

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Armand Hichri,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a débuté un apprentissage de dessinateur en bâtiment le 25 août 2008. Assez rapidement, il a présenté des épisodes de grande fatigue et son médecin traitant, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le mois de juillet 2011. L'assuré a par la suite été suivi au sein du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre R._____), en particulier par le Dr V._____, qui a confirmé l'incapacité de travail attestée par le Dr X._____, puis a régulièrement attesté de la persistance de cette incapacité, en raison d'une hypersomnie idiopathique et éventuel syndrome de Kleine-Levin.

Le 14 février 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, mentionnant à titre d'atteinte à la santé un syndrome de Kleine-Levin existant depuis le mois d'octobre 2008.

Ce diagnostic a été confirmé par la Dresse E._____, médecin responsable de l'unité des pathologies du sommeil au Centre des maladies rares (narcolepsie, hypersomnie idiopathique et syndrome de Kleine-Levin) du Groupe hospitalier [...] à Paris. Selon le compte rendu d'hospitalisation du 16 juillet 2012, la Dresse E._____ a retenu ce qui suit :

« HISTOIRE DE LA MALADIE

Celle-ci a démarré en octobre 2008 sans facteur déclenchant particulier (sentiment de fébrilité sans réelle fièvre). Il a présenté actuellement 22 épisodes. Le 1^{er} épisode a duré 3 jours puis les autres ont progressivement duré 7 jours (2 épisodes fin 2008, 8 épisodes en 2009, 5 épisodes en 2010, 7 épisodes en 2011, le dernier continuant actuellement). Les premiers épisodes les premières années étaient à début brutal (le matin au réveil) et à fin brutale. Petit à petit avec l'évolution la fin s'est faite de façon progressive avec une reprise d'énergie au fur et à mesure. Jusqu'en 2010 il persistait des périodes inter critiques normales d'environ 6 semaines. Celles-ci ont commencé à se raccourcir petit à petit en 2011 pour aboutir à un véritable chapelet de crises à partir de juillet puis une non rémission complète depuis mi août 2011. Monsieur

N. _____ n'identifie pas de facteur déclenchant particulier ni infectieux, ni prise d'alcool ou de toxique. Les épisodes duraient entre 3 et 7 jours au début, le dernier est toujours en cours actuellement (11 mois de durée).

Les épisodes ont comporté :

De l'hypersomnie : celle-ci n'a pas été notée clairement les 2 premières années de la maladie en 2008 - 2009 : il dormait tout de même déjà 11-12 h puis petit à petit dans les épisodes de 2010-2011 elle s'est installée avec au maximum 15h/24 (sommeil de 22h à 13h). Monsieur N. _____ était difficile à réveiller mais réveillable sans hyperonirisme (les seuls cauchemars sont apparus en réaction à différents médicaments essayés). Il n'y avait pas d'hallucination, pas de paralysie du sommeil.

Une fatigue intense qu'il décrit très bien comme non pas un manque de volonté mais un manque d'énergie plus net le matin et un peu moins marqué l'après-midi. L'épuisement se manifeste en particulier pendant les premiers épisodes par le fait d'aller moins à la douche, de moins se raser, de moins se sécher les cheveux. Lire un texte est difficile et fatigue ses yeux.

Des troubles cognitifs : au niveau du langage le patient décrit que les mots sont plus difficiles à articuler, à sortir (l'expression qu'il emploie est « c'est comme si les mots étaient enfouis sous un duvet »). C'est épuisant pour lui de parler mais il n'y a pas de monosyllabe, ni aspect régressif du langage. Le débit est légèrement plus ralenti que d'habitude d'après les parents, bien qu'il ait toujours été calme. La fatigabilité attentionnelle est très nette et bien décrite par le patient. L'évaluation des distances est mauvaise aussi. Il faut y ajouter un flou visuel qui apparaît plutôt avec la fatigue et l'oblige à agrandir l'image sur son écran. On ne note pas d'amnésie rétrograde.

Retrait : lors des premiers épisodes, il ne décrochait pas le téléphone, n'allait pas répondre si on sonnait à la porte, il ne souhaitait pas voir d'autres personnes au début (je n'aimais pas que l'on me voit comme cela). Maintenant il exprime une envie de bouger mais une baisse de possibilités physiques ainsi que des symptômes qui évoquent une hypotension. Il décrit une très nette difficulté à traverser la route, à apprécier la vitesse des voitures avec un temps d'adaptation qui est beaucoup plus ralenti.

L'apathie est modérée mais présente. Il passe d'un score de Starskein de 5/42 hors crise à un score de 18/42 actuellement.

La déréalisation se manifeste essentiellement par un sentiment d'être détaché ou séparé de l'environnement, séparé de son corps, des pensées brouillées, une impression moyenne d'être dans un rêve ou de déjà vu, l'étrangeté de réalité de l'environnement ainsi que la sensation que le temps passe plus lentement.

Sur le plan végétatif : on reconnaît une hypersudation, pas de photophobie, une franche hyperacousie douloureuse (bruit strident, cuillère qui tombe, sèche-cheveux), pas de céphalée, ni nausée, pas d'odeur corporelle particulière. Le visage était auparavant un peu plus amimique que d'habitude mais sans contraste avec son tempérament calme. Sa mère reconnaît que ses yeux sont plus brillants depuis qu'il est malade.

Sur le plan de l'appétit : celui-ci est réduit au point qu'il y a eu au fur et à mesure sur les 3 ans une perte de poids de 63 à 53 kg avec une

petite reprise de 3 kg sous Lithium. Le patient n'a pas d'appétit le matin, peu le soir et mange surtout à midi. A table il est soit beaucoup plus passif qu'avant, écoutant soit au contraire par moment logorrhéique. Il a moins d'initiative pour aider dans le travail de la maison et oublie par exemple régulièrement les consignes que lui donnent ses parents. Il décrit très bien un sentiment de légère indifférence vis-à-vis de ce qui se passe autour de lui, même si sur le plan émotionnel il ressent parfaitement les émotions et est même particulièrement gêné que sa maladie affecte sa famille. Sur le plan psychologique le moral semble plutôt bon malgré l'atteinte cognitive, sans irritabilité, sans régression, sans signe psychotique. Il arrive à faire un jeu en ligne, écoute de la musique. Par contre, il a beaucoup de difficultés à lire de façon prolongée. Lorsqu'il retourne sur son lieu de travail, il a du mal face à un plan à savoir dans quelle direction partir ; tout lui semble une montagne et il réalise la tâche avec lenteur.

