C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 6 octobre 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente

MM. Tinguely, juge, et Hichri, juge suppléant

Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à C***, recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le ***1998, est atteint d'une infirmité congénitale sous la forme d'une dysplasie des hanches bilatérales. Par demande formelle du 24 novembre 1998 et agissant par sa mère, il a sollicité l'octroi de prestations de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) qui l'a mis au bénéfice des mesures médicales idoines depuis sa naissance jusqu'au 31 octobre 2018 (cf. communications des 17 mars 1999 et 3 janvier 2011).

Développant entre-temps une dysphasie, se traduisant par un retard important dans l'acquisition du langage oral, l'OAI lui a reconnu le droit à une formation scolaire spéciale (cf. communication du 20 juin 2002 et décisions des 2 novembre 2004 et 9 juin 2006). L'assuré a encore bénéficié d'autres prestations d'assurance, telles que des allocations d'impotence et des moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques spéciales, retouches orthopédiques et l'octroi d'une paire de cannes anglaises).

Le 1er décembre 2015, l'assuré a requis de l'OAI des mesures de réadaptation professionnelle afin d'entreprendre une formation d'électricien dès le mois d’août 2016. Invité à se prononcer sur ce projet, le Service médical régional de l’assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que la luxation congénitale de la hanche gauche avait mal évolué, malgré plusieurs interventions chirurgicales, et qu'il existait une luxation actuelle de cette hanche avec une différence de longueur des membres inférieurs. A titre de limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter toute activité physique nécessitant d'être constamment debout ou impliquant de devoir souvent s'accroupir. Selon lui, toute profession physiquement astreignante n'était pas envisageable (cf. avis du 26 février 2016). Au terme de son instruction, l'OAI est parvenu à la conclusion que cette formation n'était pas adaptée aux limitations décrites et a proposé un stage d’orientation. Vu le refus de l’assuré, l’OAI a procédé à une approche théorique pour le calcul de l'invalidité de l'assuré en tenant compte d'un revenu sans invalidité

annuel brut de 65'308 fr. 64 pour 2016 pour une activité en qualité d'employé de commerce avec CFC à 100 %. L'activité étant adaptée à ses limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de retenir une réduction sur le revenu d'invalide. Par décision du 9 septembre 2016, l'OAI a dès lors nié le droit de l'assuré à une formation professionnelle initiale et à une rente d'invalidité.

B. Le 12 décembre 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI tendant à une mesure professionnelle ou à une rente d'invalidité. Il précisait qu'il avait débuté le 8 août 2016 un apprentissage de monteur-électricien auprès de F._____ à G*** lequel se terminait le 31 janvier 2017. En effet, l'employeur avait mis fin au contrat d'apprentissage de l'intéressé, expliquant que ce métier était trop dur physiquement pour lui au vu de son handicap et qu'un travail moins lourd lui correspondrait mieux (cf. certificat de travail du 4 janvier 2017).

Une mesure d'orientation professionnelle a été mise en place du 13 mars au 11 juin 2017 auprès de l'Orif de J***, section électricité, durant laquelle une indemnité journalière a été versée à l'assuré (cf. décision du 16 mars 2017) et où ce dernier a exprimé son intérêt pour l'activité d'automaticien (cf. note d'entretien du 31 mai 2017). Dans son rapport du 20 juin suivant, l'Orif a informé l'OAI que l'assuré allait effectuer dès août 2017 sa première année d'apprentissage d'automaticien en vue de l'obtention d'un CFC à l'Orif de J***, quand bien même cette formation n'était pas totalement adaptée à ses compétences.

Par communication du 29 août 2017, l'OAI a pris en charge les coûts supplémentaires de cette formation professionnelle initiale jusqu'au 31 juillet 2018, période durant laquelle l'indemnité journalière lui a été versée (cf. décision du 19 juillet 2017).

Par courriel du 9 octobre 2017, l'Orif a informé l'OAI que l'assuré présentait notamment des douleurs aux jambes, nécessitant une adaptation de son poste de travail, et doutait que celui-ci puisse répondre aux exigences physiques de ce métier. Il a ajouté avoir évoqué avec l'assuré une possible corrélation entre son état de fatigue et ses nombreuses prises

en charge médicales (narcose), compte tenu de ses oublis (note de l'OAI du 10 octobre 2017).

Après que l'assuré a consulté le Prof. K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a constaté des gênes douloureuses et des limitations fonctionnelles qui avaient un impact non négligeable sur sa formation professionnelle (rapports des 1er novembre 2017 et 14 février 2018), le SMR a considéré qu'il n'existait aucune contre-indication quant à la poursuite de l'apprentissage d'automaticien, tout en reconnaissant que des arrêts de travail puissent se manifester plus ou moins régulièrement en raison de la survenance des douleurs (avis médical du 26 mars 2018).

Dans son rapport du 18 juillet 2018, le Prof. H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu des activités uniquement en position assise et a exclu toute activité nécessitant notamment la marche, les montées et les descentes, ainsi que le port de charges. Quant au pronostic, ce médecin a mentionné que le risque de rechute était très élevé. Ultérieurement, soit en date du 28 août 2018, le Prof. H._____ a précisé que des activités en position debout en alternative avec la position assise étaient possibles.

Faisant suite à ce rapport du 18 juillet 2018, à l'entretien avec l'assuré du 13 juin 2018 (note de l'OAI du 14 juin 2018) et au rapport intermédiaire du 15 juin 2018 de l'Orif évoquant un bilan défavorable au niveau pratique au terme de la première année d'apprentissage en raison de la fatigue (épuisement et trouble du sommeil) accumulée par l'assuré, l'OAI a préconisé un changement d'orientation professionnelle. L'activité de planificateur en électricité étant davantage adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assuré a entrepris cette nouvelle formation professionnelle initiale (art. 16 LAI) du 1er août 2018 au 31 juillet 2022, avec un droit à l'indemnité journalière durant cet intervalle (cf. notamment trois décisions du 10 septembre 2019). Après avoir effectué des stages, l'assuré a débuté un apprentissage auprès de l'entreprise Ingénieurs-Conseils L._____ SA au M*** à compter du 1er août 2019.

Par certificat médical du 10 septembre 2021, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, a informé l'OAI que son patient souffrait d'une maladie pouvant engendrer des accès de somnolence irrépressibles en journée ou des difficultés de concentration.

Invité par l'OAI à compléter un rapport médical, le Dr N._____ a, dans un rapport du 4 novembre 2021, posé les diagnostics de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère, avec un index d'événements de 42/h, diagnostiqué en 2020, d'hypersomnie idiopathique, diagnostiquée en 2021 et de parasomnie du sommeil lent profond de type éveil confusionnel, diagnostiquée en 2021. Il a en outre décrit l'état de santé de l'intéressé de la manière suivante :

