

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juin 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; 43 al. 1 LPGA.

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a exercé la profession de trader pour le compte de S._____ SA du 1^{er} juin 2004 au 30 avril 2010, ainsi qu'auprès de la société P._____ SA entre le 1^{er} mai 2010 et le 31 août 2011. Il n'a pas repris d'activité lucrative depuis lors. Par ailleurs, il était lié avec L._____ par un partenariat enregistré, célébré le 23 décembre 2010 et dissout le 7 février 2013.

A l'appui de sa demande du 23 février 2018, l'assuré a requis des prestations sous forme de rente d'invalidité et de mesures professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une incapacité de travail de 100 %, à compter du 1^{er} janvier 2014. S'agissant de ses atteintes à la santé, il a indiqué « HIV [ou VIH ; human immunodeficiency virus ou virus de l'immunodéficience humaine positif], effets secondaires traitement, dépression, fatigue, problèmes de sommeil, de digestion et cardiaques ; problèmes psychiques ».

Par rapport du 4 mai 2018, la Dre T._____, spécialiste en infectiologie et en médecine interne générale, a notamment établi les diagnostics de troubles neuropsychologiques, dont l'origine n'était pas clairement établie et pour lesquels des investigations étaient en cours, d'infection HIV (stade CDC A1, diagnostiquée le 13 janvier 2014 au stade de primo-infection tardive), de côlon irritable, ainsi que d'hyperuricémie et goutte. Elle a indiqué que son patient était sous traitement antirétroviral, lequel montrait une bonne efficacité, notant toutefois que l'assuré se plaignait, depuis quelques mois, de troubles neuropsychologiques avec des maux de tête récurrents (surtout lors de stress), lesquels avaient motivé une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale qui s'était révélée normale ; l'intéressé se disait également très fatigué et « pas très bien moralement ». S'agissant de la capacité de travail, cette médecin a considéré que tout dépendrait de l'évolution des troubles neuropsychologiques - pour lesquels elle préconisait la mise en œuvre d'un bilan neuropsychologique - et de la possibilité d'en traiter la

cause, tout en estimant que le pronostic était moyen. Elle n'était en revanche pas en mesure d'indiquer s'il existait des limitations fonctionnelles.

Dans son rapport du 23 novembre 2018, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 [Classification internationale des maladies] F 41.2), d'insomnies non organiques (CIM-10 F 51.0) et de trouble de la personnalité de type narcissique. Les limitations fonctionnelles correspondaient à une vulnérabilité au stress, une diminution de l'attention et de la concentration, des difficultés à maintenir un rythme de travail intensif, un état dépressif (lequel engendrait une anhédonie, une fatigue, des troubles du sommeil et une baisse des capacités mentales) et une crainte de s'effondrer physiquement et psychiquement. Ce psychiatre a relevé que son patient déclarait être dans l'incapacité totale de travailler, quelle que soit l'activité envisagée, et a indiqué ce qui suit (sic) :

« [...] **2 Situation médicale**

2.1 Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient / de la patiente

Mr G._____ est le 2^{ème} enfant d'une fratrie de trois et entretient de bons contacts avec son frère et sa sœur. Son enfance est très difficile, marquée par la violence de son père, ancien militaire licencié de l'armée du fait de son alcoolisme. Le père isole la famille, interdisant les grands-parents maternels de voir ses petits-enfants. Le patient raconte des scènes très violentes, comme par exemple, lorsque, à l'âge de 13 ans, son père menaçait de tuer toute la famille avec une arme à feu, puis de se tuer lui-même ensuite. Il est alors terrifié. Sa mère est employée de banque durant sa jeunesse, puis ouvrière dans une entreprise de développement de photographies. Le patient l'a toujours connue déprimée : enfant, il assiste notamment à l'une de ses tentatives de suicide, sa mère s'ouvrant les veines devant lui.

Son adolescence est marquée par un important repli sur lui-même, du fait de la découverte de son homosexualité qui lui fait se sentir différent.

[...] Lors de sa dernière année d'apprentissage, son père décède de façon assez mystérieuse, mais officiellement d'une « mort naturelle ». Mr G._____ pense alors qu'il s'est suicidé, mais l'armée lui déconseille de demander une autopsie, le prévenant que s'il s'agit d'un suicide, il ne bénéficierait pas de rente d'orphelin. Il se demande encore toujours pourquoi l'armée l'a dissuadé d'éclaircir la

raison de son décès et questionne l'effet malsain de cet environnement, les conséquences que celui-ci aurait pu avoir sur son père. [...]

