

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 novembre 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Pasche, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

I. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 17 al. 1, 53 al. 2 LPGA ; 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** D'origine macédonienne, I.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est entré en Suisse le 14 janvier 2010 et a été mis au bénéfice d'une admission provisoire le 26 octobre 2010. Dans son pays d'origine, il a effectué une formation de forgeron et a travaillé comme machiniste de 2002 à 2007. Depuis son arrivée en Suisse, il n'a pas exercé d'activité lucrative.

Le 26 mars 2012, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il souffrait depuis juillet 2010 d'une cardiopathie valvulaire et rythmique, d'une hépatite B active et d'une hypothyroïdie subclinique. Dans un rapport médical du 27 janvier 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier était dans une incapacité totale de travailler en raison d'une cardiopathie valvulaire et rythmique, à savoir une insuffisance aortique 4/4, une sténose mitrale sévère et une insuffisance mitrale de 3/4, sur séquelles de rhumatismes articulaires aigus dans l'enfance. L'assuré avait fait l'objet en juillet 2011 d'un remplacement par valves mécaniques des valves mitrales et aortiques. Les suites opératoires étaient caractérisées par la persistance d'une fibrillation auriculaire nécessitant un traitement anticoagulant et une anémie normochrome normocytaire d'origine mixte inflammatoire et sur hémolyse. Il présentait également une hépatite B active, une hypothyroïdie subclinique et un status après tuberculose pulmonaire. Sa situation clinique était caractérisée par une dyspnée au moindre effort, justifiant l'incapacité de travail totale, qui ne s'était guère amendée depuis l'intervention chirurgicale et dont on ne pouvait alors préjuger de l'évolution.

Dans un rapport médical du 17 août 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_ retenait comme diagnostic :

- « Status après remplacement valvulaire aortique et mitrale pour insuffisance aortique 4/4 et sténose mitrale serrée, insuffisance mitrale 3/4 suite à un rhumatisme articulaire aigu
- Hépatite B active
- Séquelles de tuberculose pulmonaire gauche
- Dyslipidémie
- Etat dépressif réactionnel
- Impotence fonction[nelle] du bras gauche avec trouble du développement suite à un accident avec probables fractures multiples de l'épaule gauche dans l'enfance. »

Dans ce même rapport, le Dr H. \_\_\_\_\_, qui suivait le patient depuis juin 2011, précisait que ce dernier était en incapacité totale de travailler depuis son arrivée en Suisse, le 15 janvier 2010. Il présentait une dyspnée d'effort alors évaluable à un stade de 2/4 ce qui limitait toute activité physique importante. Au plan psychique, il souffrait d'un état dépressivo-anxieux d'intensité moyenne rendant également difficile une activité professionnelle.

Par communication du 27 septembre 2012, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, a exposé, dans son rapport médical du 7 décembre 2012, qu'en raison de la fibrillation auriculaire persistante, le patient avait été mis sous traitement de Cordarone et une cardioversion électrique avait été réalisée en février 2012, avec retour en rythme sinusal. La fibrillation auriculaire avait toutefois récidivé entre cette cardioversion et l'hospitalisation de l'assuré en octobre 2012, motivée par une baisse de l'état général. Durant celle-ci, une anémie d'origine mixte (notamment ferriprive et hémolytique) avait été mise en évidence et une échocardiographie transoesophagienne avait révélé une légère dysfonction ventriculaire gauche avec fraction d'éjection mesurée à 50 %. Les prothèses aortiques et mitrales fonctionnaient normalement avec toutefois la présence d'une fuite para-valvulaire jugée modérée à importante. En termes de symptômes, le patient mentionnait, outre l'asthénie toujours présente, des palpitations occasionnelles et des sensations de type extrasystole.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, a établi un rapport médical le 21 juin 2013, dans lequel il a posé les diagnostics suivants :