EXAMEN CLINIQUE

[...]

SYNTHESE ET CONCLUSION

Monsieur N._____ présente un syndrome de Kleine Levin caractérisé initialement par des épisodes courts associant asthénie, hypersomnie modérée, troubles cognitifs. L'épisode actuel démarré en juillet 2011 est particulièrement long avec cependant une amélioration très progressive. Il persiste des besoins de sommeil de presque 10 h, une asthénie importante, une apathie modérée, une déréalisation modérée et par contre des troubles cognitifs avec essentiellement une forte fatigabilité attentionnelle objectivée par les tests et correspondant bien à ceux-ci.

Sur le plan thérapeutique, il faut attendre que la crise se termine d'elle-même ce qui semble progressivement se passer depuis quelques mois. Le Lithium aura surtout un effet préventif des autres crises et devra être poursuivi pendant 3 ans. La lithiémie est actuellement efficace à 0,8 avec un tremblement à $\frac{1}{4}$ des deux membres supérieurs et une bonne tolérance rénale et thyroïdienne.

L'information sur les avancées sur le syndrome est donnée au patient et à sa mère de même que le contact avec la cohorte de patients français. Nous proposons un essai de Zolpidem $\frac{1}{2}$ matin et midi afin de voir si cela réduit l'apathie (c'est un essai purement expérimental le traitement étant utilisé dans certaines apathies neuro dégénératives). Il ne sera poursuivi que 48 h sans succès, mais par contre plus d'un mois si le patient y trouvait un bénéfice sur sa cognition et son énergie ».

Le 16 mai 2013, l'OAI s'est entretenu par téléphone avec l'employeur de l'assuré. A cette occasion, l'employeur a expliqué que l'assuré était formé à 80 % et avait « toutes les capacités et compétences pour poursuivre, terminer et obtenir son CFC de dessinateur en bâtiment » (cf. note interne du 16 mai 2013).

Le 19 juin 2013, le Dr J._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est déterminé sur l'état de santé de l'assuré, en se fondant sur les éléments médicaux du dossier et sur les propos susmentionnés de l'employeur. Son appréciation était la suivante :

« Notre _____ *appréciation* : _____ cf. http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_de_Kleine-Levin. L'atteinte à la santé peut être plausible. Curieusement, nous ne disposons pas des investigations paracliniques : 1/ psychiatriques : élimant [sic] un trouble bipolaire ou une dépression grave ; 2/ neurologiques : éliminant une affection organique. Nous rappelons que l'origine du KLS n'est pas connue, et qu'historiquement, le KLS était considéré comme une forme atypique du trouble bipolaire. D'ailleurs, le Chu de Paris l'avait mis sous Lithium (cf. traitement de la PMD), puis sous antidépresseur. D'autre part un traitement éveillant comme le Modafinil ou les dérivés amphétaminiques comme le Méthylphénidate n'a pas été testé. Nous sommes un peu étonnés : l'assuré pourrait finalement avoir aussi au vu des LF une activité simple et répétitive qui permettrait une CTAA de 100%. Nous pensons qu'après l'entrée en matière, une évaluation psychiatrique dans un 1^{er} temps serait utile, et neurologique par la suite ».

Conformément aux recommandations du Dr J._____, l'assuré s'est soumis à une évaluation psychiatrique le 23 septembre 2013 auprès du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 4 novembre 2013, ce médecin n'a décelé aucune pathologie psychiatrique. Selon lui, il n'existait en particulier pas de signes psychotiques, pas d'hallucinations, pas d'attitudes d'écoute et pas d'idées délirantes. Il n'y avait pas non plus de trouble de la personnalité ni d'éléments en faveur d'un trouble affectif bipolaire ni enfin de symptômes de la dépression. Au final, le Dr L._____ a exclu une incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Le 9 novembre 2013, le Dr J._____ a préconisé de suivre les conclusions du Dr L._____ et « de conclure sans autre sur ces bases au vu de cet examen extrêmement rassurant, et d'en arrêter là ».

Par projet de décision du 26 novembre 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Par courriers des 5 décembre 2013 et 22 février 2014, l'assuré, aidé de ses parents, a contesté ce projet, faisant valoir que le diagnostic de syndrome de Kleine-Levin avait été posé tant par les médecins du Centre R._____, que par ceux du centre de référence pour ce syndrome à Paris. Compte tenu de cette maladie, l'assuré présentait une incapacité de travail totale depuis juillet 2011, ce dont avaient attesté les médecins en charge de son dossier. L'assuré a soulevé que le Dr J._____ - qui se référait à un article de Wikipedia - n'avait pas formellement contesté le diagnostic posé par les spécialistes, mais avait seulement considéré que cette atteinte était sans effet sur la capacité de travail en se fondant sur l'avis du Dr L._____. Or, ce dernier médecin s'était déterminé sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique exclusivement. Ses conclusions confirmaient que le syndrome de Kleine-Levin dont souffrait l'assuré n'était pas en lien avec une pathologie psychiatrique mais ne pouvaient permettre d'occulter cette dernière maladie, comme l'avait fait le Dr J._____. Le médecin du SMR avait en outre détourné les propos de l'assuré, ainsi que ceux de son employeur pour justifier une pleine capacité de travail. L'assuré a souligné que l'analyse de son dossier méritait une approche plus rigoureuse.

A l'appui de sa contestation, l'assuré a tout d'abord produit une lettre du 14 janvier 2014 de la Dresse E._____, adressée au Dr J._____, dont la teneur était la suivante :

« J'ai pris connaissance par Monsieur N._____ de vos conclusions considérant que Monsieur N._____, né le [...], n'a pas de dépression et que vous cessiez donc ses prestations sociales.

Permettez-moi de préciser certains points de mal compréhension qui apparaissent dans votre rapport :

- Monsieur N._____ n'a jamais eu de dépression. Nous partageons tout à fait l'avis sur ce plan du Dr L._____. En effet, les troubles de notre patient ne sont pas psychiatriques mais neurologiques.
- Monsieur N._____ a un syndrome de Kleine-Levin, que nous traitons par Lithium, mais qui n'a aucune parenté avec la bipolarité. Je vous joins quelques articles qui seront plus exacts que Wikipedia (auteurs inconnus, beaucoup d'inexactitudes sur Wikipédia). Il n'est pas rare que des médicaments aient d'autres effets que leur effet principal, tout comme la Dépakine

est à la fois thymorégulateur et antiépileptique. C'est le cas du Lithium.