De 20 à 25 ans, il part aux [...] pour y effectuer [...], équivalent du gymnase, afin d'apprendre l'anglais, et obtient un certificat de langues. [...] Il rencontre toutefois rapidement L. _____ lors d'un voyage au [...], avec qui il entame une relation très sérieuse. Afin qu'il puisse vivre ensemble en Suisse, le couple s'enregistre comme partenaires en décembre 2010, le patient a marié un homme et il s'est ensuite rendu compte qu'il s'agissait d'un mariage gris. Cet événement a eu un impact sur sa confiance et son estime de soi. En 2012, il vit une rupture très douloureuse avec L. _____ qui le trompait et prenait de la drogue. Le patient a alors très peur d'être contaminé par le VIH. Alors qu'il s'investissait énormément dans cette relation, le patient ressent une grande trahison et sombre alors dans une profonde dépression. En 2013, le patient est perdu psychologiquement et en arrive paradoxalement à ne pas se protéger lors d'un rapport sexuel, et découvre être positif au VIH, ce qui le laisse dans un profond désarroi. [...]

En 2011, le patient est licencié de son entreprise [...] qui fait faillite. Le patient peine alors à retrouver un poste de tradeur, cadre supérieur pour lequel il a les qualifications et n'a pas repris d'activité professionnelle depuis.

En août 2017, la mère du patient est opérée de la thyroïde et son état de santé s'aggrave, péjoré depuis cette opération. Atteinte d'une dégénérescence fronto-temporale, elle est toujours actuellement hospitalisée en psychiatrie à [...], dans l'attente d'une place en EMS. Curateur de sa mère, le patient va la voir très régulièrement et occupe une place importante dans les décisions médicales et administratives qui concernent sa mère. Choqué par la brutale dégradation de son état, l'angoisse et les insomnies du patient se sont aggravées depuis l'été 2017.

2.2 Situation et symptômes médicaux actuels

Patient très angoissé face à sa maladie VIH ainsi que les soucis de santé de sa mère. Patient qui connaît régulièrement d'importants passages dépressifs marqué par un sentiment de fatigue intense, qui le conduit à rester allongé. Il souffre également d'insomnies et de cauchemars.

Boulimie, maux de tête, nausées, constipation.

Pertes de mémoire récurrentes et terrorisé par l'idée de perdre son autonomie psychique comme sa mère.

Émergence d'une colère intense qu'il peine à contenir et l'épuise durant plusieurs jours. [...] ».

Dans un rapport complémentaire du 24 juillet 2019, le Dr K. _____ et X. _____, psychologue, ont précisé que la psychothérapie psychanalytique était suivie à raison de deux séances par mois et que leur patient prenait une demi-capsule par jour de Deanxit (antidépresseur tricyclique), refusant une médication plus adaptée. De surcroît, ils ont noté

une évolution défavorable avec l'apparition de crises de somnambulisme et une péjoration de l'état anxiodépressif, en raison des problèmes de santé de la mère de leur patient. Selon ces praticiens, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, l'assuré étant débordé par ses angoisses et sa fatigue depuis 2018. S'agissant d'une activité adaptée, ils ont mentionné que leur patient ne s'imaginait pas reprendre une quelconque activité, ceci depuis 2018.

Dans un avis du 29 novembre 2019, la Dre Z._____, spécialiste en chirurgie auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a recommandé que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets psychiatrique, neuropsychologique et de médecine interne générale.

Le 15 juin 2020, les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts auprès du W._____ Sàrl (ci-après : le W._____), ont rendu un rapport d'expertise. A celui-ci était annexé un rapport d'examen neuropsychologique du 8 juin 2020 d'A._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie.