> "**1.2.** [...] Le patient présente une somnolence diurne excessive objective. Lors des tests itératifs de latence à l'endormissement, on a trouvé une latence moyenne à l'endormissement de 4.1 minutes, ce qui signe une somnolence diurne sévère. Il est évident que ceci entraîne des accès de somnolence, parfois irrépressibles, en journée, et qu'il y a une altération des capacités de concentration, qui peuvent particulièrement se manifester lors de cours/formations professionnelles. Je ne sais pas exactement depuis quand cela est présent, mais en tout cas depuis plusieurs années.
> [...]
> **1.5.** Après le diagnostic d'hypersomnie idiopathique, j'ai tenté un traitement de Ritaline. Celui-ci n'a eu aucun effet sur l'état de vigilance et a été mal toléré. J'ai alors tenté le Modafinil, que le patient a pris jusqu'à raison de 4cp par jour, sans aucune amélioration. Nous nous trouvons donc avec peu de possibilités thérapeutiques à ce stade. Le patient a souhaité réessayer la Ritaline sous une autre formulation. En cas d'échec, on pourrait éventuellement effectuer une demande auprès de l'assurance maladie pour la prise en charge du Wakix. Si ceci n'est pas possible ou s'il n'y a pas d'effet du traitement, il n'y a malheureusement pas d'autre alternative pour améliorer les possibilités de réadaptation.
> [...]
> **2.3.** Il s'agit d'un patient qui m'a été adressé début 2020 par le Docteur R._____, son médecin traitant, pour recherche d'apnées du sommeil, en raison d'une somnolence diurne excessive importante [...] Le patient a été mis sous appareillage CPAP, auquel il s'est relativement bien habitué, et qu'il porte régulièrement. Malgré ceci, il ne décrit un gain que partiel sur sa somnolence, qui reste pathologique.
> Au vu de ceci, j'ai effectué un bilan complet au T._____, comprenant une polysomnographie complète qui a montré un bon contrôle du SAOS par l'appareillage CPAP, et des événements de type éveils confusionnels. Ceci a été suivi du test itératif de latence à l'endormissement montrant une somnolence diurne objective sévère. Comme décrit plus haut, les traitements médicamenteux n'ont pour l'instant pas eu d'effet sur cette somnolence.

> […]
> **2.5.** Comme décrit précédemment, les traitements essayés jusqu'à maintenant n'ont pas eu d'effet. Il ne reste que peu d'alternatifs. Si on n'arrive pas à améliorer l'état de vigilance de manière médicamenteuse, il est possible que le patient présente une somnolence excessive ou des troubles de la concentration sur le long terme.
> […] En ce qui concerne le domaine somnologique, toutes les investigations nécessaires ont été effectuées. En termes de répercussions de la somnolence, vous pourriez encore [effectuer] un bilan neuropsychologique complet, ce d'autant plus que le patient signale un possible TDAH.
> […]
> On ne peut attendre du patient une capacité de concentration normale, et son rendement sera certainement diminué. En ce qui concerne la problématique somnologique, on peut en effet retenir que certaines professions ne pourraient pas être pratiquées en l'état, en particulier celles nécessitant un permis de conduire professionnel ou toute profession nécessitant un haut niveau de concentration de manière soutenue, surtout en cas de danger physique potentiel.”

Le Dr N._____ a transmis à l’OAI les documents suivants :

- un courrier du 21 janvier 2021 adressé au Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l’assuré ;

- un rapport de consultation du T._____ du 25 août 2021 adressé au Dr R._____ faisant suite à une consultation du 24 août 2021 de l’intéressé avec en annexe un rapport du 1er juillet 2021 de TILE (test itératif de latence d’endormissement) et un rapport de polygraphie ventilatoire du 16 mars 2020.

Le 30 juin 2022, B._____ a obtenu son CFC de planificateur électricien. Il a souhaité continuer sa formation avec une maturité professionnelle post-CFC, dont les coûts ont été pris en charge par l'OAI du 1er août 2022 au 31 juillet 2023 (cf. communication du 23 août 2022), avec un droit à l'indemnité journalière (cf. décision du 24 août 2022).

Par certificat médical du 27 septembre 2022, le Dr R._____ a indiqué que pour des raisons médicales, il était préférable que son patient puisse effectuer sa formation sur deux ans.

Par certificat médical du 21 décembre 2022, le Dr R._____ a attesté que l'assuré était dans l'incapacité de suivre efficacement ses cours de formation depuis le 10 novembre 2022.

Dans un rapport du 27 janvier 2023 de bilan de mesure rédigé par une psychologue au service de réadaptation de l'OAI, il est mentionné notamment ce qui suit (*sic*) :

> "[...].
> Conformément à l'avis SMR du 10.01.2019, nous avons pris en charge une formation professionnelle initiale dans une activité sédentaire mais permettant un changement fréquent de posture, et l'assuré a débuté une formation de planificateur-électricien, d'abord en centre, puis en entreprise. Il a obtenu son CFC en juillet 2022.
>
> En octobre 2021, nous apprenons que l'assuré souffre de troubles du sommeil, qui risquent d'engendrer des accès de fatigue irrépressibles la journée, et des difficultés de concentration. M. B._____ termine cependant son apprentissage, et nous contacte avec la demande de pouvoir poursuivre en maturité professionnelle, ce que nous cautionnons tout en émettant des réserves en raison de certaines difficultés cognitives liées à son atteinte à la santé. Rapidement, M. B._____ demande à pouvoir effectuer sa formation à mi-temps en raison de fatigue et de maux de tête. En début d'année, celui-ci se trouvé en échec,
>
> Nous avons rencontré M. B._____ et sa mère le 26.01.2023, à l'office AI. B._____ nous explique souffrir actuellement d'une accentuation de la fatigue et des maux de tête, qui peuvent engendrer des pertes de connaissance quand les migraines sont trop fortes. Il nous dit souffrir en permanence, mais essayer de faire au mieux, sachant que les médicaments ne fonctionnent pas pour lui. Il continue par ailleurs à souffrir d'hypersomnie et d'apnée du sommeil.
>
> Tous ces symptômes ont amené le médecin traitant à demander de nouveaux examens, qui auraient notamment mis en évidence une dégénérescence du foie, qui reste inexpliquée. En raison de son problème génétique, des investigations sont également en cours de ce côté-là.
>
> Selon M. B._____, l'activité professionnelle dans laquelle il a été formée n'est pas adaptée, dans la mesure où le travail se fait essentiellement sur ordinateur, ce qui augmenterait ses migraines. Il pense qu'une activité plus « mobile » comme celle d'automaticien qui lui a été refusée pour raisons médicales par notre office, serait plus adaptée.
>
> Au vu de la complexité de la situation médicale et des nouvelles limitations fonctionnelles qui sont apparues, nous sollicitons une reprise.de l'instruction médicale par le SMR afin de préciser la CT [capacité de travail] et les LFs [limitations fonctionnelles], et de déterminer si l'activité de planificateur-électricien reste adaptée,

> auquel cas une aide au placement pourra être mise en place, ou si nous devons reprendre des mesures d'orientation professionnelle pour trouver une nouvelle piste.”

Dans son rapport du 10 février 2023 à l’OAI, le Dr R._____ a posé les diagnostics de dysgénésie gonadique mixte, de délétion du bras long du chromosome Y, de céphalées constantes handicapantes, de troubles des apprentissages (déficit d’attention), de syndrome d’apnées du sommeil sévère, de dysplasie luxation hanche gauche multiopérée, d’asthénie et de boiterie sur asymétrie des longueurs des membres inférieurs. Il a estimé que les postes de travail derrière un écran d'ordinateur à plus de 20 % de la journée étaient à proscrire, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis début 2020, mais que dans une activité adaptée, celle-ci pouvait s'élever entre 60 % et 100 % en fonction de l'évolution des différents symptômes.

Dans un rapport du 18 août 2023 à l’OAI, le Dr W._____, chef de clinique adjoint à O._____, a mentionné comme diagnostics incapacitants une fatigue diurne de probable étiologie multifactorielle en cours d’investigation, de céphalées chroniques sur des probables migraines, suivi en neurologie au CHUV, des poliarthromyalgies diffuses d’allure chronique en cours d’investigation et de troubles du sommeil chroniques. Il a précisé qu’en l’état, il ne lui était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail de son patient. Le pronostic allait dépendre de la capacité à soulager les migraines et les troubles du sommeil, ainsi que du diagnostic retenu par les spécialistes concernant les poliarthromyalgies diffuses.

Dans un rapport du 25 septembre 2023, la Dre X._____, médecin du Centre des céphalées du CHUV, a fait état de céphalées chroniques présentes depuis l’âge de dix ans avec probables migraines sans aura et de céphalées chroniques tiliennes. Elle ne s’est pas prononcée sur la capacité de travail de l’assuré, précisant toutefois que la capacité de concentration était limitée en raison de la somnolence diurne et des capacités attentionnelles.