Le syndrome de Kleine-Levin de Mr. N._____ a commencé classiquement par des épisodes courts et typiques (hypersomnie à 15h/j, fatigue intense, apathie, troubles cognitifs, déréalisation).

Il a évolué sur des crises longues, moins profondes sur le plan de l'hypersomnie, mais très gênantes sur le plan cognitif. Ceci correspond à une atteinte plus persistante du lobe méso temporal, visible en Petscan. Toutes ses capacités attentionnelles sont très altérées et dans les scores pathologiques sur son bilan neuropsychologique dont je vous joins le détail. Ceci n'affecte pas son QI, heureusement, car le QI non verbal (matrices progressives) ne teste pas l'attention mais le raisonnement, qui est juste chez Monsieur N._____.

S'y ajoute un ralentissement psychomoteur évident. Le Modafinil et le Méthylphénidate ont été essayés, chacun 2 mois sans succès (cf. mon contre-rendu). De même que des flashes de corticoïdes 1gx3j.

Il s'agit d'une évolution péjorative rare du syndrome, mais que j'ai déjà observée chez 5 % de mes patients (j'ai suivi 108 patients à Stanford et j'en ai suivi 146 à Paris, venant de toute l'Europe, car c'est une maladie très rare).

Merci de réévaluer vos conclusions à la lumière de ces précisions et de l'épuisement cognitif du patient très bien évalué par différents bilans neuropsychologiques ».

Un bilan neuropsychologique établi le 16 juillet 2012 était annexé à la correspondance de la Dresse E._____. Aux termes de ce dernier, il était fait état d'un important ralentissement psychomoteur dès le début de l'évaluation - et donc indépendant du niveau de fatigue de l'assuré - et de fortes difficultés attentionnelles.

L'assuré a également produit un rapport du 4 février 2014 adressé par le Dr V._____ à ses parents, contenant l'appréciation suivante :

« Je suis très surpris de lire que l'AI ne dispose pas d'investigations para-cliniques. Rappelons brièvement que Monsieur a été vu une première fois le 5 octobre 2011 au Centre du Sommeil par le Dr [...] (Directeur médical du centre du sommeil), suite à l'apparition depuis l'âge de 16 ans d'épisodes d'hypersomnie, avec une fréquence s'accroissant depuis l'été 2011. Au vu de la suspicion clinique, il a bénéficié rapidement d'une hospitalisation de 8 jours dans le service de neurologie (18 au 25 octobre 2011, cf. rapport joint), qui a permis de poser le diagnostic d'un syndrome de Kleine-Levin. Pendant l'hospitalisation, on a analysé une actigraphie enregistrée entre le

5 et le 18 octobre 2011, pratiqué une polysomnographie complète du 20 et 21 octobre 2011, un électro-encéphalogramme le 19 octobre 2011, effectué un large bilan biologique comprenant l'analyse du liquide céphalo-rachidien, et encore pratiqué une IRM cérébrale et un PET cérébral. Il me semble donc que Monsieur a bel et bien profité de tests para-cliniques, de plus à très large spectre. Le tout a été complété par une évaluation psychiatrique entre septembre et novembre 2011 (K. _____, cheffe de clinique), et des examens neuropsychologiques, le dernier a eu lieu le 5 août 2013.

Comme mentionné ci-dessus, le bilan de l'automne 2011 a permis de poser le diagnostic susmentionné : il s'agit d'une maladie neurologique, sans marqueur biologique, caractérisée par l'apparition d'une hypersomnie récurrente et de troubles du comportement. Ce diagnostic a été confirmé par le Professeur E. _____, de la [...] à Paris, qui a examiné Monsieur le 16 juillet 2012. Il s'agit d'une expertise internationalement reconnue concernant cette maladie orpheline, avec plusieurs publications de référence dans la littérature médicale. Je relève que dans le rapport de l'AI du 19 novembre 2013, il est mentionné que le syndrome de Kleine-Levin est considéré comme une forme atypique de troubles bipolaires. Ceci n'est pas correct à la lumière des connaissances actuelles.

Il n'est pas non plus correct de mentionner que Monsieur n'a jamais essayé des médications éveillantes ; en effet, il n'a pas répondu à un essai de modafinil, raison pour laquelle un traitement de méthylphénidate n'a pas été essayé (il n'est pas indiqué dans ce contexte) ; je rappelle également qu'il n'a tiré aucun bénéfice d'un essai de zolpidem (qui parfois peut montrer des réactions paradoxalement éveillantes).

Plus loin dans le rapport, je lis que le bilan neuropsychologique a retenu un QI de 110, mais on ne relève cependant pas, de façon étonnante, que les bilans neuropsychologiques retiennent une fatigabilité anormale, et un tableau avec des difficultés attentionnelles (attention divisée et souvenue, sensibilité à l'interférence) et un ralentissement psychomoteur ; de plus, le tout est en pérégration entre 2012 et 2013.

Finalement, Monsieur a été mis au bénéfice d'un traitement de lithium, depuis 2011, avec un effet modéré, il faut bien le reconnaître ; il s'agit là, cependant, du seul médicament ayant montré une certaine efficacité dans ce syndrome, raison pour laquelle il a été poursuivi jusqu'à la fin de l'année 2013.

D'un point de vue pratique, compte tenu de l'atteinte à la santé caractérisée par une tendance à l'hypersomnie, une nette diminution de l'activation, et l'atteinte neuropsychologique, Monsieur n'est pas apte à travailler. Ceci a été également et indépendamment reconnu par le Professeur E. _____ en 2012 lors de son examen. Il s'agit d'une forme de syndrome de Kleine-Levin relativement rare, résistante au traitement, avec un pronostic réservé. Je ne peux que souligner que d'un point de vue médical (et en particulier neurologique) il est impossible à ce stade que votre fils puisse travailler normalement ».

Toujours à l'appui de sa contestation, l'assuré a encore produit un courrier de son employeur daté du 5 février 2014. A teneur de ce dernier, l'employeur contestait avoir, lors de son entretien téléphonique avec l'OAI, émis un diagnostic ou une appréciation sur la capacité de travail de l'assuré d'un point de vue médical, mais avoir uniquement exprimé le fait qu'il ne doutait pas des capacités de l'intéressé à achever son apprentissage, dès que son état de santé le permettrait.