Dans leur rapport d'expertise du 15 juin 2020, les experts ont consensuellement estimé qu'il n'existait aucun diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail et retenu, sans effet sur la capacité de travail, une infection par le VIH (traitée ; CDC A I), un côlon irritable, ainsi qu'une hyperuricémie et goutte. En particulier, sur le plan psychique, il n'existait pas de trouble spécifique de la personnalité, l'expertisé présentant quelques traits persécutoires de personnalité inhérents à l'industrie pharmaceutique et à son homosexualité ; leur intensité et leur nombre n'atteignaient toutefois pas le seuil d'un trouble. Par ailleurs, l'assuré était parvenu à fonctionner normalement jusqu'à ce jour. En l'absence de diagnostic incapacitant, les experts ont considéré qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles. Par conséquent, ils ont retenu que la capacité de travail était complète, dans toute activité, habituelle ou adaptée.

Quant à la neuropsychologue, elle a estimé, dans son rapport du 8 juin 2020, que le tableau clinique évoquait un trouble neuropsychologique léger (selon la table 1 de l'ASNP [Association Suisse des Neuropsychologues] - 2015), lequel pourrait se comprendre dans le cadre d'une éventuelle symptomatologie anxieuse et dépressive, laquelle était auto-rapportée par l'assuré dans un questionnaire de dépistage, et des troubles du sommeil décrits, lesquels étaient susceptibles de s'améliorer par une meilleure hygiène de sommeil.

Dans un avis SMR du 30 juin 2020, la Dre Z. _____ s'est ralliée aux conclusions des experts.

Par projet de décision du 2 juillet 2020, l'OAI a informé l'assuré entendre lui refuser tout droit à une rente d'invalidité.

Le 8 juillet 2020, l'assuré a contesté ledit projet, faisant valoir qu'il souffrait d'une atteinte à la santé durablement incapacitante, liée aux effets secondaires engendrés par le traitement du VIH (soit, en l'occurrence, éruptions cutanées, nausées, fatigue extrême et manque d'énergie, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires, perte de musculature, rythme cardiaque très accéléré après chaque prise du traitement, yeux secs, malaise général, troubles du sommeil [insomnie], troubles alimentaires [prise de nourriture pendant la nuit], cauchemars et rêves anormaux, ballonnements et constipation, syndrome de lipodystrophie [augmentation du tour du cou (bosse de bison) et augmentation du tour de taille (bedaine)], mauvaise répartition des graisses, prise de poids importante [plus de 20 kg] et dépression).

Le 13 août 2020, la Dre T. _____ a transmis son rapport du 18 juin 2020, dans lequel elle indiquait que, depuis 2014, son patient était au bénéfice d'une trithérapie antivirale pour son infection au VIH, laquelle était efficace, compte tenu de la restauration immunitaire constatée et d'une virémie supprimée, ceci toutefois au prix d'effets secondaires rapportés importants. En effet, son patient lui décrivait un état de fatigue très important, des occasionnelles palpitations / myalgies paresthésies

survenant après la prise médicamenteuse, des troubles digestifs fréquents (douleurs / diarrhées / ballonnements), une prise de poids importante avec compulsions alimentaires et des troubles anxieux. Cette médecin précisait également qu'au status clinique, elle constatait une obésité (avec un poids à 101 kg), le reste du status physique étant sans particularité et le bilan biologique étant dans les normes.

En date du 4 septembre 2020, le Dr K. _____ a également communiqué son rapport du 2 septembre 2020, dans lequel il précisait ses diagnostics, retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F 33.1), une anxiété généralisée (CIM-10 F 41.1), des insomnies non organiques et un trouble de la personnalité narcissique. Il indiquait, d'une part, que son patient craignait un effondrement narcissique et luttait contre ce dernier, ce qui l'amenait à s'épuiser et à présenter un état dépressif chronique invalidant, et, d'autre part, observer une péjoration des troubles du sommeil, sous forme de crises de somnambulisme. Son patient se plaignait de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, et mentionnait que la symptomatologie empêchait toute reprise d'activité, y compris adaptée. Selon ce médecin, les limitations fonctionnelles correspondaient à un état anxieux et dépressif associé aux troubles de l'attention, ainsi qu'aux pertes de mémoire et aux insomnies.