Dans un rapport du 11 octobre 2023, la Dre Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Z._____ sur le sommeil (Z._____), a retenu que le diagnostic d'hypersomnie idiopathique avait une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, sans toutefois procéder à son évaluation. Elle a annexé son rapport du 4 octobre 2023 adressé au Dr R._____ dans lequel elle a posé les diagnostics d'hypersomnie idiopathique et d'un trouble respiratoire au cours du sommeil, à type de syndrome d'apnées-hypopnées de degré sévère, sous CPAP, sans être en possession des résultats de la polysomnographie, du rapport TILE et des résultats du chimiogramme permettant de comprendre l'effet des médicaments éveillants sur les symptômes résiduels, faute pour le patient de les avoir apportés lors de la consultation du 29 août 2023.

Dans un rapport du 13 octobre 2023, le Prof. BG._____, médecin chef de la consultation de médecine physique et de réhabilitation du CHUV, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré de syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile, de hanche gauche multiopérée pour dysplasie et luxation, de céphalées sévères lesquelles s'étaient aggravées depuis une année en cours de bilan au CHUV et d'asthénie chronique (consultation prévue le 29 novembre 2023 au Z._____ sur le sommeil du CHUV). Au vu des trop nombreuses explorations en cours, la capacité de travail devait être évaluée dans quelques semaines. Il a annexé son rapport du 7 septembre 2023 adressé au Dr R._____.

Dans un rapport du 27 octobre 2023 au Dr R._____ et faisant suite à un consilium en médecine interne le 18 août 2022 et le 9 août 2022, les Prof. BD._____ et W._____, respectivement médecin adjoint et chef de clinique au Département Vulnérabilités et médecine sociale du CHUV ont notamment exposé ce qui suit (*sic*) :

> "[…].
> **Discussion**
> Nous ne retrouvons ainsi face à un patient avec un tableau essentiellement de **fatigue et des poli-arthromyalgies chroniques**, d'étiologie indéterminée.

Par rapport à la fatigue, tout d'abord, nous avons réalisé un bilan biologique exhaustif (y compris sérologiques infectieuses multiples), en août 2022, complémentaire à celui réalisé par vos soins en ambulatoire. [...]. Nous avons rapatrié le bilan étiologique de la cytolyse hépatique, qui était tout a fait rassurant, y compris le bilan des hépatites auto-immunes. Il n'y avait pas non plus d'arguments à faveur d'une hémochromatose (saturation de transferrine à 17%). Au contrôle biologique d'août 2023 la ferritine était à 197 umol/L et l'élévation nous semble secondaire à la maladie hépatique finalement retenue comme métabolique, chez ce patient connu pour une obésité de stade I.

Nous nous sommes aussi questionnés sur le potentiel rôle de la pathologie génétique dans la symptomatologie du patient et l'avons adressé à la consultation dédiée du CHUV. Nos collègues ont conclu à l'absence de lien avec la symptomatologie décrite, les seuls éléments cliniques explicables étant une éventuelle infertilité, la petite taille et la dysplasie de la hanche. Il n'y avait par ailleurs pas d'arguments pour une mitochondriopathie, syndrome d'Ehlers Danlos génétique, trouble de la bêta-oxydation ni d'acides aminés.

Après cette évaluation initiale, vu la présence en premier lieu de douleurs mal systématisées mais semblant musculaires et articulaires, diffuses, accompagnant la fatigue et associées à une hyperlaxité, nous nous sommes questionnés sur la présence d'une pathologie auto-immune rhumatologique et/ou un syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile.

À ce propos, nous l'avons orienté en rhumatologie au CHUV. Selon nos collègues la clinique parle en défaveur d'un rhumatisme inflammatoire avec une composante hyperlaxe sur **syndrome d'Ehlers Danlos hypermobile** au premier plan. Le bilan immunologique (facteurs rhumatoïdes, anti CCP, ANA et HLA B27 est absent) était dans la norme. Cependant, devant des rachialgies d'origine mixte, une IRM dorsolombaire et sacro-iliaque, à la recherche d'une spondylarthropathie axiale, a été demandé et ils contacteront Monsieur pour lui faire un retour.

Pour ce qui concerne les détails de prise en charge du syndrome mentionné, nous vous prions de vous référer au rapport du Prof BG._____ du 07.09.2023, que vous avez reçu. Un suivi sera organisé par nos collègues de médecine physique et réhabilitation.

Par rapport aux **troubles du sommeil chroniques**, multi-investigués, il nous décrit une persistance surtout de l'hypersomnie et somnolence diurne, avec un impact majeur sur sa concentration et sa performance professionnelle. Dans ce contexte et après des multiples échecs des traitements, nous lui avons proposé un 2ème avis au centre de sommeil du CHUV et avons évoqué la possibilité d'une prise en charge par thérapie cognitivo-comportementale. Un premier rendez-vous aura lieu le 27.09.23 et nous vous laissons le soin de pister la suite de prise en charge.

Sur le plan des **céphalées**, nous l'avons orienté à la consultation des céphalées du CHUV. Nos collègues ont retenu un tableau de migraines chroniques et ont mis en place un traitement sous-cutané. Monsieur rapporte un impact positif avec une diminution estimé dans l'EVA qui

est passé de 8 à 5/10 après l'instauration de ce traitement ; monsieur estime devoir être à 3/10 d'EVA pour avoir une bonne qualité de vie et peu d'impact sur ses AVQ ni sa capacité de concentration. Il nous rapporte également un bénéficie des séances de Médecine Manuelle, à O._____. Le suivi se poursuivra auprès de nos collègues et nous vous laissons le soin de pister la suite de prise en charge.
[…].
Sur le plan professionnel, il décrit un début de scolarité très difficile avec retard de développement et recours à un soutien spécialisé (neuropédiatrique; psychothérapeutique et logopédique), dès l'âge de 8 ans. Switch vers une scolarité classique à l'âge de 14 ans, l'ayant finie à l'âge de 19 ans, sans échec. À ce moment a commencé un apprentissage d'électricien qui l'épanouissait mais qu'il a dû abandonner car son patron se faisait du souci pour sa santé et Monsieur ne voyait pas d'avenir justement pour craindre de vivre la même chose avec des futurs patrons, restant dans le métier.
Ensuite a fait un apprentissage comme automaticien qu'il a adoré ; néanmoins le travail était sédentaire et a contribué à une aggravation de ses douleurs. L'AI a finalement proposé une réinsertion professionnelle jugeant le métier non adapté. Finalement, il s'est orienté vers un apprentissage de planificateur électricien, obtenant la certification en 2022.
En fin 2022, il a débuté sa maturité professionnelle. Il décrit un échec à la fin du premier semestre, soit en 02.2023, qu'il met dans le contexte des troubles de concentration secondaires à son avis de la fatigue. Par ailleurs, il décrit une récidive des malaises connus, sans épisode de syncope, à raison de 15 épisodes/mois, environ, qui l'amenait à consulter l'infirmière de l'école puis souvent à rentrer à domicile pour pouvoir se reposer.
Dans ce contexte, vous avez retenu une incapacité de 100% depuis 02.2023. Depuis lors il est à domicile, et n'a plus eu de récidive des malaises. À ce propos il évoque spontanément une origine somatoforme, de par le stress engendré par les cours.
Il est actuellement au bénéfice de l'aide sociale. Un dossier AI est ouvert et ils sont en attente du résultat des investigations actuellement en cours pour prendre une décision.
Dans l'avenir, il espère pouvoir faire un apprentissage en lien avec un métier médical, mais pour le moment veut se concentrer sur sa santé.
[…].”