L'assuré a enfin produit un rapport d'examen neuropsychologique établi le 7 août 2013 par la Prof. S._____, cheffe de Service au sein du département des neurosciences cliniques du Centre R._____, et par la psychologue Q._____. Au sein de ce rapport, il était fait état d'une persistance des difficultés attentionnelles (attention divisée et soutenue, sensibilité à l'interférence) et d'un ralentissement psychomoteur, en légère péjoration par rapport au dernier bilan du 5 mars 2012.

Appelé à se déterminer sur la contestation de l'assuré et les pièces produites à cette occasion, le Dr J._____ a, dans son avis du 10 mars 2014, insisté sur le fait que, selon le rapport du Dr L._____ « l'assuré envisageait avec optimisme et plaisir son retour dans le bureau d'architecte ». Le Dr J._____ a ajouté que seules les limitations fonctionnelles déterminaient l'incapacité de gain, et non le diagnostic. Or, le Pet-CT et l'IRM ne mettaient pas en évidence d'atteinte patente et les résultats des examens neuropsychologiques divergeaient. Dans cette mesure, il préconisait un examen neuropsychologique et une expertise neurologique.

Madame H._____ a diligenté l'examen neuropsychologique. Aux termes de son rapport du 17 avril 2014, elle a retenu ce qui suit :

« Cet examen, effectué chez un assuré adéquat, collaborant, ralenti et fatigable, nosognosique de ses difficultés cognitives, met en évidence :

- Une dysfonction exécutive et attentionnelle modérée à sévère : déficit de mémoire de travail, sensibilité à l'interférence perturbant la rétention et la récupération de nouvelles

informations, ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, déficit d'attention divisée et d'attention soutenue.

- Une perte partielle des procédures de calcul écrit, bénéficiant de l'aide à la récupération.
- + La préservation des fonctions langagières (expression, compréhension) orales et écrites ;
- + La préservation des praxies constructives ;
- + Des performances normales en mémoire épisodique antérograde visuo-spatiale ;
- + L'absence de signes d'éléments de surcharge.

Le tableau est celui d'un dysfonctionnement exécutif et attentionnel, compatible avec un syndrome de Kleine-Levin.

En regard des précédents bilans neuropsychologiques réalisés depuis juillet 12, le tableau reste stable. La cohérence des résultats depuis juillet 12 et au sein des présents résultats, l'absence de signe d'élément de surcharge à un test sensible aux majorations des déficits, la bonne collaboration, ainsi que l'absence de comportement démonstratif ou revendicateur, permettent de considérer ces résultats comme valides et représentatifs des compétences actuelles de l'assuré.

Avec un tel tableau, les limitations sont les suivantes (sur le plan neuropsychologique) :

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de manière très significative l'autonomie de l'assuré dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'auto-contrôle ;
- Les troubles attentionnels et le manque d'endurance diminuent fortement le rendement. Il faut privilégier les séances de travail courtes, entrecoupées de pauses.
- Le dysfonctionnement exécutif et les troubles attentionnels contre-indiquent de manière formelle l'usage de machines dangereuses et la conduite d'un véhicule motorisé ;
- La fatigabilité et la lenteur de récupération après l'effort (cognitif ou physique) imposent de limiter la durée des activités et d'aménager les horaires en fonction de l'état de fatigue de l'assuré ;
- Le déficit de mémoire de travail perturbe le déroulement de toute activité (perte du fil des tâches en cours) et plus particulièrement en cas de contrainte temporelle. Il perturbe par ailleurs d'autres fonctions faisant appel à la mémoire de travail, telles que le calcul mental, l'encodage mnésique, le traitement simultané de plusieurs informations (p.ex. prise de notes lors d'un cours).

Avec un tel tableau, la reprise de l'apprentissage en économie libre ne semble pas réaliste. Une adaptation du cahier des charges et des horaires semble indispensable et à mettre en place quand l'état de santé le permettra ».

L'assuré a en outre fait l'objet d'une expertise neurologique. Dans son rapport du 26 juin 2014, le Dr W._____, spécialiste en neurologie, a tout d'abord relevé, sur le plan neuropsychologique, que l'examen qu'il avait effectué avait mis en évidence :

- Des difficultés attentionnelles modérées se manifestant formellement par un déficit du processus d'alerte (augmentation et fluctuation des temps de réaction) et d'attention divisée, et cliniquement par la présence d'erreurs attentionnelles.
- Un fléchissement exécutif caractérisé par un déficit d'inhibition et de légères difficultés de planification lorsque plusieurs critères étaient à prendre en compte.
- Une fatigue mise en évidence par un questionnaire spécifique (cf. FSMC) et une fatigabilité observée cliniquement.

Les performances en mémoire antérograde suivaient la norme, mais il était relevé cliniquement une légère sensibilité à l'interférence en modalité verbale. Le reste des fonctions investiguées (orientation, fonctions instrumentales, aptitude au calcul, mémoire immédiate, de travail et antérograde dans les deux modalités, flexibilité et incitation) était conservé. Le Dr W._____ a en outre noté, par rapport au dernier examen neuropsychologique (avril 2014 par Madame H._____), une rémission du déficit en mémoire de travail, une amélioration au niveau attentionnel sur le plan quantitatif (rapidité, rendement) et des meilleures performances en mémoire antérograde verbale.

Par ailleurs, l'expert a posé le diagnostic d'hypersomnie modérée avec troubles attentionnels et syndrome de fatigue, sous forme chronique depuis environ deux ans, précédemment sous forme d'épisodes qui avaient fait évoquer un syndrome de Kleine-Levin. En effet, le Dr W._____ mettait en doute le diagnostic de syndrome de Kleine-Levin, sans toutefois l'exclure, en raison de la chronicité des troubles depuis plus de deux ans et demi, ainsi que du caractère partiel et atypique des symptômes (absence de certains éléments comme l'hypersexualité ou

l'hyperphagie durant les épisodes). Il a estimé que l'atteinte à la santé n'entraînait pas de limitation physique ou sociale particulière, le tableau étant dominé par la fatigabilité associée aux troubles cognitifs attentionnels, alors que l'hypersomnie nocturne elle-même ne jouait qu'un rôle mineur à condition de la cadrer dans des horaires socialement adéquats, ce qui n'était pas le cas à l'heure actuelle, l'assuré se levant entre 10 heures et 11 heures du matin. Une reprise de l'apprentissage de dessinateur ne paraissait pas possible en raison des troubles de la concentration. En revanche, une activité simple et répétitive, supervisée au départ, avec un groupement sur la première partie de la journée, devrait être exigible à 50 % au moins au départ avec le projet d'augmenter le taux d'activité à 70 % dans un délai de six mois. A cette fin, il convenait que l'assuré décale ses heures de sommeil en se couchant avant 23 heures et en se levant avant 10 et 11 heures du matin de façon à pouvoir profiter de la première partie de la matinée. Le Dr W._____ a encore observé dans ce contexte que le fait que l'assuré s'était présenté à 8h15 du matin à la Clinique [...] et qu'il avait été sollicité par l'évaluation et les différents tests de l'expertise jusqu'à midi, « sollicitant précisément ses capacités de concentration et d'adéquation à la bonne tenue et collaboration durant cette période [était] un indicateur très favorable quant à la possibilité de reprise d'une activité selon les modalités mentionnées ci-dessus ».