- « FA [fibrillation auriculaire] permanente avec cadence ventriculaire incomplètement contrôlée
- Status après remplacement valvulaire mitral et aortique par des valves mécaniques (mitrale ATS 33 et aortique ATS 25) post cardite rhumatismale en juillet 2012
- Fuite paravalvulaire aortique  $\frac{1}{4}$  et petite insuffisance mitrale transvalvulaire  $\frac{1}{4}$
- Fonction systolique ventriculaire G conservée (FEVG 50 %)
- Absence de lésion significative à la coronarographie en 2010
- Dyslipidémie
- Obésité OMS stade I (BMI 33,1 kg/m<sup>2</sup>)
- Tabagisme 40 UPA arrêté en 2011
- Hépatite B active
- Maladie de reflux gastroesophagien
- Status après tuberculose latente traitée par Rimactan »

Se fondant sur les rapports précités, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, dans son avis médical du 18 octobre 2013, qu'il n'y avait pas d'élément qui pouvait empêcher l'assuré d'exercer une activité adaptée (travail léger, sans effort, contrôle de production sur machines à régler, travail à tablier). En revanche, il présentait une totale incapacité de travail comme forgeron ou machiniste. Dans son avis, le SMR mentionnait un entretien téléphonique avec le Dr F.\_\_\_\_\_, qui admettait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % à 100 %.

Le 25 novembre 2013, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé par une note écrite sur son rapport médical du 21 juin 2013, qu'il ne voyait pas de contre-indications à ce que l'assuré exerce un travail sans contraintes physiques importantes.

Selon le rapport du SMR du 11 décembre 2013, l'assuré souffrait principalement d'une cardiopathie ischémique, dysrythmique et valvulaire avec remplacement valvulaire mitral et aortique (en juillet 2012) et présentait, comme pathologies associées du ressort de l'AI, une fibrillation auriculaire avec cadence ventriculaire incomplètement contrôlée (au 21 juin 2013). Il mentionnait également, comme diagnostics

associés n'étant pas du ressort de l'AI : une dyslipidémie, une hépatite B active, une obésité de stade I/II, une tuberculose latente traitée par Rimactan, une maladie de reflux gastroesophagien et un tabagisme ancien. Le SMR estimait que l'incapacité totale de travail avait débuté le 15 janvier 2010, que les activités habituelles de l'assuré comme forgeron et machiniste étaient toujours inexigibles, mais qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail à partir du 21 juin 2013 (date du dernier contrôle par le Dr F. \_\_\_\_\_) dans une activité adaptée, à savoir un travail léger, sans effort et sans port de charges de plus de 5 kg, et qu'il devait respecter une hygiène de vie de manière régulière.

Le 4 mars 2014, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision refusant sa demande de rente d'invalidité.

Le 16 avril 2014, l'OAI a prolongé le délai d'objections à l'encontre de son projet de décision jusqu'au 10 juin 2014.

Par décision du 10 juin 2014, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il a retenu que celui-ci présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 21 juin 2013 et a calculé le revenu avec et sans invalidité de l'assuré sur la base des données statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) étant donné qu'il n'avait jamais exercé d'activité lucrative en Suisse et qu'il n'était au bénéfice d'aucune formation. Il en résultait que les revenus avec et sans invalidité étaient issus de la même source et se montaient tous deux à 62'420 fr. pour 2013. L'OAI en concluait que l'assuré ne subissait aucun préjudice économique. Selon cet office, l'assuré ne pouvait pas non plus prétendre à une rente pour la période de janvier 2011 à juin 2013, pendant laquelle il présentait une incapacité totale de travail, au motif qu'il ne remplissait pas les conditions générales d'assurance. Fixant la date de la survenance de l'invalidité au 1<sup>er</sup> janvier 2011, il constatait que l'assuré ne bénéficiait à ce moment-là pas des trois années de cotisations nécessaires pour ouvrir le droit à une rente.

Dans un courrier du 10 juin 2014 également, l'assuré a fait part de ses objections par l'intermédiaire de son mandataire. Il a invoqué que sa capacité de travail n'avait pas été investiguée de manière complète, que lors de l'entretien téléphonique avec le SMR, le Dr F.\_\_\_\_\_ avait parlé d'une capacité de travail entre 50 et 100 %, tandis que dans sa note manuscrite il ne détaillait ni cette indication ni les limitations fonctionnelles présentes. L'assuré soutenait que cette estimation était contredite par toutes les évaluations antérieures de sa capacité de travail, alors même que son état de santé n'avait pas connu de modification. Il sollicitait la mise en place d'un stage COPAI pour examiner concrètement sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles.