Dans un rapport du 18 décembre 2023 à l’OAI, les Drs BJ._____ et BK._____, respectivement médecin hospitalier et médecin assistant au Service de rhumatologie du CHUV, ont retenu comme diagnostics un syndrome d’Ehlers-Danlos hypermobile probable (ORPHA-285) sans argument pour un rhumatisme inflammatoire ou une spondylarthropathie axiale, ainsi qu’un syndrome d’apnée obstructif du sommeil appareillé.

Dans un rapport du 13 janvier 2024 au Dr R._____, la Dre Y._____ a indiqué que le patient avait bénéficié d’une actimétrie (appareil

porté sur la main non dominante permettant de mesurer en permanence les mouvements du poignet, ce qui donne une mesure indirecte des phases d'activité et de repos) de trois semaines (du 9 au 27 novembre 2023). Elle a retenu les diagnostics suivants :

> "• Trouble respiratoire au cours du sommeil (IAH initiales à 45/h à la polygraphie ventilatoire de 03.2020), à type de syndrome d'apnées-hypopnées de degré sévère diagnostiqué au T._____ (polysomnographie de contrôle ; IAH résiduelles à 4.7/h)
> • Hypersomnie idiopathique diagnostiquée au T._____ en 2021 ;
> • résultat de la polysomnographie : latence d'endormissement 3 minutes, temps total de sommeil 418 min, efficacité 95%, 5 cycles, 24% de sommeil lent profond, 23% de sommeil **REM**, index de micro-éveils à 6/h, présence d'éveils confusionnels
> • plusieurs traitement éveillants : Ritaline (mal toléré/douleurs abdominales/aucun effet éveillant), Modasomil 100 mg 4x/j (absence d'efficacité et tolérance moyenne), Concerta (absence d'efficacité), Wakix (inefficace)
> • Test itératif de latence à l'endormissement, latence moyenne à 4.2 min, un endormissement à chaque sieste, absence de sommeil paradoxal
> • Parasomnie du sommeil lent profond à type d'éveil confusionnel."

Elle a recommandé à l'assuré de reprendre son traitement de mélatonine 2 mg en horaire fixe trois heures avant le coucher afin d'évaluer tant l'effet sur l'endormissement que sur l'ivresse du sommeil, l'inertie du sommeil et la sensation de brouillard. Quant au traitement par Duloxétine, il était en cours d'introduction.

Dans un rapport du 25 janvier 2024, le Dr BN._____, spécialiste en gastro-entérologie, a retenu le diagnostic de stéatose hépatique (NAFLD) dans le cadre d'une obésité et ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de son patient. Il a en outre transmis les documents suivants :

- un courrier que lui avait adressé le 10 février 2023 le Dr R._____, lequel expliquait que le problème principal de son patient était une céphalée constante, réfractaire aux traitements qui l'épuisait moralement et physiquement et qui ne lui permettait pas de se concentrer et de poursuivre ses études dans de bonnes conditions ;

- un courrier du 24 avril 2023 adressé au Dr R._____ concernant une consultation du 14 mars 2023, ainsi que l'échographie et le fibroscan du 24 avril 2023.

Par avis médical du 5 avril 2024, le SMR a notamment requis du Z._____ sur le sommeil du CHUV les rapports d'investigation effectuées en novembre 2023. Il a en outre exposé ce qui suit :

> "[...].
> **Discussion :**
>
> Cet assuré présente une aggravation de ses symptômes myalgiques, céphalées et troubles du sommeil depuis la fin de son CFC, plus particulièrement depuis qu'il s'est engagé dans une formation de maturité professionnelle, vraisemblablement trop exigeante en terme de concentration chez un assuré connu depuis l'enfance pour des troubles du sommeil et des céphalées. Le bilan rhumatologique et MPR n'amènent pas d'éléments médicaux nouveaux, l'assuré est actuellement suivi pour les céphalées afin d'adapter le traitement, le bilan précédent en médecine du sommeil est complet, je doute qu'un nouveau bilan amène plus d'informations. La formation de planificateur parait adaptée néanmoins une baisse de rendement est vraisemblable en raison de la fatigue et de la baisse de la concentration. Un diagnostic de TDAH est évoqué mais ne semble pas être confirmé ou avoir nécessité un suivi. Pour rappel, l'assuré dispose d'une table réglable afin de pouvoir alterner les positions assis/debout et d'un fauteuil à roulette.
> [...]."

Dans un rapport du 29 avril 2024 à l'OAI, le Dr R._____ a conclu à une incapacité totale de travail en raison de « limitations fonctionnelles majeures, inchangées depuis le dernier rapport ».

Dans un rapport du 29 juillet 2024, la Dre X._____ a retenu le diagnostic de migraine chronique (l'assuré présentant des céphalées de manière quotidienne d'intensité quatre à six sur dix). Le patient n'arrivant pas à travailler à l'ordinateur, la capacité de travail était nulle.

Par avis du 18 septembre 2024, le SMR a résumé la situation de la manière suivante :

> "[...] **Discussion :**
>
> Ce jeune assuré a pu se former comme planificateur électricien jusqu'en 2022, bien que les diverses atteintes à la santé qu'il présente

> étaient déjà présentes ; une aggravation vraisemblablement en lien avec le stress de la maturité a conduit à une exacerbation des symptômes douloureux et de l'hypersomnie idiopathique, néanmoins la situation semble plutôt s'améliorer ; les céphalées sont certes toujours présentes mais d'intensité modérée et n'empêchent pas notre assuré de faire du sport, de lire, de se promener, de s'occuper de sa mère et de voir ses amis. Je peine à comprendre la CT [capacité de travail] nulle retenue par le médecin traitant et le neurologue dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ; les limitations fonctionnelles ne sont pas claires. Afin de préciser cette situation, **je sollicite une expertise : rhumatologie, médecine interne, psychiatrie et neurologie et laisse aux experts la possibilité d'ajouter un avis spécialisé en médecine du sommeil s'ils le jugent nécessaire.**
>
> En parallèle, j'adresse des questions au Z._____ […].”

L'expertise a été attribuée au centre BQ._____ Sàrl et l'assuré a été examiné par le Dr BR._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr BS._____, spécialiste en neurologie, le Dr BT._____, spécialiste en rhumatologie et la Dre BV._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport non daté référencé au dossier le 30 janvier 2025 (ci-après : rapport du 30 janvier 2025) lequel contient un volet neuropsychologique (rapport du 5 décembre 2024 de Mme BW._____, neuropsychologue et experte SIM). Dans le rapport précité faisant suite à un examen neuropsychologique s’étant déroulé le 25 novembre 2024 (de 13h30 à 17h40), il est fait mention qu’il a été rappelé à l’assuré en début d’examen que dans un contexte d’expertise un effort optimal était exigé de sa part et que ce dernier, de même que la cohérence des résultats, allaient également être mesurés. Mme BW._____ a notamment relevé que l'expertisé « se plaint d'être tout le temps fatigué », que sur le plan langagier, il mentionne « régulièrement ne pas parvenir à trouver ses mots », « décrit des pertes du fil durant les discussions ». Celui-ci considère que sa concentration est diminuée « depuis toujours mais surtout depuis qu'il souffre d'une fatigue plus importante ». Elle a encore relevé que l'expertisé « précise que tous ses plus gros problèmes, à part ceux de la hanche, sont arrivés et se sont péjorés vers l'âge de 10 ans (la douleur, la fatigue) » qu'il « mentionne spontanément également qu'il s'agit d'un cercle vicieux, avec les maux de tête, les douleurs et la fatigue ». Au terme de son examen et des tests pratiqués, la neuropsychologue a conclu qu'il existait vraisemblablement « une majoration de symptômes, puisque les résultats obtenus remplissent les critères d'un *malingering* (exagération

ou simulation de symptômes) ». Selon elle, si « l'anamnèse ne permet pas d'exclure un TDA/H dans l'enfance qui reste crédible (au vu de la proposition d'une médication psychostimulante et de la comorbidité avec des troubles langagiers), il n'a pas empêché l'assuré d'obtenir son CFC ou encore son permis de conduire, sans prise de médication pour le soutenir ». Elle a poursuivi en déclarant que cet examen « ne permet toutefois pas de retenir d'éventuels diagnostics neuropsychologiques ou de limitations fonctionnelles valides qui ne seraient en tous cas pas de la sévérité alléguée, au vu de l'autonomie de l'assuré, de la présence d'un permis de conduire valable [...], d'une intelligence préservée et d'une bonne évolution des troubles langagiers décrits dans l'enfance ».