Le 24 juillet 2014, le Dr J._____ s'est déterminé à la lumière des derniers éléments médicaux et a estimé, reprenant les conclusions du Dr W._____, que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 18 octobre 2011, mais qu'il pouvait exercer une activité adaptée à un taux de 50 % depuis le 20 juin 2013. La capacité de travail dans l'activité adaptée devait être réévaluée six mois plus tard, un minimum de 70 % étant visé. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin du SMR retenait ce qui suit : « activité le matin, fatigabilité, troubles cognitifs attentionnels et de la concentration. Apte activité simple et répétitive ».

Dans un rapport du 3 octobre 2014, les Drs V._____ et T._____ du Centre d'investigations et de recherches sur le sommeil, ont fait état de leur surprise quant aux conclusions de l'expertise du Dr W._____ relatives au diagnostic et à la capacité résiduelle de travail chez un assuré qui ne parvenait pas à suivre des activités, même ludiques, pendant plus de 30 à 60 minutes et qui souffrait d'importants troubles neuropsychologiques confirmés par l'expertise. La chance que l'assuré puisse arriver au terme d'une première semaine de réinsertion professionnelle à un taux de 50 % leur semblait infime compte tenu des limitations médicales.

L'OAI a mis en place une mesure de réinsertion consistant en un stage d'entraînement à l'endurance au sein de l'atelier [...] de la Fondation P._____ du 20 octobre 2015 au 19 janvier 2016. Selon l'évaluation de pré-stage du 30 octobre 2015, il était difficile pour l'assuré de venir travailler, sa fatigue étant trop importante. A ce stade, l'intéressé avait été présent une heure sur les cinq heures trente prévues. La mesure a par la suite été interrompue, le Dr X._____ ayant attesté d'une incapacité de travail du 3 au 24 novembre 2015 en raison d'une hypersomnie se prolongeant avec des réveils vers 15 heures malgré un réveil organisé (cf. certificat médical du 25 novembre 2015). Le 16 février 2016, le Dr V._____ a constaté que l'assuré ne pouvait travailler que quelques heures par semaine et moins de deux heures par jour.

Le Dr J._____ n'étant pas convaincu par l'appréciation du Dr V._____, qui, selon lui, s'inscrivait en marge des trois expertises menées jusque-là, il a préconisé un complément d'expertise neurologique auprès du Dr W._____, comprenant la dernière polysomnographie du Dr V._____. L'assuré et ses parents se sont, par courrier du 18 avril 2016, opposés au choix du Dr W._____. Ce dernier n'était, selon eux, pas spécialisé dans les troubles du sommeil et ne prenait pas suffisamment en considération les avis de ses confrères spécialistes. Par ailleurs, ce médecin avait tiré des conclusions de la participation de l'assuré à l'évaluation à la Clinique [...], sans toutefois prendre en compte les conséquences de cet effort qui s'étaient répercutées sur plusieurs jours.

Nonobstant les arguments soulevés, l'OAI a maintenu la désignation du Dr W._____ (cf. décision incidente du 10 juin 2016).

Le complément d'expertise a été effectué le 18 novembre 2016 par le Dr W._____. Dans son rapport du 29 novembre 2016, ce médecin a confirmé le diagnostic d'hypersomnie modérée avec syndrome de fatigue diurne sans somnolence, secondaire à des troubles attentionnels modérés, non évolutifs depuis 2014 hormis la disparition d'une atteinte dysexécutive. Le médecin s'est déclaré surpris par le fait que l'assuré n'avait pas mis en œuvre une adaptation de ses horaires de sommeil, comme cela avait été préconisé en 2014, afin de faciliter la réinsertion professionnelle. La rythme actuel, où l'intéressé se levait entre 11 et 13 heures faisait obstacle à toute possibilité de mener une activité matinale, mais également une activité dans l'après-midi. La motivation de l'assuré pour ne pas avoir déplacé ses horaires de sommeil était purement sociale et familiale et le Dr W._____ a regretté qu'un essai n'ait pas pu être effectué. Il a aussi noté que malgré le « décalage » des horaires dû à l'expertise, il n'avait pas observé une somnolence ou des difficultés de collaboration durant celle-ci. Il a ajouté qu'en l'absence de modification significative de ses observations par rapport à l'expertise de 2014, hormis une amélioration cognitive partielle (fonctions exécutives), ses conclusions de l'époque demeuraient identiques. L'assuré et son entourage n'avaient eux-mêmes pas constaté de péjoration ou d'aggravation et, tout au plus, pouvait-on signaler une légère amélioration en 2016, suggérée par les médecins du Centre R._____. L'expert confirmait ainsi sa conclusion de 2014, en ce sens que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son apprentissage de dessinateur, mais que pour une activité simple et répétitive, une incapacité de travail de 50 % paraissait actuellement un maximum. Une amélioration progressive jusqu'à une capacité de travail de 70 % restait possible, surtout si l'amélioration spontanée se dessinait, comme les médecins du Centre R._____ le suggéraient. A la suite de ce complément d'expertise, le Dr J._____ a préconisé de suivre les conclusions inchangées du Dr W._____ (avis SMR du 9 janvier 2017).

Par projet de décision du 9 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière du 1^{er} août 2012 au 30 septembre 2013, puis une demi-rente de 57 % dès le 1^{er} octobre 2013, une activité adaptée à 50 % étant exigible depuis le 20 juin 2013. Nonobstant les objections soulevées par l'assuré, désormais représenté par un conseil (cf. courriers des 7 avril et 22 mai 2017), l'OAI a, par décision du 7 novembre 2017, confirmé son projet précité.

