation de sa capacité de travail.

**aa)** Le fait que les conclusions des experts s'écartent de celles des médecins traitants sur le plan psychique s'explique notamment par le fait que les plaintes émises par le recourant lors de l'expertise et les observations des experts ne rejoignent qu'en partie les éléments contenus dans les rapports des médecins traitants.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ avait observé chez le recourant des symptômes dépressifs, avec une asthénie majeure et une humeur triste, qui s'étaient nettement aggravés au moment du décès de son père en septembre 2015. L'assuré se plaignait également d'anhédonie, d'une absence de motivation et d'énergie (rapport médical du 5 février 2016). Lors des consultations, le recourant avait évoqué un important état dépressif, avec une absence d'énergie, de la tristesse et des envies suicidaires, de même que des angoisses importantes (rapport médical du 16 août 2019).

Dans son rapport du 20 juillet 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ retient comme limitations fonctionnelles une asthénie, un ralentissement, une perplexité, des troubles de la concentration, de l'attention et des ruminations stériles. Il fait état d'automutilations à répétition sous forme de veinosection, qui ont cessé depuis que le recourant est en couple. L'état de santé de ce dernier s'était ensuite aggravé avec une apathie de

plus en plus marquée et un apragmatisme (rapport du 20 décembre 2016), jusqu'au point où il restait cloîtré chez lui la plupart du temps et ne s'occupait plus de ses affaires (rapport du 17 août 2017). Le Dr F. \_\_\_\_\_ a observé un nouveau virage dépressif en mars 2019 avec reprise des idées suicidaires (rapport du 16 avril 2019). Il atteste que ces différents symptômes sont toujours présents et que l'état dépressif est fluctuant (rapport du 7 juin 2019).

De leur côté, les experts ont relevé de manière concordante que l'assuré se plaignait d'une fatigue et d'une fatigabilité importantes, de troubles de la concentration et de l'attention, d'importantes angoisses avec des sortes de blocages, ainsi que de troubles du sommeil (expertise p. 9, 10 et 11). Le recourant a en outre fait part de troubles de l'humeur à l'expert neurologue (p. 10). Il a en revanche indiqué tant à l'expert psychiatre qu'au neuropsychologue qu'il ne se sentait pas particulièrement triste, ni déprimé car il était bien entouré par son ami, sa mère et quelques amis proches (p. 10 et 21).

Au niveau de leurs observations, l'expert neurologue et le psychiatre ont constaté que le recourant était légèrement ralenti (p. 17 et 18). Le Dr T. \_\_\_\_\_ relève cependant que la mimique du visage et le regard du recourant n'exprimaient pas de tristesse, que son humeur était euthymique et il précise qu'il n'a pas observé de déficit attentionnel durant l'entretien (p. 18). Le neuropsychologue a conclu à la présence d'un ralentissement à la plupart des tâches d'attention ainsi qu'à un déficit en attention divisée, tout en précisant que les résultats des tests contrastaient avec le fait que le recourant pouvait conduire sa voiture au moins sur des trajets moyens (p. 24).

Dans sa synthèse, le Dr T. \_\_\_\_\_ a tenu compte des éléments qui précèdent. Il a également pris en considération le fait que le recourant a tendance à s'isoler, qu'il n'arrive pas à faire des choses en raison d'une angoisse qui le bloque, que son désir sexuel a diminué, qu'il se sent fatigué et fatigable, qu'il rumine ses problèmes, a parfois de la peine à se concentrer, qu'il a fait deux tentatives de suicide en 2014 et plusieurs

automutilations avant de rencontrer son ami, qu'il a progressivement arrêté toutes ses activités depuis 2015 et a beaucoup réduit sa vie sociale (p. 27). Au final, l'expert estime que le recourant présente une symptomatologie dépressive, mais plutôt légère, et qu'il n'y a pas lieu de retenir le diagnostic d'épisode dépressif en l'absence de signes clairs orientant vers un tel diagnostic. Il souligne que l'expertisé lui-même ne se sent pas profondément déprimé et explique que s'il fait peu de choses, ce n'est pas par un manque d'envie, mais en raison d'une angoisse qui le bloque (p. 28).

Le Dr T.\_\_\_\_\_ retient en effet un diagnostic d'anxiété généralisée, exposant que le recourant se trouve régulièrement angoissé et stressé car il se sent dépassé par la charge de travail et les responsabilités. Il estime que cette anxiété existe depuis le début de l'âge adulte et qu'elle s'est accentuée depuis le décès de son père en avril 2015. Il mentionne que l'expertisé décrit des troubles neurovégétatifs tels que palpitations, nausées, gêne épigastrique, et que son anxiété provoque des difficultés de concentration et des troubles du sommeil (p. 28).