Se fondant sur le dossier constitué ainsi que sur leur propre examen clinique, les experts ont retenu de manière consensuelle le diagnostic incapacitant de « probables migraines chroniques sans aura avec suivi dans un centre spécialisé du CHUV », ainsi que les diagnostics non-incapacitants d'obésité de grade I (E66.0), de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de grade indéterminé, appareillé (G47.31), d'eczéma séborrhéique (L21.9), de dysgénésie gonadique mixte [...] (Q98.7), de status de chirurgies multiples de dysplasie de hanche congénitale, d'inégalité du membre inférieur gauche, de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, d'hypersomnie non organique présente depuis 2020 et actuellement stable et non évolutive (F51.1), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et d'utilisation d'alcool (Z72.1). Selon eux, le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée jusqu'en décembre 2022. Dès janvier 2023, celle-ci était de 80 % dans une activité adaptée en raison d'une diminution de rendement de 20 % pour des raisons neurologiques (besoin de pauses supplémentaires pour cause de céphalées). Les limitations fonctionnelles retenues à titre préventif sur le plan rhumatologique concernaient la marche sur des terrains accidentés, les montées et descentes d'échelles, le travail sur des échafaudages avec possibilité d'alternance des positions et les positions assise ou debout durant plus de quarante minutes.

Faisant suite à la demande de rapport du SMR, la Dre Y._____ a notamment mentionné dans son rapport du 17 janvier 2025 que la pathologie du sommeil sévère de l'assuré impliquait un temps total de sommeil augmenté et nécessitait la réalisation de siestes programmées, diminuant son temps d'éveil et sa capacité de travail globale. Des ajustements thérapeutiques étaient en cours. Elle a ajouté qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur sa capacité de travail dans l'activité de planificateur électricien, la situation n'étant pas stabilisée. A titre de limitations fonctionnelles, elle a retenu une somnolence diurne excessive, une fatigabilité excessive, une fatigue, des troubles cognitifs en lien avec la lutte contre la somnolence, impliquant un temps total de travail diminué et contre-indiquant le travail posté et de nuit, les changements d'horaires ainsi que la conduite professionnelle. Dans une activité adaptée, et quand bien même il lui était difficile de répondre à cette question, l'assuré faisait l'objet d'une incapacité de travail de 70 % en l'absence de stabilisation et de traitement pharmacologique efficace, soit une capacité de travail de 30 % en milieu adapté.

Dans un rapport du 10 février 2025, le SMR a retenu que l’assuré présentait une capacité totale de travail, moyennant une diminution de rendement de 20 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée dont les limitations fonctionnelles étaient ramenées à des pauses plus fréquentes. Il a résumé la situation de la façon suivante :

> “[…]
> Dans l'axe neurologique, l'expert retient de probables migraines chroniques sans aura et un trouble respiratoire au cours du sommeil avec hypersomnie idiopathique dont la sévérité ne peut être objectivée ; il retient une baisse de rendement de 20 % en raison des pauses nécessaires dues aux céphalées, ceci depuis février 2023 ; néanmoins, les difficultés émises par l'assuré ne semblent pas avoir de répercussions sur les tests neuropsychologiques bien que la participation de l'assuré à ce bilan n'a pas été optimale et qu'une majoration des symptômes peut clairement être évoquée ; par ailleurs, une amélioration est encore possible avec l'instauration de nouveaux traitements pour les céphalées et l'hypersomnolence ressentie.
>
> L’expert relève l’absence d’empêchement dans les activités quotidiennes, l’autonomie au quotidien de l’assuré et une aptitude à la conduite qui n’est pas questionnée.

Dans l'axe psychiatrique, l'expert demande un examen neuropsychologique en raison d'éléments favorables pour une majoration de symptômes et en l'absence d'autres pathologiques psychiatriques ; la collaboration de l'assuré est mise en doute en raison d'un bilan sanguin évocateur d'une consommation excessive d'alcool ces dernières semaines alors qu'il déclare une consommation très occasionnelle. Les difficultés sont mises sur le compte d'une faible pratique professionnelle, d'une faible tolérance à la contrainte et une faible stimulation environnementale depuis plusieurs années. Une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques est retenue, sans effet sur la CT [capacité de travail].

Dans l'axe de médecine interne, aucun diagnostic incapacitant n'est retenu (obésité de grade I, syndrome d'apnée du sommeil appareillé (irrégulier de l'aveu de l'assuré), eczéma séborrhéique, dysgénésie gonadique mixte)

Dans l'axe rhumatologique : dysplasie de la hanche G responsable d'un raccourcissement de 11 cm du MIG, syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile sans retentissement fonctionnel, boîterie à la marche cependant il n'y a aucune limitation dans les activités dans tous les domaines comparables de la vie. LF à titre préventif : éviter le port de charges > 10-15 kg.

Examen neuropsychologique (p47) : mobilisation irrégulière à l'effort, se plaigna[n]t de grande fatigue dès le début de l'examen, sans évolution au fil du temps après plus de 4h d'examen, intelligence p[r]éservée et dans la moyenne, habiletés de cognition sociale préservées, incohérences dans certaines performances parlant pour une vraisemblable majoration de symptômes.

Conclusion expertise : CT de 80 % dans toute activité (100%-20% de rendement en raison de pauses plus fréquentes) depuis janvier 2023, 100% avant janvier 2023.

RM du 23.01.2025 [recte : 17.01.2025] Dre Y._____, médecine du sommeil : elle estime la CT limitée à 30 % en raison d'une somnolence excessive, des troubles cognitifs en lien avec une lutte contre le sommeil. Un traitement pharmacologique pourrait améliorer les symptômes et avoir un impact positif sur les troubles : nous ne pouvons retenir l'appréciation d'une CT de 30 % par la Dre Y._____ au vu de l'absence d'éléments objectifs de sa part pour soutenir cette appréciation chez un assuré dont l'expertise met en évidence une majoration de symptômes, une non-observance des traitements proposés (Mélatonine non prise, CPAP irrégulièrement portée) et l'absence de répercussions cognitives tant à l'examen neuropsychologique que lors des examens cliniques des experts.

Discussion :

L'expertise est convaincante si ce n'est qu'au vu des observations médicales et de la discussion neurologique, on peut se poser la question de la validité de la diminution de rendement retenue par l'expert neurologue. Néanmoins nous suivons ces conclusions.”

Par projet de décision du 25 février 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations déposée le 12 décembre 2016. Celui-ci avait en effet bénéficié de la prise en charge d'une formation professionnelle initiale, achevé avec succès son CFC de planificateur électricien en juillet 2022 et complété sa formation en débutant une maturité professionnelle le 1er août 2022, avec le versement d'indemnités journalières, laquelle avait dû être interrompue en janvier 2023 en raison d'une péjoration de son état de santé. Or l'expertise avait permis de retenir une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % depuis janvier 2023. Par conséquent, au terme de sa formation, il était en mesure de travailler à 100 %, sans baisse de rendement, pour un gain annuel de 89'335 fr. 09 (selon l'enquête suisse sur la structure des salaires — année 2022). Dès janvier 2023, son préjudice économique s'élevait à 20 %, correspondant à son degré d'invalidité.