Dans un avis SMR du 26 octobre 2020, la Dre Z. _____ a maintenu ses conclusions du 30 juin 2020. Selon elle, les nouveaux rapports médicaux remis par l'assuré n'étaient pas de nature à mettre en doute l'expertise du 15 juin 2020. En effet, dans son rapport du 13 août (recte : 18 juin) 2020, la Dre T. _____ se basait sur les dires de son patient, lequel décrivait une fatigue importante, sans avoir effectué d'évaluation objective sur ce point. Par ailleurs, les effets indésirables liés au traitement trithérapique et la fatigue - dont la cause n'avait pas été déterminée et laquelle pourrait être amendée par une meilleure hygiène de sommeil - avaient été pris en compte par les experts. De même, les troubles cognitifs mentionnés dans le rapport du 2 septembre 2020 du Dr K. _____ étaient également appuyés par les seules plaintes de son patient, et non pas sur un examen spécialisé. De surcroît, l'assuré n'avait

jamais été hospitalisé en psychiatrie, ne bénéficiait d'aucun traitement psychopharmacologique et n'a consulté sa psychologue que deux fois par mois, respectivement par son psychiatre trois fois par année, ce qui parlait contre une atteinte censée être responsable d'une incapacité de travail totale dans toute activité.

Les 10 novembre, 20 novembre et 11 décembre 2020, l'assuré, désormais sous la plume de son conseil, a contesté l'avis du 26 octobre 2020 du SMR, ainsi que l'expertise du 15 juin 2020 du W._____. A l'appui de ses arguments, il a porté au dossier un rapport complémentaire du 27 octobre 2020 de la Dre T._____, dans lequel celle-ci précisait que la prise de poids était un effet secondaire reconnu du Triumeq (traitement trithérapique reçu par l'assuré), de même que l'état de fatigue récurrent, ce qui pouvait avoir des conséquences sur la capacité de travail. Elle mentionnait également qu'un changement de trithérapie avait été proposé à plusieurs reprises ces dernières années, mais que son patient avait préféré garder le traitement actuel. Toutefois, une tentative de simplification par une bithérapie devait être effectuée prochainement.

Par décision du 11 janvier 2021, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité à l'assuré, considérant que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et que ses problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle à 100 %.

B. Par acte du 12 février 2021, G._____, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 11 janvier précédent, concluant, principalement, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 23 août 2018 et, subsidiairement, à son annulation avec renvoi à l'intimé pour complément d'instruction. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise complémentaire portant sur les aspects pharmacologiques, ainsi que de débats publics, comprenant son audition, afin que la Cour de céans « se rende compte de l'importance de ses atteintes à la santé ». En

substance, il a contesté la valeur probante de l'expertise du W._____, faisant valoir l'impartialité du centre d'expertise, des erreurs formelles, que ses plaintes n'avaient pas été prises en compte, que l'anamnèse n'était pas complète et que les conclusions des experts n'étaient pas suffisamment motivées, ceux-ci ne s'étant notamment pas prononcés sur les effets secondaires liés à sa trithérapie. Selon lui, sa capacité de travail était nulle dans toute activité et son taux d'invalidité était de 100 % à compter du 23 août 2018.

Dans sa réponse du 13 avril 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et renvoyé aux considérants de la décision litigieuse.

Répliquant le 21 juillet 2021, le recourant a maintenu ses conclusions du 12 février 2021, réitéré ses arguments et produit un rapport du 25 juin 2021 des Drs H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et B._____, médecin. Ces médecins retenaient un diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F 33.1) et de dysthymie (CIM-10 F 43.1). Le tableau clinique observé présentait des signes et symptômes de la lignée dépressive, à savoir une thymie abaissée, une diminution de l'attention et de la concentration, une diminution de l'élan vital et une augmentation de l'appétit avec des épisodes de « binge eating » nocturne (hyperphagie incontrôlée), et était présent depuis environ huit ans, soit depuis l'annonce de l'infection au VIH. Depuis des années, ce tableau clinique se compliquait de troubles du sommeil, d'aboulie, d'anhédonie, d'isolement social, de troubles mnésiques et de perte de confiance en soi, en lien avec différents facteurs de stress (licenciement, divorce, maladie de la mère et départ à l'étranger d'un frère). Ces médecins soulignaient en particulier la construction de la personnalité sur un terrain familial de pathologies psychiatriques graves, soit l'alcoolisme et la violence du père, ainsi qu'une mère dépressive ayant plusieurs fois tenté de se suicider. La fragilité psychologique du recourant ne l'avait toutefois pas empêché de fonctionner socialement jusqu'en 2013, époque de l'infection au VIH et d'autres traumatismes majeurs marquée par une diminution des capacités du recourant dans le cadre d'un tableau de dépression récurrente. Ces

médecins estimaient que la capacité de travail dans l'activité habituelle de trader était nulle. Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 %, les capacités cognitives étant diminuées sans être totalement annulées. En effet, le recourant pouvait maintenir son attention pour la durée d'une séance et présentait des épisodes de reprise d'énergie, sans jamais néanmoins n'atteindre son niveau fonctionnel habituel. Ces médecins retenaient les limitations fonctionnelles suivantes : diminution de l'attention et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité, ainsi que des troubles mnésiques.