Il ressort de ce qui précède que le Dr T.\_\_\_\_\_ expose de manière détaillée et convaincante pourquoi il écarte le diagnostic de trouble dépressif et retient celui d'anxiété généralisée.

Tant l'expert psychiatre que le neuropsychologue ont en outre relevé que le recourant avait une présentation par moments étrange, qu'il paraissait perplexe et riait parfois de manière immotivée (p. 18, 20 et 21). Le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne également que le Dr F.\_\_\_\_\_ avait observé un émoussement affectif. L'expert estime cependant que l'existence d'un trouble psychotique n'est pas claire, retenant notamment que le recourant ne présente pas clairement de délire, ni d'hallucinations (p. 28).

Le Dr T.\_\_\_\_\_ pose en revanche le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. Il retient des traits de personnalité labile de type borderline sous forme d'une tendance à des comportements auto-agressifs (automutilations, tentatives de suicide) et évoque des

symptômes dissociatifs transitoires, se référant à ce que le Dr F.\_\_\_\_\_ décrit comme l'épreuve de réalité qui n'est pas toujours clairement présente (p. 29). Il constate également des traits de personnalité évitante et dépendante, se manifestant par une préoccupation excessive de la crainte d'être jugé, le besoin d'être pris en charge par son entourage et la difficulté à initier des activités seul (ibidem).

Dans son courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2019, le mandataire du recourant relate qu'au cours d'un appel téléphonique, le recourant lui a tenu des propos incohérents, allant jusqu'à l'inviter à téléphoner à M. W.\_\_\_\_\_, et estime que cet événement paraît corroborer les traits psychotiques évoqués par le Dr F.\_\_\_\_\_. Il sied toutefois rappeler que pour pouvoir 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). Or le recourant, respectivement son mandataire, ne produisent pas de rapport médical faisant état d'un trouble psychotique. Il faut en outre relever que le Dr T.\_\_\_\_\_ a tenu compte, dans son appréciation, des difficultés relationnelles et bizarreries du comportement du recourant impliquées par l'anxiété généralisée et le trouble de personnalité mixte décompensé (p. 31).

**bb)** Au niveau neuropsychologique, le Dr V.\_\_\_\_\_ considère dans son rapport du 16 août 2019 que l'on peut clairement suspecter la présence de troubles neuropsychologiques au vu non seulement des résultats de l'examen pratiqué lors de l'expertise, mais surtout de l'atrophie cortico-sous-corticale révélée par IRM, qui est un élément objectif. Il indique que ces troubles peuvent être mis sur le compte soit des problèmes psychiques, soit de l'infection VIH, précisant que le traitement antirétroviral peut entraîner comme effets secondaires des troubles neuropsychologiques sous forme d'une sensation d'ébriété et d'une fatigue.

A la lecture de l'expertise, il apparaît que les experts et le neuropsychologue ont reconnu l'existence de divers troubles neuropsychologiques, mais ont estimé que la validité de l'examen était insuffisante pour se prononcer sur leur intensité réelle, et par conséquent pour poser un diagnostic neuropsychologique ou une limitation de la capacité de travail (expertise p. 24 et 27). Le neuropsychologue explique de manière convaincante pour quelles raisons il parvient à cette conclusion. On peut relever à cet égard que le Dr V. \_\_\_\_\_ ne prend pas position sur les éléments ayant conduit à douter de la validité des tests effectués, allant dans le sens d'un défaut d'effort. Les experts ont par ailleurs pris leurs conclusions en ayant connaissances de l'atrophie cortico-sous-corticale mise en évidence, que le Dr H. \_\_\_\_\_ juge d'ailleurs à la limite du significatif (expertise p. 26). Le rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ n'apparaît dès lors pas suffisant pour remettre en cause le rapport d'expertise.

**cc)** Dans son courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2019, le mandataire du recourant reproche à l'OAI et aux experts de ne pas avoir investigué plus amplement la question d'une éventuelle maladie de Susac, évoquée dans le rapport médical établi le 2 février 2017 par le Dr K. \_\_\_\_\_. A la lecture de ce rapport, on constate toutefois que le Dr K. \_\_\_\_\_ avait écarté un tel diagnostic puisqu'il écrit que les résultats de l'IRM « auraient pu suggérer un syndrome de Susac » et qu'il cite ensuite les éléments allant à l'encontre d'un tel diagnostic, à savoir le fait que l'assuré n'avait qu'un acouphène bilatéral, qu'il n'avait pas d'hypoacousie ni d'autres symptômes. La situation était dès lors claire et il faut relever que la consultation prévue auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_ était en lien non pas avec ce syndrome, mais en vue d'investigations d'une éventuelle atteinte du système nerveux central par le VIH (rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2016). Il n'est pas déterminant de savoir si cette consultation a pu ou non avoir lieu puisque le recourant a, dans le cadre de l'expertise, été examiné tant par un neurologue qu'un spécialiste en médecine interne, qui ont pris leurs conclusions en connaissance du rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ (expertise p. 25), lesquelles peuvent, comme déjà mentionné, se voir reconnaître une pleine valeur probante.