B. L'assuré a, par l'entremise de son conseil et par acte du 8 décembre 2017, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité devait lui être reconnu au-delà du 30 septembre 2013. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il a fait valoir que l'OAI avait mis en œuvre une expertise, alors même que la situation médicale de l'assuré était suffisamment instruite, pour asseoir les conclusions du Dr J._____. Ce procédé, visant à obtenir une appréciation plus favorable à sa cause, était proscrit par la jurisprudence, si bien que l'on ne pouvait se fonder sur les deux rapports d'expertise du Dr W._____. En tout état, ces derniers ne devaient se voir accorder aucune valeur probante, dans la mesure où leur auteur était prévenu à l'encontre de l'assuré. A l'exception de ce dernier médecin, tous les praticiens s'accordaient à dire que l'assuré présentait une incapacité totale de travail dans toute activité et l'échec de la mesure au sein de la Fondation P._____ confirmait leur appréciation.

A l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit un rapport établi le 26 septembre 2017 par le Dr G._____, médecin associé au sein du Service de neuropsychologie et de neuro-réhabilitation du Centre R._____, retenant, à titre de diagnostic, en particulier un syndrome de Kleine-Levin. Selon ce médecin, d'un point de vue fonctionnel, l'assuré avait un rythme de vie avec un éveil entre midi et 13 heures, après lequel il mangeait rapidement et se mettait en route après 14 ou 15 heures. Une activité était alors possible durant une heure et deux heures, après quoi un repos était nécessaire pendant environ

deux ou trois heures de temps. Après le souper à 19h30, l'assuré parvenait encore à effectuer quelques activités manuelles légères jusqu'à 20 heures, et pour la suite, entre 21 heures et 22 heures, il s'endormait avec un sommeil de quatorze à quinze heures. La résistance aux différentes activités était très variable durant la semaine et ne pouvait pas être maintenue à ce rythme plus de deux jours consécutifs. En conclusion, le Dr G._____ estimait que vu les problématiques de l'assuré liées à sa maladie rare et les troubles neuropsychologiques objectivés par ses collègues neuropsychologues avec aggravation sur plusieurs examens neuropsychologiques, ainsi que l'échec de tous les traitements médicamenteux qui avaient été mis en place, l'assuré ne possédait pas de capacité de travail utile. Par conséquent, une quelconque activité professionnelle avec but de rentabilité n'était pas possible. Une activité devait être envisagée seulement pour favoriser l'inclusion sociale du patient ; le risque d'isolement social étant important surtout pour les années à venir. Le Dr G._____ préconisait ainsi une activité répétitive ou artistique effectuée entre une et deux fois par semaine, durant une heure, une heure et demie, durant laquelle l'attention sélective ne devait pas être maintenue sur un temps dépassant quarante-cinq minutes. Une petite activité bénévole d'une durée extrêmement limitée pouvait aussi être envisagée.

Dans sa réponse du 1^{er} mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Se fondant sur l'avis du Dr J._____ du 13 février 2018 - dont une copie était annexée aux déterminations - il a estimé que le rapport du Dr G._____ n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier sa décision.

Le 5 avril 2018, l'assuré a persisté dans les termes de son recours et a notamment produit un rapport du 21 août 2017 de la Prof. S._____, co-signé par la psychologue F._____, établi à la suite d'examens neuropsychologiques effectués les 28 juillet et 10 août 2017, retenant ce qui suit :

« Comparativement au précédent bilan neuropsychologique que nous avons à disposition (05.08.2013) nous constatons une globale

stabilité du tableau neuropsychologique, voire une discrète péjoration sur le plan exécutif. Relevons la présence de difficultés de raisonnement sur du matériel non verbal (non testé précédemment).

Ce tableau neuropsychologique, ainsi que sa relative stabilité au fil du temps, est compatible avec les données de la littérature, notamment l'étude de Uguccioni et al. (SLEEP, 2016, 39, 2, 429-438), qui fait état de troubles cognitifs persistant même lors des périodes asymptomatique du syndrome de Kleine-Levin et ayant une incidence claire sur la capacité de travail et l'aptitude à suivre des études.

Monsieur N. _____ conserve de bonnes ressources intellectuelles qui lui ont permis, au prix d'un grand effort, d'obtenir des performances globalement suffisantes aux divers examens neuropsychologiques qu'il a réalisés jusqu'à présent. Cependant, les difficultés attentionnelles et l'importante fatigabilité objectivées lors de cet examen sont de nature à préteriter la reprise d'une activité professionnelle rentable dans l'économie ».

Dupliquant le 1^{er} mai 2018, l'OAI a maintenu ses conclusions et a transmis un avis établi par le Dr J. _____ le 24 avril 2018 qui rejetait les conclusions de la Prof. S. _____.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son taux d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2013.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée 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).

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGGA).

b) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 consid. 2.2).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la

capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

c) 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les avis du Dr J._____, qui lui-même se basait sur les conclusions du Dr W._____, pour retenir que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du 20 juin 2013. Le recourant conteste cette appréciation et se prévaut d'une incapacité totale de travail.

a) Dans son rapport du 26 juin 2014, le Dr W._____ a retenu qu'une activité simple et répétitive, supervisée au départ, avec un groupement sur la première partie de la journée, était exigible à 50 %, un taux de 70 % étant au final visé dans un délai de six mois. Selon lui, l'atteinte à la santé n'entraînait pas de limitation physique ou sociale particulière, le tableau étant dominé par la fatigabilité associée aux troubles cognitifs attentionnels, alors que l'hypersomnie nocturne elle-même ne jouait qu'un rôle mineur à la condition que le recourant modifie son rythme de sommeil en se couchant plus tôt dans la soirée.

Le Dr W._____ a établi son expertise en prenant une distance critique par rapport aux allégations du recourant, d'une part, et aux avis émis précédemment par les autres médecins consultés, d'autre part, ce qui ne saurait lui être reproché, contrairement à ce que laisse entendre le recourant. Cet expert a notamment soulevé des interrogations légitimes sur le diagnostic de Kleine-Levin. En effet, la durée de l'épisode actuel d'hypersomnie paraît difficilement compatible - ou à tout le moins

particulièrement atypique - avec le caractère cyclique de ces épisodes et le fait qu'ils ne devraient, selon la littérature médicale produite au dossier, pas durer plus de quelques mois au maximum (720 jours étant considéré comme un cas extrême selon l'article paru dans la Revue neurologique 164/2008, p. 658-668, en particulier p. 663, signé notamment par la Dresse E. _____). Indépendamment du diagnostic, le Dr W. _____ s'est également étonné, à juste titre, de l'incapacité de travail quasiment totale alléguée alors que le recourant était parvenu à passer des tests relativement intensifs en matinée à la Clinique [...]. Il a en outre suggéré un décalage des horaires de sommeil de l'assuré, avec un endormissement à 21 heures plutôt qu'à 22 heures ou 23 heures, sans que cette proposition ait fait l'objet d'une réelle discussion par les médecins traitants. Enfin, le Dr W. _____ a observé que les scores aux tests de validation des symptômes, lors de l'expertise complémentaire, étaient insuffisants, ce qui parlait en faveur d'un effort cognitif insuffisant. Ces éléments ne sont pas dénués de pertinence et s'opposent, en l'état, à la constatation d'une incapacité de travail totale telle qu'alléguée par le recourant.

Toutefois, l'expertise W. _____ ne permet pas davantage de constater une capacité de travail de 50 % dans une activité simple et répétitive, contrairement à ce que soutient l'intimé. Plusieurs circonstances affaiblissent sa valeur probante. D'abord, le Dr W. _____ a réitéré les tests neuropsychologiques qui avaient été réalisés peu de temps auparavant par la neuropsychologue H. _____ (cf. rapport du 17 avril 2014), sans vraiment discuter de ce premier bilan, alors qu'on aurait pu s'attendre à une véritable expertise bidisciplinaire, avec une réelle discussion entre les deux experts nommés par l'OAI. Deux mois après le rapport de la neuropsychologue H. _____, le Dr W. _____ a observé une rémission du déficit en mémoire de travail, une amélioration au niveau attentionnel sur le plan quantitatif (rapidité, rendement) et des meilleures performances en mémoire antérograde verbale. Il n'explique cependant pas cette rapide amélioration des symptômes neuropsychologiques. On relève à cet égard que l'ensemble des autres neuropsychologues ayant examiné le recourant ne partagent pas le point de vue du Dr W. _____

relatif à une réelle amélioration des symptômes neuropsychologiques. Récemment encore, la Prof. S._____ et la psychologue F._____ ont constaté une globale stabilité du tableau neuropsychologique depuis le bilan du 5 août 2013, voire une discrète péjoration sur le plan exécutif (cf. rapport du 21 août 2017). Par ailleurs, l'amélioration dont fait état le Dr W._____ ne saurait s'expliquer par une attitude plus ou moins compliant du recourant. En effet, la neuropsychologue H._____ a expressément pris en considération une éventuelle exagération, mais a nié avoir constaté des signes de surcharge. Tous les autres examens neuropsychologiques décrivent également un assuré collaborant, y compris le Dr W._____ lors de son premier examen. S'agissant de l'attitude du recourant lors du complément d'expertise, il ne peut être exclu que les premières conclusions de cet expert aient généré une certaine défiance chez le recourant qui pourrait de ce fait avoir exagéré ses symptômes lors de son second examen, ce qui ne saurait cependant suffire pour tirer des conclusions définitive sur la capacité de travail résiduelle du recourant.

Enfin, compte tenu de la rareté et de la spécificité de la pathologie dont est question, on doit regretter que l'intimé n'ait pas privilégié un expert neurologue spécialisé dans les troubles du sommeil, tel que le sollicitait expressément le recourant dans sa correspondance du 18 avril 2016. L'appréciation d'un tel spécialiste - hors les médecins traitants - aurait été adéquate et nécessaire, notamment pour se déterminer sur la proposition du Dr W._____ de décaler les horaires de sommeil de l'assuré, ainsi que sur la réelle capacité de l'assuré à assumer plus de quelques heures d'activité par semaine, et plus de deux heures par jour. La référence aux examens pratiqués à la Clinique [...] en matinée, pour pertinente qu'elle soit, n'est pas suffisante pour tirer des conclusions claires sur ce point, étant rappelé l'échec de la mesure de réinsertion mise en œuvre par l'intimé.

b) Les différentes prises de position du Dr J._____ sur lesquelles se fonde également l'intimé ne convainquent pas davantage. Dans un premier avis du 19 juin 2013, ce dernier s'est référé à

l'encyclopédie en ligne Wikipedia pour constater qu'historiquement, le syndrome de Kleine-Levin était considéré comme une forme atypique du trouble bipolaire. Dans ce même avis, ce médecin du SMR s'est étonné de ne pas disposer d'investigations paracliniques psychiatriques, pour éliminer le diagnostic de trouble bipolaire ou de dépression grave et neurologiques pour éliminer une affection organique. Il a également observé qu'un traitement éveillant, comme le Modafinil ou ses dérivés amphétaminiques comme le Méthylphénidate, n'avait pas été testé. Ces observations dénotent une certaine condescendance vis-à-vis des médecins traitants, qui ont bien fait procéder aux examens paracliniques nécessaires (cf. notamment rapport du Dr V. _____ du 4 février 2014 et la Dresse K. _____, cheffe de clinique au sein du département de psychiatrie du Centre R. _____, du 19 mars 2012) et ont fait une tentative de traitement par Modafinil, sans succès (cf. compte rendu d'hospitalisation du 16 juillet 2012 de la Dresse E. _____, p. 3).

Dans un second avis du 9 novembre 2013, le Dr J. _____ a renoncé purement et simplement à l'expertise neurologique envisagée initialement, au motif essentiellement que l'expert psychiatre n'avait pas objectivé d'atteinte invalidante à la santé, qu'un bilan neuropsychologique constatait un quotient intellectuel de 110, que l'assuré envisageait avec optimisme et plaisir son retour à sa place d'apprentissage et que l'employeur avait indiqué que l'assuré était formé à 80 % et qu'il avait toutes les capacités pour poursuivre et terminer son CFC de dessinateur. Cette conclusion est hâtive, puisqu'une incapacité de travail en raison d'un syndrome de Kleine-Levin ne saurait être exclue sur la seule base d'une expertise psychiatrique. Le Dr L. _____ ne l'a par ailleurs pas fait et s'est prononcé exclusivement sous l'angle psychiatrique. Pour sa part, la Dresse E. _____ a précisé par la suite, sans ambiguïté, que le syndrome de Kleine-Levin n'avait aucune parenté avec la bipolarité évoquée par le médecin du SMR (cf. courrier de la Dresse E. _____ du 14 janvier 2014 à l'attention du Dr J. _____). L'incapacité de travail et la nécessité d'un examen neurologique ne pouvaient pas plus être exclues sur la base de l'optimisme de l'assuré ou sur simple avis de son employeur. On relève au demeurant que cet avis, tel que décrit dans le

rapport médical en question, ne reflète vraisemblablement pas celui exprimé - par téléphone - par l'employeur, comme on peut le comprendre à la lecture de la notice téléphonique complète (cf. note interne du 16 mai 2013) et comme l'employeur l'a d'ailleurs précisé par la suite (cf. courrier du 5 février 2014).