Le 10 juillet 2014, l'OAI a annulé sa décision du 10 juin 2014 et imparti un nouveau délai à l'assuré pour rendre plausible une modification de son degré d'invalidité.

Le 19 décembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_ a précisé sa note manuscrite du 25 novembre 2013 en ce sens qu'il y avait une absence de contre-indications pour le travail de bureau, par exemple pour un travail de rangement, et qu'à son avis, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % pour des travaux ne nécessitant pas d'effort physique important (comme par exemple la distribution du courrier, le nettoyage des bureaux, etc.). Selon lui, il était souhaitable que le port de charges ne dépasse pas 15-20 kg et la reprise d'un travail sans contraintes physiques était préférable à la sédentarité à domicile.

L'OAI a rendu une nouvelle décision le 3 février 2015, rejetant la demande de rente présentée par l'assuré avec la même argumentation que celle de la décision annulée du 10 juin 2014. Aucun recours n'a été déposé.

**B.** Par courrier du 3 mars 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI une « réévaluation de la situation médicale du patient », au motif que celui-ci présentait un état de fatigue chronique en lien avec, d'une

part, la fibrillation auriculaire, d'autre part, un traitement de bêta-bloquants indispensable compte tenu de cette tachy-arythmie. Il précisait que la fonction cardiaque était considérée comme normale bien que la fraction d'éjection fût à la limite inférieure de la normale. Il exposait que depuis la décision de l'OAI, l'assuré avait présenté des symptômes évocateurs d'une apnée du sommeil et que des investigations avaient effectivement abouti au diagnostic d'apnée du sommeil d'intensité sévère justifiant un appareillage nocturne, lequel était encore en testage. Les effets de ce dernier sur les symptômes présentés, à savoir une grande fatigabilité et un sommeil peu réparateur, n'étaient pas encore appréciables. Le Dr H.\_\_\_\_\_ relevait également que l'assuré présentait une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche, qui se présentait sous forme d'une atrophie avec réduction de l'amplitude des mouvements en élévation et en abduction. S'y ajoutait vraisemblablement une aggravation de « l'arthrose » avec réduction de l'amplitude à l'élévation et à l'abduction, qui à partir de 80 ° s'avérait très douloureuse. Le Dr H.\_\_\_\_\_ observait encore que cette atteinte orthopédique n'avait pas été prise en compte dans la décision du 3 février 2015 et sollicitait sa reconsidération.

Il a joint à sa demande :

- Un rapport de consilium du 10 juillet 2014, dans lequel le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionnait :

« Etant donné l'aggravation de la fonction systolique ventriculaire G probablement attribuée à la cardiopathie rythmique, une prise en charge de la FA sera effectuée par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans l'unité de rythmologie du CHUV. Dans un cadre de bilan avant l'ablation de la FA, il bénéficiera d'une échocardiographie transoesophagienne qui permettra certainement une meilleure visualisation des prothèses mécaniques par rapport à l'échocardiographie transthoracique de très mauvaise qualité chez une personne obèse.

Compte tenu des douleurs thoraciques diffuses, une ablation du cerclage post sternotomie pourrait être discutée avec le Dr R.\_\_\_\_\_, chirurgien cardiovasculaire au CHUV, à qui je serais reconnaissant de bien vouloir convoquer le patient.

Etant donné l'obésité OMS stade II, il devrait bénéficier d'une prise en charge à la consultation de l'obésité et d'un bilan de syndrome d'apnée du sommeil.