**dd)** Il est en outre admis que le recourant souffre d'une infection HIV. Le Dr H.\_\_\_\_\_ considère que celle-ci est sans atteinte neurologique *stricto sensu* clairement documentable. Il explique en effet que les lésions hyperintenses en T2 mises en évidence à l'IRM cérébrale sont compatibles avec des lésions d'hypertension artérielle, et moins probablement avec des manifestations du SIDA. Il juge en outre que la discrète atrophie cortico-sous-corticale est à la limite du significatif (expertise p. 26).

Les autres diagnostics retenus par les experts, à savoir une fracture de la jambe droite dans l'enfance, une fracture de la clavicule gauche opérée en 2016 et une hypertension artérielle, sont jugés sans influence sur la capacité de travail du recourant, ce qui n'est pas contesté.

**c)** En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique qu'une reprise d'activité n'a jamais sérieusement pu être envisagée, le recourant n'ayant pu assurer qu'une présence très limitée à son travail avec un rendement anecdotique (rapport médical du 16 avril 2019). Son appréciation ne diverge pas de celle des experts sur ce point, lesquels concluent également qu'une reprise de l'activité habituelle n'est pas exigible. Ils estiment en revanche que le recourant bénéficie d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, contrairement au Dr F.\_\_\_\_\_, qui considère qu'il n'existe aucune capacité de travail exigible dans l'économie normale (rapports des 20 décembre 2016 et 22 mars 2017).

Le Dr P.\_\_\_\_\_ estime que la fatigue décrite par l'assuré est vraisemblablement à mettre sur le compte de la trithérapie et qu'elle peut être responsable d'une baisse de rendement de l'ordre de 20 % (expertise p. 26). Ce point n'est pas contesté en tant que tel par les médecins traitants, le Dr V.\_\_\_\_\_ précisant à cet égard que le traitement de trithérapie avait été modifié en avril 2016, avec une amélioration de la fatigue (rapport du 16 août 2019). C'est en revanche l'influence des

problèmes psychiques du recourant sur sa capacité de travail qui est contestée par les médecins traitants.

Selon la jurisprudence, l'évaluation de la capacité de travail en cas d'affection psychique doit dorénavant se faire en tenant compte d'indicateurs, comprenant d'une part un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, et d'autre part un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Il faut constater que les experts ont tenu compte des nouveaux critères jurisprudentiels dans leur appréciation, comme le démontre le contenu de leur expertise en pages 29 à 31. Ils ont ainsi évalué la capacité de travail du recourant en prenant en considération l'aggravation de ses troubles psychiques courant 2015 et 2016, l'existence d'un trouble mixte de la personnalité, ses ressources personnelles et externes, son attitude face au traitement ainsi que la cohérence des affections avec ses activités quotidiennes. Ils concluent au final à une capacité de travail de 50 % sans diminution de rendement dans une activité adaptée, avec peu de contacts sociaux, ne nécessitant pas une grande autonomie, avec peu de responsabilités, ne nécessitant pas le respect de délais, impliquant le moins de stress et d'adaptation possible. Au titre des limitations fonctionnelles, ils retiennent ainsi des difficultés relationnelles, des bizarreries de comportement, des difficultés dans la gestion des émotions, des difficultés dans les tâches administratives, des difficultés dans la gestion du traitement et une hypersensibilité au stress. Ils considèrent que cette capacité de travail est exigible depuis septembre 2015. Il n'y a pas de raison de s'écarter de leur appréciation, qui est pleinement convaincante. A noter que les experts ont indiqué que le traitement psychiatrique intégré devrait permettre au recourant de récupérer une pleine capacité de travail dans toute activité d'ici un an s'il adhérerait au suivi psychique, mais que le SMR s'est distancé de leurs conclusions sur ce point, jugeant qu'il n'y avait pas de traitement psychiatrique exigible puisque le diagnostic principal était celui d'un trouble de la personnalité sur fond de séropositivité.

Le recourant estime qu'il y a encore lieu de tenir compte d'une perte de rendement de l'ordre de 20 % dans toute capacité résiduelle. Il faut toutefois constater que les experts ont précisé que la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée retenue n'était pas accompagnée d'une diminution de rendement supplémentaire (expertise p. 31). S'il existe une diminution de rendement de 20 % en raison de la fatigue liée à la trithérapie, celle-ci se rapporte à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant (p. 32), si bien qu'elle est déjà prise en compte dans la capacité de travail diminuée retenue.

**d)** Le recourant ne conteste pas le calcul du taux d'invalidité opéré par l'OAI, qui peut en effet être confirmé. Le recours aux données salariales statistiques pour établir les deux revenus, avec et sans invalidité, paraît en effet tout à fait justifié, de même que l'abattement de 5 % opéré sur le revenu d'invalidité. C'est donc à juste titre que l'OAI a reconnu que le recourant présentait un degré d'invalidité de 52,5 %.

**7. a)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

A cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que, conformément à la jurisprudence relative à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques d'une demande est celle à laquelle la requête a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe (TF 9C\_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 5 et réf. cit.).

**b)** Le devoir général de tenue des dossiers qui incombe aux autorités est le pendant – découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] – du droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier et d'obtenir

l'administration des preuves pertinentes. Toute autorité a ainsi l'obligation de tenir un dossier complet de la procédure, afin de permettre à toute personne concernée d'en prendre connaissance dans les meilleures conditions et, en cas de recours, de pouvoir le transmettre à l'autorité de recours. Elle est par conséquent tenue de consigner dans le dossier tous les éléments essentiels pour l'issue du litige. La garantie constitutionnelle à une tenue claire et ordonnée des dossiers oblige les autorités et les tribunaux à veiller au caractère complet de la documentation produite ou établie en cours de procédure. Dans le droit des assurances sociales, l'art. 46 LPGa concrétise le devoir général de tenue des dossiers, en tant que cette disposition impose aux assureurs (notamment aux organes d'exécution de l'assurance-chômage), lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et réf. cit.).

**c)** La procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3). Lorsque l'art. 46 LPGa n'est pas respecté, le fardeau de la preuve peut être renversé, passant ainsi vers l'assureur, pour autant que la violation de cet article soit la cause pour l'assuré de l'impossibilité de fournir une preuve (ATF 138 V 218 consid. 8.1 ; TF 9C\_207/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.2 ; TF 9C\_570/2016 du 5 décembre 2016

consid. 5 ; Guy Longchamp, in : Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 18 ad art. 46 LPGA). Tel est notamment le cas pour des questions de respect des délais, lorsqu'une preuve a été adressée sous pli simple à l'autorité et que, en violation des règles de gestion des actes de procédure, l'enveloppe qui contenait la preuve a été égarée, rendant ainsi la production d'une preuve attestant du respect des délais impossible pour l'autre partie (ATF 138 V 218 consid. 8.1.1).

**8.** En l'occurrence, la demande de prestations a été remplie par le recourant en date du 27 mai 2016 et elle porte un timbre de réception par l'OAI du 2 juin 2016. Le dossier produit par l'intimé ne permet toutefois pas de savoir quand cette demande a été postée. L'OAI a précisé ne pas avoir conservé l'enveloppe contenant cette demande du fait qu'elle n'avait pas été expédiée en recommandé. Or, en ne versant pas au dossier l'enveloppe ayant contenu la demande de prestations, l'intimé a violé son obligation de tenir un dossier complet au sens de l'art. 46 LPGA. Il rend ainsi impossible pour le recourant d'apporter la preuve de la date à laquelle il a remis à la poste sa demande de prestations AI. Partant, le fardeau de la preuve quant à cette date doit être renversé, passant ainsi à l'intimé, de sorte qu'il convient de retenir que l'intéressé a posté sa demande du 27 mai 2016 dès qu'il a pu le faire, soit à fin mai 2016 encore. Celui-ci a d'ailleurs indiqué qu'il postait généralement ses courriers sans délai. Comme mentionné ci-dessus (consid. 7a), c'est cette date qui est déterminante pour faire partir le délai de l'art. 29 LAI. La procédure de détection précoce a entre autres pour but de déterminer si une telle demande est indiquée ou non (art. 3c al. 6 LAI), mais ne constitue nullement une demande de prestations au sens de l'art. 29 LPGA. Compte tenu de ce qui précède, le droit à la rente du recourant devait prendre naissance à l'échéance d'un délai d'attente de six mois à compter de fin mai 2016, soit le 1<sup>er</sup> novembre 2016 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**9. a)** Le recours doit par conséquent être très partiellement admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 100 fr. à la charge de l'office intimé et par 300 fr. à la charge du recourant qui n'obtient que très partiellement gain de cause.

Par ailleurs, assisté d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est très partiellement admis.
- II. La décision rendue le 22 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que W.\_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2016.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis par 100 fr. (cent francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de W.\_\_\_\_\_.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de dépens, fixée à 500 fr. (cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour le recourant),
- 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).

La greffière :