Dupliquant le 30 août 2021, l'intimé a considéré que le rapport des Drs H._____ et B._____ ne permettait pas de revenir sur la capacité de travail telle que retenue par les experts, fondant son appréciation sur un avis SMR du 6 août 2021 de la Dre Z._____.

Dans ses déterminations du 5 novembre 2021, le recourant s'est prévalu d'un nouveau rapport du 3 novembre 2021 du Dr B._____, lequel reprenait en substance les explications fournies à l'appui de son rapport précédent, et a contesté l'appréciation de la Dre Z._____.

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. Est en l'espèce litigieux le droit à une rente d'invalidité du recourant.

3. a) 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 11 janvier 2021 (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).

b) 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.

c) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

4. a) 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. 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. En l'espèce, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du 15 juin 2020 du W._____, laquelle fonde la décision dont est recours.

a) Dans ce cadre, il doit d'emblée être écarté le reproche de partialité formulé par le recourant à l'encontre du centre d'expertise mandaté. S'agissant de sa critique relative au nombre important de mandats d'expertise confiés au W._____, elle n'est en effet pas pertinente. Il est rappelé à ce propos que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références ; TF 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3 ; TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 3.2). De même, le seul fait allégué que le W._____ ait été fondé et soit géré par d'anciens médecins du SMR ne suffit pas à mettre en cause l'indépendance des médecins y travaillant ni à dénier toute valeur probante à leurs expertises. Il ne s'agit pas d'un fait qui mettrait en évidence un lien de subordination entre le centre d'expertises et l'assurance-invalidité (TF 9C_241/2021 du 18 novembre 2021 consid. 6.2). A cet égard, le recourant n'apporte par ailleurs aucun élément concret démontrant que ledit centre se positionnerait systématiquement en faveur des intérêts de l'intimé, respectivement serait dans une situation de dépendance économique face à l'intimé.

b) L'intéressé fait également valoir que la durée de l'examen psychiatrique n'aurait pas été de deux heures et demie ou d'une heure et quart, tel que mentionné de manière contradictoire dans l'expertise, mais de 45 minutes seulement, élément qui jetterait le doute sur la valeur probante de l'expertise. Il est toutefois manifeste qu'une simple erreur de plume n'est pas de nature à mettre en cause la validité de l'expertise, d'autant que le recourant n'apporte pas lui-même la preuve de la durée de l'entretien. De surcroît, selon lui, la durée de l'examen psychiatrique serait, quoi qu'il en soit, insuffisante pour apprécier l'existence de troubles de la personnalité et / ou du comportement chez l'adulte (CIM-10 F 60 -

F 69), la CIM-10 indiquant que, dans ce domaine, plusieurs entretiens étaient nécessaires pour poser un diagnostic. Or, le recourant perd de vue que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se prononcer sur l'état de santé, notamment psychique, de l'expertisé dans un délai relativement bref. Elle ne peut par ailleurs être comparée à celle des consultations chez un psychiatre traitant, auprès duquel le recourant bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier (TF 9C_684/2020 du 3 février 2021 consid. 5.2 ; TF 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 ; TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.3).

6. Cela posé, il convient néanmoins de constater qu'en l'occurrence, l'expertise du 15 juin 2020 ne saurait se voir reconnaître force probante.

a) S'agissant en premier lieu du volet psychiatrique, l'anamnèse, en particulier familiale et personnelle, est lacunaire, et les plaintes du recourant semblent avoir été minimisées, voire ne pas avoir été prises en compte. L'expertise n'est, par ailleurs, pas clairement structurée et contient des incohérences, s'agissant notamment des limitations fonctionnelles. De même, l'expert psychiatre n'a pas motivé de manière suffisante l'absence de diagnostic psychiatrique, respectivement n'a pas discuté avec le soin requis des atteintes anxiodépressives du recourant.