L'assuré a contesté ce projet le 14 mars suivant en soutenant ne pas avoir fait l'objet d'une expertise pour ses complications orthopédique (hanche) et ses troubles du sommeil. Il a requis de l'OAI la transmission de son dossier au Dr R._____, à la Dre BX._____ (auprès du service d'orthopédie et traumatologie du CHUV) et à la Dre Y._____, ce que l'OAI a fait le 18 mars suivant.

Par courrier du 18 avril 2025, l'assuré a produit les rapports suivants :

- un rapport du 7 avril 2025 du Dr R._____ lequel a posé les diagnostics de dysphasie luxation de la hanche gauche, d'asymétrie de longueur des membres inférieurs, d'hypersomnie, de SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil) sévère, de parasomnies et d'atopie. Son patient présentait une boiterie sévère dans le cadre des antécédents de multiples opérations de hanche sur dysplasie luxation congénitale de la hanche gauche et il n'existait aucune évolution favorable depuis lors. De nouveaux éléments justifiaient une aggravation de l'état de santé, soit une hypersomnolence centrale, un SPS (syndrome de la personne raide) sévère, un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, un trouble dépressif récurrent,

des coxalgies chroniques limitant grandement son périmètre de marche et empêchant la position statique assise et debout pendant plus de quinze minutes, des céphalées chroniques et une hypersomnolence réfractaires aux traitements médicamenteux, entraînant un trouble majeur de la concentration, son patient pouvant se concentrer sur une tâche de trente minutes tout au plus. Il a conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité depuis janvier 2020, tout en ajoutant qu'il était impensable d'attendre de son patient qu'il fournisse un travail soumis à rendement ;

- un rapport du 14 avril 2025 par lequel le Dr BY._____, médecin assistant auprès du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a attesté un état stationnaire depuis l'expertise, hormis une dégradation des capacités fonctionnelles de la marche et des douleurs, posant les diagnostics de coxalgies gauches sur luxation congénitale de la hanche gauche, de multiples interventions dans l'enfance, préconisant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée sur le plan orthopédique ;

- un rapport du 16 avril 2025 de la Dre Y._____, laquelle a diagnostiqué un syndrome narcoleptique, hypersomnie idiopathique et trouble respiratoire au cours du sommeil de type obstructif de degré sévère avec un index d'apnées-hypopnées traité par CPAP. Les limitations fonctionnelles étaient stables et partiellement corrigées par le traitement par Sunosi qui était encore en cours d'ajustement. Selon elle, la capacité de travail était de 30 % dans l'activité habituelle et de 40 % dans une activité adaptée avec un rendement de 80 % en raison de la fatigue, de la fatigabilité et de la somnolence entraînant des difficultés attentionnelles et de concentration.

Par avis médical du 23 mai 2025, le SMR a conclu que les rapports produits par l’intéressé n'apportaient pas d'éléments objectifs qui justifiaient de s'écarter des conclusions de l'expertise. Le Dr R._____ posait des diagnostics connus et retenait une évolution stationnaire depuis 2020, le Dr BY._____ ne soulevait aucun nouvel élément, ce qui était aussi le cas de la Dre Y._____. A cet égard, le SMR a rappelé qu'il n'était pas possible de soutenir son appréciation chez un assuré dont l'expertise mettait en évidence une majoration de symptômes, une non-observance

des traitements proposés et l'absence de répercussions cognitives tant à l'examen neuropsychologique que lors des examens cliniques des experts.

Par décision du 26 mai 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision.

C. Le 27 juin 2025, B._____, désormais représenté par Me David Métille, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois. Il a conclu, principalement, à l'admission de son recours, à son annulation [recte : réforme] et à la reprise, par l'OAI, du versement de la rente d'invalidité, avec effet au 1er janvier 2023, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un somnologue certifié ou d'un spécialiste en médecine du sommeil aux fins d'établir les diagnostics avec influence sur le taux de capacité de travail, respectivement, au renvoi de la cause à l'intimé pour une telle instruction, le tout sous suite de frais et dépens, sous réserve de l'octroi de l'assistance judiciaire gratuite. En substance, il a reproché à l'OAI une instruction incomplète de son cas, à défaut pour les experts de s'être entourés d'un spécialiste du sommeil, comme le suggérait l'OAI, remettant ainsi en cause la valeur probante de leur rapport d'expertise, dans un contexte où ses médecins traitants avaient objectivé des troubles importants du sommeil. Il s'est aussi prévalu de son état de santé précaire dès son plus jeune âge, nécessitant un suivi médical permanent, qui justifierait son empêchement d'exercer toute activité sur le marché ouvert du travail. Au vu de sa situation médicale spécifique, il a conclu qu'il avait droit à une rente d'invalidité dès le 1er janvier 2023 soit six mois après la demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve des compensations avec les indemnités journalières AI allouées au cours des mesures professionnelles. Il s'est en outre déclaré disposé à se soumettre à une évaluation médicale complémentaire concernant la problématique du sommeil.

Par décision du 3 juillet 2025, la juge instructrice a mis le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 27 juin 2025, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Métille.

Par réponse du 12 août 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a renvoyé à l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès du centre BQ._____ Sàrl, ainsi qu'aux avis successifs du SMR, avis qui concluent que les éléments amenés ne sont pas de nature à remettre en cause ses conclusions quant à la capacité de travail à retenir. Certes, le SMR a évoqué la possibilité d'ajouter un avis spécialisé en médecine du sommeil si les experts le jugeaient nécessaire. Toutefois, après analyse du dossier médical, ainsi que des rapports établis les 17 janvier et 16 avril 2025 par le Z._____ sur le sommeil du CHUV, il a expliqué dans ses avis médicaux des 10 février et 23 mai 2025 pour quelles raisons on ne pouvait pas retenir l'appréciation de la capacité de travail (30%) faite par la médecin du Z._____ sur le sommeil du CHUV au vu de l'absence d'éléments objectifs de sa part pour soutenir cette appréciation chez un assuré dont l'expertise met en évidence une majoration de symptômes, une non-observance des traitements proposés (Mélatonine non prise, CPAP irrégulièrement portée) et l'absence de répercussions cognitives tant à l'examen neuropsychologique que lors des examens cliniques des experts.

Par réplique du 10 septembre 2025, le recourant a confirmé ses conclusions ainsi que ses réquisitions de preuve. Il a réitéré ses précédents griefs dont l'absence de valeur probante du rapport d'expertise, à défaut d'une évaluation somnologique et au vu des avis convergents de ses médecins traitants, selon lesquels sa capacité de travail serait très limitée, entre 0 % et 30 %, en raison, notamment, de troubles du sommeil sévères et résistants aux traitements qui entraîneraient une somnolence diurne excessive, une fatigabilité marquée et des difficultés de concentration et d'attention incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle régulière.

Dans son écriture du 7 octobre 2025, l'OAI a confirmé le contenu et les conclusions de sa réponse du 12 août 2025.

Me Métille a produit sa liste des opérations en date du 17 août 2026.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

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

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA — notamment — ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1er janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1er janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de

rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, et quand bien même la décision litigieuse du 26 mai 2025 fait suite à une demande déposée le 12 décembre 2016, un droit à la rente ne saurait naître avant le 1er janvier 2022, le recourant ayant bénéficié de l'indemnité journalière jusqu'à l'interruption de sa formation, soit une maturité professionnelle post-CFC, en janvier 2023. Le nouveau droit est par conséquent applicable.

3. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux

d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

4. **a)** 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 ; TF 8C_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

b) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le juge — se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

d) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion

divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

5. **a)** En l'espèce, se fondant principalement sur le rapport d'expertise du 30 janvier 2025 du centre BQ._____ Sàrl, l'intimé a considéré que le recourant était apte à travailler à plein temps tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée avant janvier 2023, une diminution de rendement de 20 % devant être prise en compte dans ces activités depuis lors.