Dans un troisième avis du 10 mars 2014, le Dr J._____ a réitéré un certain nombre des arguments déjà soulevés dans ses précédents avis, ce nonobstant les objections documentées du recourant. Le médecin du SMR a, à nouveau, estimé que les constatations des médecins traitants divergeaient de celles du Dr L._____. Or, tel n'est pas le cas puisque, comme déjà expliqué, le Dr L._____ s'est limité à un examen psychiatrique du recourant, sans prendre aucunement position sur les aspects non psychiatriques du dossier. Le Dr J._____ a finalement admis la nécessité d'un examen neuropsychologique et d'une expertise neurologique « au vu de la conflictualité naissante du dossier ». En réalité, ces examens étaient manifestement nécessaires, indépendamment du caractère conflictuel ou non du dossier. Là encore, l'argument avancé par le Dr J._____ pour préconiser une mesure d'instruction nécessaire depuis le début de la procédure dénote du manque d'objectivité dont a fait preuve ce médecin.

Dans son quatrième avis du 24 juillet 2014, le Dr J._____ a proposé de suivre l'appréciation du Dr W._____ relative à une capacité de travail nulle dans l'activité de dessinateur en bâtiment, mais de 50 % dans une activité simple et répétitive (puis 70 % six mois plus tard). Il n'a toutefois pas discuté les conclusions de la neuropsychologue H._____, laquelle constatait que la reprise de l'apprentissage dans l'économie libre ne semblait pas réaliste et qu'une adaptation du cahier des charges et des horaires était indispensable et à mettre en place « quand l'état de santé le permettra[it] ».

Plus tard, à la suite de l'échec de la tentative de réinsertion professionnelle à la Fondation P._____ et d'un nouveau rapport du Dr V._____, le Dr J._____ a proposé un complément d'expertise par le Dr

W._____, en observant que le constat d'incapacité de travail établi par le médecin traitant n'était pas détaillé et était contredit par les trois expertises menées jusque-là. Or, le Dr L._____ n'a pas contredit le Dr V._____ puisqu'il a circonscrit son appréciation à l'aspect psychiatrique. Quant à la neuropsychologue H._____, tel que relevé ci-dessus, elle a seulement posé le constat que la reprise de l'apprentissage en économie libre n'était pas réaliste et qu'il convenait d'adapter le cahier des charges « lorsque l'état de santé le permettra[it] ».

Dans son avis du 9 janvier 2017, le Dr J._____ a proposé de suivre les conclusions du rapport complémentaire du Dr W._____, non sans observer que le « problème d'IT lorsque l'assuré était alors « étudiant » ne se posait pas ». Cette remarque paraît dépourvue de pertinence dans la mesure où l'atteinte à la santé du recourant a débuté durant son apprentissage, avec des épisodes d'hypersomnie qui se sont rapprochés et allongés au fil des années.

Enfin, le Dr J._____ s'est déterminé sur les actes de la procédure de recours (cf. avis SMR du 13 février 2018) en se référant à nouveau aux « trois expertises » ordonnées en procédure administrative et en mettant en cause la déontologie du Dr G._____, au motif que celui-ci n'avait pas effectué de nouvel examen neuropsychologique avant de se déterminer. Cette dernière remarque est déplacée dans la mesure où le Dr G._____ s'est référé à un bilan neuropsychologique réalisé au Centre R._____ un mois auparavant.

5. Considérant ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a estimé que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à 50 % à compter du 20 juin 2017 sur la base des appréciations des Drs W._____ et J._____, lesquelles n'emportent pas conviction. Une pleine valeur probante ne pouvant être conférée à l'expertise W._____ du 26 juin 2014 et à son complément du 29 novembre 2016, ainsi qu'aux nombreux avis du SMR, il n'est pas possible, en l'état du dossier, de se positionner quant à la capacité de travail du recourant.

Les rapports établis par la Dresse E. _____ les 16 juillet 2012 et 14 janvier 2014 sont aujourd'hui obsolètes et méritent d'être actualisés. L'examen du Dr L. _____ s'est limité à l'aspect psychiatrique. Quant aux appréciations des Drs X. _____, V. _____ et G. _____, celles-ci n'apparaissent pas suffisamment détaillées au regard de la complexité de la situation médicale du recourant pour se prononcer à satisfaction de droit sur une incapacité totale de travail, cas échéant sur une éventuelle capacité résiduelle. A cela s'ajoutent encore, tel qu'expliqué *supra* (consid. 4a), les interrogations légitimes soulevées par le Dr W. _____.

Par conséquent, au regard des lacunes précitées, il appartiendra à l'OAI de compléter l'instruction. Il conviendra d'abord d'interpeller la Dresse E. _____ quant au maintien ou non du diagnostic de syndrome de Kleine-Levin, compte tenu notamment de la durée de l'épisode actuel. Il conviendra ensuite de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire impliquant un neuropsychologue et un neurologue spécialiste des troubles du sommeil. Cela fait, l'intimé devra veiller à ce qu'un autre médecin référent soit désigné par le SMR pour ce dossier (cf. art. 36 LPGA). En effet, si on ne saurait reprocher au Dr J. _____ de ne pas suivre les avis médicaux auxquels se réfère le recourant et de privilégier celui du Dr W. _____ - cette appréciation rentrant sans conteste dans ses attributions - ses prises de position répétées dénotent, dans un premier temps, une approche superficielle, puis dans un second de temps, un manque de prise de distance sur ce dossier, en particulier en traduisant de manière pour le moins imprécise le contenu d'autres pièces au dossier, en reprochant à tort un manque de déontologie à un confrère ne partageant pas son analyse et en émettant un jugement de valeur au sujet des écritures du conseil du recourant (cf. avis SMR du 13 février 2018 : « Le conseil oublie le côté empathique jurisprudentiel des médecins traitants et nous saluons sa lapalissade finale qui n'apporte rien de concret à la force probante des experts »).

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'800 fr. (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 qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, 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 N._____ une indemnité de dépens fixée à 1'800 fr. (mille huit cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Armand Hichri (pour N._____),
- 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 :