aa) Dans l'anamnèse familiale et personnelle, l'expert psychiatre a mentionné « des difficultés avec les parents », relevant à juste titre le vraisemblable suicide du père, décrit comme un dictateur peu enclin à délivrer de l'affection, et le traumatisme d'une mère ayant effectué une phlébotomie devant le recourant dans son enfance. Néanmoins, il n'est pas revenu sur les violences infligées par le père, notamment les scènes violentes auxquelles avait assisté le recourant, ou ses questionnements entourant le décès de celui-ci. L'expert n'a également pas évoqué la rupture sentimentale en 2012, suivie de la

dissolution difficile du partenariat enregistré, laquelle était survenue peu de temps après le licenciement du poste de trader occupé par le recourant à [...] en 2011. Ces éléments étaient pourtant décrits par le Dr K._____, dans son rapport du 23 novembre 2018, et ont été considérés par les Drs H._____ et B._____, à teneur de leur rapport du 25 juin 2021, comme ayant contribué à une fragilité psychologique chez le recourant. Ces éléments semblent ainsi, selon toute vraisemblance, avoir eu un impact sur la santé psychique du recourant.

bb) S'agissant des troubles anxiodépressifs, si l'expert psychiatre a relevé que le recourant avait été infecté par le VIH en 2014 et que l'état de santé de sa mère s'était péjoré depuis 2017 avec une hospitalisation en EMS en raison d'une démence fronto-temporale, ce spécialiste n'a toutefois pas mentionné les angoisses et l'état dépressif liés à ces événements. Ces éléments ressortaient cependant clairement des rapports des 23 novembre 2018 et 24 juillet 2019 du Dr K._____, lequel avait souligné que le recourant ressentait de fortes angoisses en lien avec sa maladie somatique et l'état de santé de sa mère, dont la péjoration avait entraîné une majoration de son état anxiodépressif, et connaissait régulièrement d'importants passages dépressifs. Ce psychiatre avait également constaté une crainte - voire une terreur - du recourant à l'idée de perdre son autonomie psychique, de la même manière que sa mère. De surcroît, les Drs H._____ et B._____ ont souligné l'importance desdits événement sur l'état thymique du recourant, ceux-ci ayant estimé que si sa fragilité psychologique ne l'avait pas empêché de fonctionner socialement jusqu'en 2013, un tableau clinique de la lignée dépressive était apparu à compter de l'infection au VIH et s'était par la suite compliqué en raison de plusieurs traumatismes majeurs, dont les problèmes de santé de sa mère en 2017.

De même, dans le chapitre intitulé « anamnèse psychiatrique systématique », l'expert a nié l'existence de syndrome somatique de la dépression, ayant notamment relevé l'absence de diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, d'un manque de réactivité à des événements habituellement agréables ou d'une perte

d'appétit / de poids marquée (une prise pondérale de 20 kg ayant été mentionnée), étant relevé que ce dernier critère ne semble toutefois pas pertinent dans le cas d'espèce, le recourant bénéficiant d'un traitement trithérapique, dont la prise de poids était un effet secondaire reconnu (cf. rapport du 27 octobre 2020 de la Dre T._____). L'expert a également indiqué qu'un épisode dépressif caractérisé n'était pas retenu au sein de son travail. Il y a lieu de constater qu'au sein dudit chapitre – lequel est supposé correspondre aux données subjectives de l'expertisé –, l'expert n'a, d'une part, pas clairement distingué entre les indications subjectives fournies par le recourant et ses propres constatations objectives. D'autre part, l'expert a directement tiré des conclusions quant à un éventuel état dépressif, affirmant qu'un épisode dépressif caractérisé n'était pas retenu au sein de son travail, sans toutefois motiver ou étayer sa prise de position. De surcroît, il semble exister une incohérence entre les explications de la neuropsychologue, laquelle relevait, dans son rapport du 8 juin 2020, un score significatif à un questionnaire auto-évaluatif de dépistage de la symptomatologie anxiodépressive, et les indications de l'expert, desquelles il ne ressort pas un tel niveau de plaintes concernant les troubles de la lignée anxiodépressive. De même, les constatations de l'expert diffèrent sensiblement de celles du Dr K._____, dans son rapport du 23 novembre 2018, et de celles des Drs H._____ et B._____, lesquels mentionnaient, dans leurs rapports des 25 juin et 3 novembre 2021, un tableau clinique de la lignée dépressive avec une thymie abaissée, une perte de l'élan vital, une aboulie, des troubles du sommeil et une perte de plaisir dans les activités habituelles.