Le recourant se prévaut quant à lui des rapports médicaux de ses médecins traitants — lesquels auraient clairement objectivé des troubles importants du sommeil l'empêchant d'évoluer dans le cadre d'un emploi adapté sur le marché du travail — pour remettre en cause l'avis des experts, en l'absence d'un avis d'un spécialiste du sommeil. Il soutient également n'avoir jamais été en mesure d'exercer la moindre activité sur le marché ouvert de l'emploi au terme de sa formation, durant laquelle il a dû bénéficier d'une aide substantielle de ses formateurs, cette situation s'expliquant par son état de santé qui a dû faire l'objet d'un suivi permanent depuis son plus jeune âge.

b) aa) Sur le plan neurologique, il convient tout d'abord de s'arrêter sur les diagnostics retenus par l'expert BS._____. Ce dernier a uniquement posé le diagnostic incapacitant de probables migraines chroniques sans aura avec suivi dans un centre spécialisé du CHUV réduisant le rendement de l'intéressé de 20 % en raison des pauses nécessaires dues aux céphalées, ceci depuis janvier 2023, soit postérieurement à l'arrêt par l'intéressé de sa formation (maturité professionnelle post- CFC), tout en ajoutant, de manière contradictoire, qu'il n'y avait pas d'élément objectif permettant de valider les céphalées (rapport d'expertise, p. 42 *in fine*). S'agissant des troubles du sommeil, il a affirmé de manière péremptoire que la sévérité du trouble respiratoire au cours du sommeil avec hypersomnie idiopathique ne pouvait pas être objectivée (rapport d'expertise, p. 43, point 6.3) sans étayer son propos se limitant à évoquer un « suivi dans un centre spécialisé du CHUV ». Son

appréciation se fonde en réalité uniquement sur le volet neuropsychologique de l'expertise soit sur la « présence très vraisemblable d'une majoration de symptômes, puisque les résultats obtenus remplissent les critères d'un *malingering* (exagération ou simulation de symptômes) au sens de Sherman (2020) ou de Erdodi (2023), ce qui rend difficile l'interprétation des résultats parfois inférieurs aux normes obtenus dans les domaines de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives ». L'expert CC._____ a en outre indiqué que si l'anamnèse ne permettait pas d'exclure un TDA/H dans l'enfance qui reste crédible (au vu de la proposition d'une médication psychostimulante et de la comorbidité avec des troubles langagiers), il n'avait pas empêché l'assuré d'obtenir son CFC ou encore son permis de conduire, sans prise de médication pour le soutenir. L'expert BS._____ a finalement estimé que l'examen neurologique ne permettait pas de retenir « d'éventuels diagnostics neuropsychologiques ou de limitations fonctionnelles valides qui ne seraient en tout cas pas de la sévérité alléguée, au vu de l'autonomie de l'assuré, de la présence d'un permis de conduire valable (si les résultats aux tests administrés étaient valides l'aptitude à conduire devrait être questionnée), d'une intelligence préservée et d'une bonne évolution des troubles langagiers décrits dans l'enfance ».

bb) Son appréciation ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans. Dans le cadre des informations fournies spontanément par l'assuré lors de l'expertise qui a eu lieu le 25 novembre 2024 et qui a duré une heure, l'expert BS._____ a mentionné que l'intéressé avait relaté la présence d'une hypersomnie, qui avait été investiguée dans un centre spécialisé à Lausanne, au CD._____ d'investigation et de recherche sur le sommeil (Z._____). Plusieurs investigations avaient été réalisées et le diagnostic d'une hypersomnie idiopathique avec un trouble respiratoire traité par CPAP avait été posé. Actuellement, il avait besoin de sommeil entre dix et quatorze heures par jour. A cela s'ajoutait la nécessité de sieste, au milieu de l'après-midi, d'une demi-heure à trois quarts d'heure. L'assuré avait également déclaré qu'il avait eu de nombreuses investigations et d'essais thérapeutiques, sans efficacité malgré la prise de plusieurs psychostimulants. […] Il était suivi au Z._____ tous les trois à quatre mois.

Malgré les indications de l'intéressé, l'expert BS._____ n'a manifestement pas pris connaissance du rapport de polysomnographie réalisé au T._____, pas plus que du rapport TILE dont le Dr N._____ fait référence dans ses rapports des 21 janvier et 25 août 2021. En effet, aucune mention de ces rapports ne figure dans le rapport d'expertise (cf. résumé du dossier, p. 6 et ss, spécialement p. 16). Or, le rapport TILE (lequel figure dans le dossier AI) réalisé le 1er juillet 2021 (quatre essais entre 8h36 et 14h55) met en évidence un endormissement lors de chaque sieste avec une latence moyenne de 4.2 minutes, ce qui permet de conclure à une somnolence diurne objective sévère et l'absence de sommeil paradoxal selon les termes utilisés par le Dr N._____, respectivement à un diagnostic d'hypersomnie idiopathique (narcolepsie *like*). Il découle de ces éléments que l'évaluation de l'expert CC._____ est lacunaire et ne saurait être suivie, dès lors que le diagnostic de narcolepsie a objectivement été établi. On ne saurait dès lors conclure d'emblée à l'absence de facteur susceptible de limiter la capacité de travail de l'assuré, autre que les céphalées chroniques.

cc) A cela s'ajoute que les médecins consultés par le recourant sont unanimes quant aux répercussions du diagnostic d'hypersomnie idiopathique sur la capacité de travail de l'intéressé, à savoir qu'il engendre notamment des accès de somnolence irrépressibles en journée ou des difficultés de concentration (notamment certificat médical du 10 septembre 2021 et rapport médical du 4 novembre 2021 du Dr N._____, rapports des 29 avril 2024 et 7 avril 2025 du Dr R._____, rapport du 17 janvier 2025 de la Dre Y._____). A l'examen du dossier et contrairement aux affirmations du SMR, il apparaît que le recourant a présenté des problèmes de fatigue à tout le moins dès le début de sa formation d'automaticien en août 2017, lesquels ont initialement été mis sur le compte de ses troubles physiques (notamment sous l'angle de nombreuses interventions chirurgicales sous narcose subies par le recourant au membre inférieur gauche). Ainsi, par courriel du 9 octobre 2017, l'Orif a informé l'OAI qu'il avait évoqué avec l'assuré une possible corrélation entre son état de fatigue et ses nombreuses prises en charge médicales (narcose), compte tenu de ses oublis (note de l'OAI du 10 octobre 2017). Lors d'un entretien du 13 juin 2018, le recourant a informé l'OAI qu'il ressentait un épuisement et