Compte tenu de la dystonction ventriculaire G, le traitement de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion a été introduit (Lisinopril 2,5 mg). »

- Un rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_, neurologue, et de la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin assistante, du Centre L.\_\_\_\_\_, du 24 février 2015, confirmant le diagnostic de syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de degré sévère (IAH 35/h, ODI 45,8/h), pour lequel un traitement par pression positive avait été mis en place :

« M. I.\_\_\_\_\_ se plaint d'un sommeil non réparateur, avec une fatigue diurne, associé à un trouble respiratoire obstructif du sommeil de degré sévère. Le patient mentionne être plus gêné la nuit par son problème de fibrillation auriculaire et d'entendre le bruit de ses valves cardiaques mécaniques. Dans ce contexte, associé à de multiples facteurs de risque cardiovasculaire, il existe une claire indication à débiter un traitement par pression positive. »

Par courrier du 24 mars 2015, l'OAI a requis de l'assuré qu'il dépose formellement une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, au moyen du questionnaire prévu à cet effet, ce qu'il a fait en date du 14 avril 2015. Dans ce formulaire, il a notamment déclaré être suivi par une psychiatre depuis 2010 en raison de difficultés psychiques.

Selon l'avis médical du SMR du 29 juillet 2015, l'OAI a demandé au Dr H.\_\_\_\_\_ d'étayer les nouveaux éléments médicaux apportés.

Parmi les documents versés au dossier figurait notamment :

- Un rapport médical du 24 juin 2013 des Dresses T.\_\_\_\_\_, cardiologue, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne générale, et du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Service de réadaptation cardiovasculaire de l'Hôpital W.\_\_\_\_\_. Ce document a été établi suite à un programme de réadaptation cardiovasculaire ambulatoire auquel l'assuré a participé du 14 mars au 7 mai 2013, du fait qu'il présentait une asthénie et une dyspnée d'effort stade 2-3.

- Un rapport médical établi le 13 juillet 2015 par le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne. Celui-ci indiquait que le patient ne présentait pas de signes d'insuffisance cardiaque et que la fibrillation auriculaire était bien ralentie grâce au traitement en cours. Il précisait que les bêta-bloquants pouvaient contribuer à la fatigue chronique et l'asthénie globale, mais que malgré cela, l'assuré refusait toujours d'envisager l'implantation d'un pacemaker suivi d'une ablation de la jonction atrioventriculaire.

Dans son avis médical du 27 août 2015, le SMR a recommandé d'attendre octobre 2015 afin d'évaluer une éventuelle péjoration globale de l'état de santé de l'assuré.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a fait parvenir un nouveau rapport médical à l'OAI le 28 octobre 2015, dans lequel il exposait que la situation était stationnaire, que le patient était déprimé, qu'il présentait un syndrome douloureux chronique et que la fibrillation auriculaire s'avérait difficile à ralentir au moyen de médicaments. Selon lui, le pronostic était moyen sur le plan cardiaque (avec une limitation fonctionnelle persistante), et mauvais sur le plan psychique. Il estimait que l'exercice d'une activité lucrative paraissait très difficilement envisageable, relevant que l'assuré souffrait de tachycardie et arythmie au moindre effort, qu'il présentait des douleurs thoraciques chroniques, une fatigue chronique, un état dépressif, et qu'il avait également une capacité de compréhension limitée à cause de la barrière linguistique.

L'assuré a présenté des problèmes de tolérance à l'appareillage de traitement par pression positive mis en place en raison du syndrome d'apnées du sommeil (cf. certificats médicaux du L.\_\_\_\_\_ des 11 juin et 24 août 2015). Dans un rapport médical du 30 octobre 2015, le Dr G.\_\_\_\_\_ du L.\_\_\_\_\_ estimait que le pronostic était en principe favorable en cas d'adaptation au traitement et que les limitations fonctionnelles actuelles (fatigue, risque de somnolence lors des situations calmes et monotones, diminution des performances, troubles de

concentration) ne devraient plus être présentes en cas de bonne adhérence thérapeutique.

Dans son avis médical du 18 novembre 2015, le SMR estimait que le syndrome d'apnée du sommeil constituait un diagnostic supplémentaire, mais qui ne faisait que confirmer les limitations fonctionnelles déjà prises en compte dans son rapport du 11 décembre 2013. Il relevait les avis contradictoires des deux cardiologues, les Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, à quelques mois d'intervalle et concluait que la péjoration globale de l'état de santé rapportée depuis la précédente demande n'était pas suffisamment étayée pour être de nature à modifier sa position.

Le 24 novembre 2015, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision négative.

Par décision du 21 janvier 2016, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que son état de santé n'avait pas changé de façon significative depuis la décision du 3 février 2015 et qu'il présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 21 juin 2013.

**C.** Par acte du 22 janvier [recte : février] 2016, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvel examen de sa demande. Il a en outre sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire, sous la forme d'une exemption des frais de procédure. Il a fait valoir que son état de santé s'était aggravé et ne lui permettait pas d'exercer une activité lucrative, qu'il avait versé plusieurs rapports médicaux en cause à ce sujet, dont le SMR n'avait pas tenu compte sans en expliquer les raisons. Il estimait qu'une expertise était nécessaire.

Dans un complément à son recours, daté du 9 mars 2016, l'assuré a allégué que l'adhérence au traitement de son syndrome d'apnée du sommeil était nulle, qu'il continuait par conséquent à présenter une grande fatigabilité et n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative. Il a demandé à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit entreprise, qui tiendrait compte de l'ensemble de ses affections, y compris son état dépressif. Outre des pièces figurant déjà au dossier, il a produit un rapport médical établi le 26 février 2016 par le Dr H. \_\_\_\_\_, qui mentionnait :

« Limitations fonctionnelles :

- Dyspnée d'effort en lien d'une part avec la situation cardiologique et d'autre part avec l'obésité. Par ailleurs la situation orthopédique du bras G entraîne un déficit d'usage qui empêcherait M. I. \_\_\_\_\_ d'effectuer des efforts nécessitant les deux bras.
- Enfin, M. I. \_\_\_\_\_ se plaint d'une fatigue chronique avec tendance à l'endormissement diurne, probablement en lien avec un syndrome d'apnée du sommeil très sévère, pour lequel le traitement prescrit jusqu'à maintenant n'a pas apporté de bénéfice en raison d'une adhérence thérapeutique toute relative. En effet, M. I. \_\_\_\_\_ ne supporte pas la CPAP [pression positive continue] d'où l'inefficacité du traitement jusqu'à maintenant. Cependant, d'autres tentatives de thérapies avec différents masques vont être envisagées.

Subjectivement M. I. \_\_\_\_\_ constate une aggravation de son état au fil du temps. Sur le plan cardiologique, dans des conditions de repos, l'activité cardiaque peut être considérée comme normale. Il est probable qu'en l'état actuel des choses, le syndrome d'apnée du sommeil, qui ne fait pas l'objet pour l'instant d'un traitement optimal, entraîne une fatigabilité certaine. Enfin, le patient présente d'une manière variable un état dépressivo-anxieux qui s'exprime par l'apparition de douleurs thoraciques, des malaises sans substrat organique objectivable. Ainsi qu'une grande difficulté à accepter son état en particulier sa situation cardiologique (arythmies, bruits des valves). Toutes situations qui altèrent d'une manière considérable sa thymie ».

Par décision incidente du 31 mars 2016, la Juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, sous la forme d'une exonération d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 2 mai 2016, reprenant les arguments de la décision attaquée et se référant notamment au rapport médical du Dr F. \_\_\_\_\_. Il relevait en outre que l'affection ostéo-

articulaire n'était aucunement documentée, qu'en ce qui concernait l'apnée du sommeil, une prise en charge avec appareillage avait été organisée et que les limitations fonctionnelles fixées tenaient compte des limites engendrées par ce syndrome.

Dans sa réplique du 23 mai 2016, le recourant a invoqué que le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ concernait uniquement son affection cardiaque et non les atteintes survenues par la suite. Il sollicitait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, puisque ses affections n'avaient pas été prises en compte dans leur globalité.

L'OAI a ajouté, en date du 9 juin 2016, que l'exercice d'une activité lucrative était exigible de la part de l'intéressé, indépendamment du succès des traitements suivis, y compris celui concernant l'apnée du sommeil.

Par courrier du 16 septembre 2016, le recourant a versé trois nouveaux rapports médicaux en cause :

- Dans une attestation médicale non datée, le Dr H.\_\_\_\_\_ indiquait qu'un traitement par orthèse d'avancement mandibulaire avait été débuté contre les apnées du sommeil de l'assuré, mais que ce traitement, subjectivement, ne semblait pas apporter le bénéfice indiqué, l'assuré restant très fatigué, même si son sommeil paraissait plus tranquille.
- Le Dr J.\_\_\_\_\_ mentionnait, dans son rapport du 24 août 2016, que la situation cardiologique était restée stable, bien que toujours invalidante, l'assuré présentant une limitation de la capacité d'effort et également des douleurs thoraciques depuis l'opération effectuée en 2011.
- Enfin, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, faisait état, dans un rapport du 8 août 2016, d'un trouble du comportement avec cris et jets d'objets, présent depuis

2011 et augmenté depuis trois mois, ainsi qu'un épisode anxio-dépressif d'intensité modérée. Il ressort de ce document qu'il n'avait vu l'assuré qu'à trois reprises, la première fois le 9 juin 2016.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'occurrence, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'OAI, qui a été rejetée par décision du 3 février 2015. Dans un courrier du 3 mars 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ a sollicité une « réévaluation de la situation médicale » de l'assuré, d'une part au motif que depuis la décision de l'OAI, une apnée du sommeil d'intensité sévère avait été diagnostiquée chez l'assuré, laquelle engendrait une grande fatigabilité et un sommeil peu réparateur, et d'autre part, du fait que l'assuré présentait une impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche, sous forme d'une atrophie et d'une réduction de l'amplitude à l'élévation et à l'abduction, atteinte qui n'avait pas été prise en compte dans la première évaluation de l'OAI.

Ce courrier du Dr H. \_\_\_\_\_ constitue une demande de reconsidération de la décision du 3 février 2015, en application de l'art. 53 al. 2 LPGA, à tout le moins pour ce qui concerne l'atteinte au bras. Selon cette disposition, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. En l'espèce, il faut cependant constater qu'en date du 3 mars 2015, la décision du 3 février 2015 n'était pas encore entrée en force puisque le délai de recours de trente jours (selon l'art. 60 al. 1 LPGA), qui a commencé à courir au moment de la réception de cette décision, soit au plus tôt le lendemain de son envoi, à savoir le 4 février 2015, est parvenu à échéance au plus tôt le 6 mars 2015. Or, le procédé consistant à demander la reconsidération d'une décision alors que le délai de recours pendant contre celle-ci est encore ouvert est abusif ; il appartenait à l'assuré de soulever ses griefs contre la décision du 3 février 2015 par le biais d'un recours.

**c)** Quoi qu'il en soit, il se trouve que l'OAI a traité ce courrier du Dr H. \_\_\_\_\_, et les deux objets qu'il contenait, sous l'angle de l'art. 17 LPGA, après avoir demandé à l'assuré de déposer formellement une nouvelle demande de prestations.

Le litige porte par conséquent sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'il a déposée le 14 avril 2015.

**3.** Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi 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 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 p. 349 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

**4. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès

qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

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.

**5. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.).

**b)** De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de

vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, 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\_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**c)** En ce qui concerne les rapports de médecins du SMR, ceux-ci constituent un rapport au sens de l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, et non un examen médical sur la personne de l'assuré (au sens de l'art. 49 al. 2 RAI), ni une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Il s'agit d'une appréciation par le médecin interne du SMR du dossier médical de l'assuré qui a pour but d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de faire des recommandations quant à la suite à donner au cas sur le plan médical. De tels avis ont de ce fait une autre fonction que les expertises

médicales au sens de l'art. 44 LPGA ou les résultats des examens médicaux auxquels procède le SMR. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352), les autorités appelées à statuer ont en effet le devoir d'examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF 9C\_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 6.2).

**6. a)** L'assuré fait notamment valoir qu'il souffre d'une impotence partielle au bras gauche, sous forme d'une atrophie et d'une réduction de l'amplitude. Il ressort du courrier du Dr H. \_\_\_\_\_ du 3 mars 2015 que cette situation provient d'un remaniement important de l'articulation de l'épaule consécutive très probablement à une fracture survenue dans la petite enfance et non traitée, et que depuis quelques années s'y ajoute vraisemblablement une aggravation de « l'arthrose » avec réduction de l'amplitude à l'élévation et à l'abduction, qui à partir de 80 ° s'avère très douloureuse. Comme vu ci-dessus (consid. 2b), il s'agit d'un motif qui aurait dû être traité comme une demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Or, le procédé consistant à demander la reconsidération d'une décision alors que le délai de recours pendant contre celle-ci est encore ouvert est abusif. Le grief concernant l'absence d'instruction quant à l'atteinte orthopédique aurait précisément dû être soulevé à l'occasion d'un tel recours.

L'OAI n'a pas rendu de décision sur la demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA présentée en date du 3 mars 2015, mais s'est contenté d'instruire la cause uniquement sous

l'angle de la révision de l'art. 17 LPGA, respectivement d'une nouvelle demande de prestations. Le fait que l'OAI ne se soit pas prononcé sur l'existence ou non d'un motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA demeure sans incidence. En effet, selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a ; TF 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>e</sup> éd., n° 73 ad art. 53 LPGA). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa ; TF 8C\_609/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.1).

Rien ne s'oppose à l'application de cette jurisprudence au cas d'espèce, si l'on considère que la décision litigieuse vaut décision implicite de refus d'entrée en matière sur la demande de reconsidération. En effet, dans sa décision du 21 janvier 2016, l'OAI s'est contenté de retenir que l'assuré disposait toujours d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 21 juin 2013 et qu'il ne présentait aucun préjudice économique. Dans cette mesure, le recours n'est donc pas recevable sur ce point.

Quoi qu'il en soit, l'atteinte au bras gauche n'est pas nouvelle, dans la mesure où le Dr H. \_\_\_\_\_ faisait déjà état dans son rapport du 17 août 2012 d'une impotence fonctionnelle du bras gauche avec trouble du développement suite à un accident avec probables fractures multiples de l'épaule gauche dans l'enfance. Au demeurant, cette atrophie du bras gauche existe de longue date et n'a pas empêché l'assuré d'effectuer une formation de forgeron et de travailler de 2002 à 2007 comme machiniste.

**b)** Il convient ensuite d'examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées. Pour ce faire, il s'agit d'apprécier l'état de santé du recourant, avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 3 février 2015, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves et des circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse.

**aa)** Le recourant fait valoir qu'il souffre d'un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil. Ce diagnostic a été évoqué en premier lieu par le Dr F. \_\_\_\_\_ avant la décision du 3 février 2015, plus exactement le 10 juillet 2014. Il n'a cependant été confirmé par les examens usuels auprès du L. \_\_\_\_\_ qu'après la décision du 3 février 2015. Cependant, ce n'est pas l'existence en elle-même d'un nouveau diagnostic qui entraîne une aggravation de l'incapacité de travail. Seuls sont déterminants les effets de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail. Il est notoire que l'apnée du sommeil entraîne de la fatigue. Or, la fatigue, ou l'asthénie, était déjà régulièrement mentionnée dans les rapports médicaux antérieurs à la décision du 3 février 2015 par les médecins cardiologues traitants (cf. rapports médicaux du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 7 décembre 2012 et des médecins de l'Hôpital W. \_\_\_\_\_ du 24 juin 2013). Dans son écrit du 3 mars 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_ indiquait expressément que le motif de la demande AI déposée en 2014 tenait essentiellement dans le fait que le patient présentait un état de fatigue chronique en lien avec, d'une part la fibrillation auriculaire, d'autre part un traitement de bêta-bloquants indispensable compte tenu de la tachy-arythmie. Le Dr J. \_\_\_\_\_ confirme également, dans son rapport du 13 juillet 2015, l'hypothèse que la fatigue soit liée au traitement bêta-bloquant. Or celui-ci était déjà prescrit avant la décision du 3 février 2015. Par ailleurs, des nouveaux rapports médicaux produits, on ne saurait déduire que cette fatigue se soit aggravée sous quelque forme que ce soit depuis le 3 février 2015 et par conséquent qu'elle influencerait d'une autre manière sur les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans une activité adaptée. Le Dr J. \_\_\_\_\_ décrit la situation comme stationnaire et a priori on devrait déduire de ce qualificatif qu'il n'existe pas de

changement depuis sa prise en charge de l'assuré le 16 décembre 2014. A la question relative à l'énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, il mentionne la tachycardie et l'arythmie au moindre effort, les douleurs thoraciques chroniques (postopératoires), la fatigue et l'état dépressif. Celles-ci étaient déjà toutes connues à l'époque de la décision du 3 février 2015 et lorsque le Dr J.\_\_\_\_\_ indique qu'une activité de travail lui paraîtrait difficilement envisageable, il s'agit de fait d'une appréciation différente d'une situation identique, en l'occurrence, différente de celles du Dr F.\_\_\_\_\_ et du SMR. Quant au Dr G.\_\_\_\_\_, il considère le pronostic en principe favorable en cas d'adaptation au traitement par CPAP et mentionne à titre de restrictions la fatigue ainsi que le risque de somnolence dans des situations calmes et monotones, avec une diminution des performances, une fatigue et des troubles de concentration. Il ajoute qu'en cas de bonne adhérence thérapeutique, il ne devrait pas y avoir de limitations fonctionnelles. Outre que les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr G.\_\_\_\_\_ ne sont pas en fin de compte sensiblement différentes de celles retenues par le Dr F.\_\_\_\_\_ et le SMR, on peut encore se demander s'il ne pourrait être exigé de l'assuré de faire preuve d'une plus grande adhérence thérapeutique, compte tenu de son obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Un nouveau traitement, par orthèse d'avancement mandibulaire, a été mis en place contre les troubles d'apnée du sommeil, comme l'indique le Dr H.\_\_\_\_\_. Si celui-ci ne paraît pour l'instant, subjectivement, pas avoir apporté le bénéfice escompté, il a tout de même permis de rendre le sommeil de l'assuré apparemment plus tranquille.

**bb)** S'agissant d'une éventuelle atteinte psychique, l'existence d'un trouble anxio-dépressif ou d'un état dépressif était déjà connue lors de la précédente procédure administrative, comme cela ressort des rapports médicaux du Dr H.\_\_\_\_\_ du 17 août 2012 et du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2012. Dans le cadre de la procédure actuelle, il n'existe absolument aucun rapport médical faisant état d'une péjoration de cette atteinte depuis le 3 février 2015. En outre, le dossier de l'assuré ne contient aucun rapport médical émanant d'un médecin psychiatre. Or, il sied de rappeler que l'existence d'une atteinte à la santé psychique

suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre, s'appuyant de lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). A cet égard, le recourant a produit un rapport médical émanant du psychiatre et psychothérapeute Dr C.\_\_\_\_\_, daté du 8 août 2016. Celui-ci ne suit toutefois l'assuré que depuis le 9 juin 2016, soit postérieurement à la date de la décision attaquée, le 21 janvier 2016, de sorte que ses conclusions ne sont pas susceptibles d'influencer la présente procédure. On peut en outre relever qu'il ne se prononce pas sur la capacité de travail de l'assuré, faute de l'avoir suivi suffisamment longtemps et que les troubles qu'il constate ne sont pas motivés et sont en partie basés sur les déclarations de l'intéressé.

**cc)** Au vu de ce qui précède, il faut constater que l'assuré n'a pas démontré de modification sensible de son état de santé depuis la décision de l'OAI du 3 février 2015, et qu'il n'y avait dès lors pas matière à réviser son droit aux prestations.

**7.** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (sur l'appréciation anticipée des preuves cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 p. 210 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293 ; ATF 134 I 140 consid. 5.2 p. 147 s.; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429).

**8. a)** En conséquence, le recours doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit

se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée à la dispense des frais judiciaires et aux avances de ceux-ci, ce montant de 400 fr. est laissé provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**c)** Enfin, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 21 janvier 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- M. I. \_\_\_\_\_,
- 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 :