Finalement, l'expert n'a pas sérieusement discuté les différents diagnostics envisageables de la lignée anxiodépressive, notamment celui de trouble anxieux et dépressif mixte posé par le Dr K._____ dans son rapport du 23 novembre 2018. Il s'est en effet contenté de relever qu'il n'existait pas d'infléchissement thymique (sévère) chez le recourant, lequel procédait à une modulation affective efficiente, ni d'anxiété paroxystique, telle que potentiellement présente au sein d'attaques de panique. Lesdites conclusions, peu développées,

associées à l'absence de mention des angoisses et de l'état dépressif liés à certains événements marquants de la vie du recourant, ainsi qu'aux constatations peu motivées sur l'absence d'un épisode dépressif caractérisé, laissent ainsi planer le doute sur leur validité. Par ailleurs, depuis l'expertise, les psychiatres traitants ont confirmé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et estimé que les atteintes dépressives avaient une influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant (cf. rapports du 2 septembre 2020 du Dr K._____, du 25 juin 2021 des Drs H._____ et B._____ et du 3 novembre 2021 du Dr B._____).

cc) Enfin, dans le paragraphe dédié aux ressources du recourant, l'expert psychiatre a mentionné que la capacité d'endurance était amoindrie au motif d'une asthénie. Dans ces circonstances, il paraît contradictoire que l'expert n'ait fait état d'aucune limitation fonctionnelle, respectivement n'ait pas discuté de cet élément en lien avec la capacité de travail du recourant, une endurance réduite pouvant potentiellement justifier une diminution de rendement.

A cet égard, le fait que la neuropsychologue ait mentionné, dans son rapport du 8 juin 2020, que les troubles du sommeil décrits, soit une fatigue et des insomnies, étaient susceptibles de s'améliorer grâce à une meilleure hygiène de sommeil n'est pas relevant. En effet, les experts n'ont pas déterminé la cause de ladite fatigue, ce qu'a d'ailleurs confirmé la Dre Z._____ dans son avis SMR du 26 octobre 2020. Son amendement par une meilleure hygiène de sommeil ne saurait ainsi être présumée, en particulier s'agissant d'un recourant, d'une part, soumis à une trithérapie, dont l'état de fatigue récurrent est un symptôme secondaire reconnu pouvant avoir des conséquences sur la capacité de travail (cf. rapport du 27 octobre 2020 de la Dre T._____), et, d'autre part, susceptible d'être atteint d'un trouble de la lignée dépressive, dont la fatigue est également un symptôme connu.

b) S'agissant en second lieu du volet somatique, l'experte en médecine interne n'a pas soigneusement examiné et discuté les troubles

du sommeil du recourant évoqués par le Dr K._____ (notamment l'insomnie et les crises de somnambulisme ; cf. rapports des 23 novembre 2018, 24 juillet 2019 et 4 septembre 2020), ni les effets secondaires induits par le traitement trithérapique, ce qui correspond pourtant à la plainte principale du recourant, respectivement déterminé leurs impacts sur la capacité de travail du recourant.

En effet, cette experte a indiqué que le recourant se plaignait, en sus des troubles neuropsychologiques examinés séparément par A._____, d'une fatigue, de somnambulisme, de troubles du sommeil, d'un mal être, d'une perte de musculature, d'une prise de poids, d'éruptions cutanées périodiques, de palpitations après la prise du Triumeq, d'un transit irrégulier avec des constipations et de céphalées par phases. Elle s'est toutefois limitée à renvoyer à l'avis des infectiologues - ce par quoi il faut comprendre le rapport du 4 mai 2018 de la Dre T._____ -, relevant que ceux-ci n'avaient pas évoqué les troubles subjectifs imputés au traitement antirétroviral pour justifier une incapacité de travail. Or, dans le rapport susdit, la Dre T._____ s'était abstenue de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. En effet, si elle faisait bien état des plaintes du recourant (fatigue, moral bas, troubles neuropsychologiques), elle indiquait que la capacité de travail dépendrait de l'évolution des troubles neuropsychologiques, lesquels étaient en cours d'investigation, et de la possibilité d'en traiter la cause, le pronostic restant toutefois moyen. Quant aux limitations fonctionnelles, elle mentionnait expressément ne pas être en mesure de se déterminer. Par conséquent, l'experte en médecine interne ne pouvait parvenir à la conclusion susmentionnée et il ne saurait être considéré que les effets de la trithérapie aient été sérieusement examinés.

c) Il découle de ce qui précède que l'intimé ne pouvait fonder sa décision de refus de rente sur l'expertise du 15 juin 2020 du W._____.

7. A ce stade, les pièces médicales au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et, partant, sur son taux d'invalidité. En effet, sur le plan somatique, la

Dre T._____, dans ses rapports des 18 juin et 27 octobre 2020, ne s'est pas déterminée sur ces questions. De même, elle s'est principalement faite l'écho des plaintes rapportées par le recourant, tout en constatant une obésité, un status physique sans particularité et un bilan biologique dans les normes. Sur le plan psychiatrique, les différents médecins traitants sont arrivés à des conclusions différentes quant à l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée, estimée, d'une part, à 100 % par le Dr K._____, dans ses rapports des 23 novembre 2018, 24 juillet 2019 et 2 septembre 2020 - étant constaté que ce psychiatre a essentiellement rapporté l'appréciation du recourant - et, d'autre part, à 50 % par les Drs H._____ et B._____, à teneur de leurs rapports des 25 juin et 3 novembre 2021.

Du reste, certains éléments au dossier appellent des clarifications. En effet, le recourant semble, *a priori*, avoir conservé certaines ressources, étant le curateur de sa mère et gérant un petit parc immobilier. De même, il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie, ne bénéficiait que d'un léger (voire d'aucun) traitement psychopharmacologique - le Dr K._____ ayant relevé, dans son rapport du 24 juillet 2019, que le recourant ne prenait qu'une demi-capsule par jour d'antidépresseur tricyclique, refusant une médication plus adaptée - et, au moment de la décision litigieuse, était consulté par sa psychologue deux fois par mois, respectivement par son psychiatre trois fois par année. Par ailleurs, dans son rapport du 27 octobre 2020, la Dre T._____ a mentionné qu'un changement de trithérapie avait été proposé à plusieurs reprises, le recourant ayant toutefois préféré conserver le traitement actuel - lequel était efficace -, mais qu'une tentative de simplification par une bithérapie était envisagée. Compte tenu de ces éléments, il est dès lors nécessaire d'obtenir une appréciation quant à l'adéquation et à l'évolution des traitements mis en œuvre depuis le dépôt de la demande de prestations, en particulier de la trithérapie, dont les effets secondaires constitueraient, selon le recourant, une des causes principales de ses troubles. Il apparaît également utile, le cas échéant, que soient examinées, dans le cadre d'un concilium entre les spécialistes somaticiens et psychiatres, les superpositions pouvant exister entre lesdits effets

secondaires et les symptômes de la lignée dépressive, ceux-ci étant susceptibles de se juxtaposer, afin qu'une appréciation globale de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du recourant puisse être effectuée.

8. Il ressort ainsi des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire, portant sur des volets psychiatrique, de médecine interne générale, en infectiologie et en toxicologie, comprenant également une évaluation des troubles du sommeil par un examen spécialisé, telle qu'une polysomnographie, pour que soient en particulier évaluées la capacité de travail du recourant, ses limitations fonctionnelles, l'adéquation des traitements mis en œuvre et, le cas échéant, les interactions existant entre les atteintes somatiques et psychiatriques.

9. Compte tenu de l'issue du litige et par appréciation anticipée des moyens de preuve (TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées), il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, que ce soit par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou de débats publics, étant précisé que le recourant requiert en l'occurrence la tenue d'une telle audience dans le but de se faire auditionner à titre de moyen de preuve, celui-ci l'ayant justifiée par la nécessité que la Cour de céans « se rende compte de l'importance de ses atteintes à la santé » (ATF 122 II 464 consid. 4 ; TF 2C_153/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.2 ; Jean Métral, in Dupont / Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n°17 ad art. 61 LPGA).

10. a) En définitive, le recours est admis. Partant, la décision du 11 janvier 2021 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour

complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (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 la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à G. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour G. _____),
- 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 :