demandait l'arrêt de sa formation d'automaticien pendant un an évoquant des douleurs, un manque de sommeil et des difficultés de concentration pour cette raison, voire le redoublement de sa première année de formation à 80 %. Une infirmière de l'AI._____, suspectant une apnée du sommeil, avait d'ailleurs fait une demande de consultation auprès de la DISA (Division interdisciplinaire de santé des adolescents) (note de l'OAI du 14 juin 2018). Ces éléments ont été confirmés par l'Orif qui a évoqué un bilan défavorable au niveau pratique au terme de la première année d'apprentissage en raison de la fatigue (épuisement et trouble du sommeil) accumulée par l'assuré (rapport intermédiaire du 15 juin 2018). L'intéressé avait ainsi été régulièrement absent pour tenter de récupérer son état de fatigue. L'assuré a continué à présenter un état de fatigue durant sa formation de planificateur-électricien débutée en 2018, puisque son médecin traitant a préconisé une consultation auprès du Dr N._____ qui l'a reçu la première fois le 13 mars 2020. L'intéressé a relaté à cette occasion qu'il pouvait s'endormir facilement dans les situations monotones, y compris au travail où il lui était arrivé de s'endormir devant son écran (rapport du 7 avril 2020). Le Dr N._____ a en outre fait état d'accès de somnolence parfois irrépressibles en journée avec une altération des capacités de concentration pouvant se manifester lors de cours et de formations professionnelles, et ajoutant qu'elles étaient présentes depuis plusieurs années (rapport du 4 novembre 2021). Un traitement par CPAP a été instauré dès avril 2020, soit antérieurement au rapport TILE, ce praticien évaluant le gain sur la somnolence à environ 40 %. S'il n'y avait plus d'endormissement sur le trajet pour se rendre au travail, il lui arrivait encore d'avoir des coups de pompes en réunion et il devait parfois faire une sieste en rentrant à domicile (rapport du 21 janvier 2021). Par la suite, le recourant a demandé à l'OAI à pouvoir effectuer sa maturité professionnelle à mi-temps en raison de fatigue et de maux de tête, son médecin traitant attestant que pour des raisons médicales, il était préférable que son patient puisse effectuer sa formation sur deux ans (certificat médical du 27 septembre 2022), puis qu'il était dans l'incapacité de suivre efficacement ses cours de formation depuis le 10 novembre 2022 (certificat médical du 21 décembre 2022). Un examen attentif du dossier AI du recourant permet ainsi de mettre en évidence que le diagnostic d'hypersomnie idiopathique a eu un impact réel sur le parcours

de formation professionnelle de l'assuré et ce, contrairement à l'appréciation de l'expert BS._____. Il convient au demeurant de rappeler que le recourant a travaillé jusqu'à présent en qualité d'apprenti avec du temps passé au centre de formation ou en qualité d'étudiant. Il n'a toutefois jamais œuvré dans le cadre d'un emploi à 100 %.

L'expert BS._____ a également insisté sur le fait que l'assuré pouvait réaliser toutes les activités de la vie quotidienne sans limitation fonctionnelle. A cet égard, on se limitera à rappeler que le recourant, célibataire, sans enfant, vit dans une petite maison à C*** avec sa maman et dispose d'une chambre indépendante. Il voit des amis régulièrement, dort entre dix et quatorze heures par jour, fait des activités sportives régulières trois ou quatre fois par semaine le matin, s'occupe en lisant des bandes dessinées, fait des maquettes, promène les petits chiens de sa maman, peut faire le ménage, la cuisine et des commissions. On ne saurait toutefois déduire de la description précitée que le recourant est apte à travailler à plein temps tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée avec une diminution de rendement de 20 % depuis janvier 2023 en raison des céphalées. A cet égard, on relèvera que depuis l'arrêt de sa formation post-CFC, l'assuré n'a plus exercé d'activité et qu'il émarge à l'aide sociale, ce qui pourrait expliquer l'absence de répercussions cognitives lors des examens cliniques des experts qui ont tous été effectués à des dates différentes et duré respectivement une heure pour l'examen neurologique, une heure et cinq minutes pour l'examen rhumatologique, une heure et quarante minutes pour l'examen psychiatrique et une heure pour l'examen en médecine interne. Il sied toutefois de constater que le bilan neuropsychologique a été effectué le 25 novembre 2024 et a duré quatre heures et dix minutes (de 13h30 à 17h40), soit précisément à la même date que l'examen neurologique qui avait eu lieu le matin. La neuropsychologue BW._____ a décrit un assuré qui se montrait très fatigué dès le début de l'examen, ce qui semble plausible puisque l'intéressé a indiqué notamment à l'expert CC._____ qu'il avait besoin d'une sieste, au milieu de l'après-midi, d'une demi-heure à trois quarts d'heure. L'experte neuropsychologue a toutefois estimé que les résultats parfois inférieurs aux normes dans divers domaines cognitifs, en particulier

au niveau mnésique et des capacités attentionnelles et exécutives, permettaient de retenir une probable majoration des symptômes, concluant implicitement que la sévérité de l'hypersomnie idiopathique ne pouvait être objectivée et ajoutant que si les résultats aux tests administrés étaient valides, l'aptitude à conduire devrait être questionnée. Or, en l'absence de valeur probante de l'expertise neurologique et d'un volet en médecine du sommeil, les conclusions contenues dans le rapport de bilan neuropsychologique sont de nature à susciter des doutes quant au diagnostic de probable majoration des symptômes finalement retenu par la neuropsychologue BW._____. Il en va de même de l'expertise psychiatrique de la Dre BV._____ dont l'appréciation se fonde essentiellement sur le volet neuropsychologique de l'expertise soit sur la « présence très vraisemblable d'une majoration de symptômes » lequel « est compatible avec la présentation », ajoutant qu'il existe « un contexte de faible tolérance à la contrainte et une faible stimulation environnementale depuis plusieurs années ». Finalement, l'experte psychiatre a retenu les diagnostics non incapacitants d'hypersomnie non organique présente depuis 2020 diagnostiquée au CHUV, actuellement stable et non évolutive, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et d'utilisation d'alcool.

Quant aux conclusions sur les plans rhumatologique et de médecine interne, elles n'appellent pas de remarque particulière et les conclusions des experts ne sont pas contestées par le recourant.

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans estime que les experts ne pouvaient conclure que les difficultés émises par l'assuré en lien avec la fatigue ne semblaient pas avoir de répercussions sur les tests neuropsychologiques et qu'une majoration des symptômes pouvait clairement être évoquée, sans solliciter au préalable l'appréciation d'un spécialiste en médecine du sommeil, tel que le SMR l'avait préconisé dans son avis médical du 18 septembre 2024. Certes, le SMR avait adressé des questions au Z._____ (cf. son avis du 18 septembre 2024), lequel a finalement répondu le 17 janvier 2025. Dans ce courrier, la Dre Y._____ a attesté une pathologie du sommeil sévère, impliquant un temps total de

sommeil augmenté et une somnolence diurne excessive, justifiant selon elle une incapacité de travail de 70 % et une capacité de travail de 30 % en milieu adapté. Toutefois, les experts n'ont pas eu connaissance de ce rapport avant la reddition de leur rapport d'expertise du 30 janvier 2025. Se prononçant sur l'ensemble des éléments précités, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts au vu de l'absence d'éléments objectifs avancés par la Dre Y._____ pour soutenir cette appréciation chez un assuré dont l'expertise mettait en évidence une majoration de symptômes, une non-observance des traitements proposés (Mélatonine non prise, CPAP irrégulièrement portée) et l'absence de répercussions cognitives tant à l'examen neuropsychologique que lors des examens cliniques (rapport SMR du 10 février 2025). Toutefois, dès lors que l'expertise neurologique n'est pas convaincante, l'appréciation de la Dre Y._____ ne saurait d'emblée être écartée, ce d'autant plus qu'elle n'a pas été discutée par les experts. Elle ne permet toutefois pas de se substituer à une évaluation expertale consensuelle laquelle s'avère nécessaire au vu des autres pathologies présentées par l'assuré.

6. **a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il appert que l'expertise réalisée par le centre BQ._____ Sàrl s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors que c'est à cette autorité 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). Il lui appartiendra d'abord de compléter le dossier en recueillant les résultats du chimiogramme permettant de comprendre l'effet des médicaments éveillants sur les symptômes résiduels, puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire soit en médecine du sommeil, en neurologie, neuropsychologie et en psychiatrie à tout le moins, toute autre spécialité étant expressément réservée afin de clarifier les atteintes dont souffre l'assuré et leurs effets sur sa capacité de travail passée et future.

7. **a)** Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant 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 2'600 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 l'intimé.

Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales

p r o n o n c e :

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 26 mai 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judicaires, par 600 fr. (six 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 B._____ une indemnité de 2'600 fr. (deux mille six cents francs), à titre de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me David Métille, pour B._____,
- Office de l’assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :