

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Métral et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière: Mme Monney

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Florence Bourqui, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. En date du 28 août 2008, H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

B. Selon son curriculum vitae, il a travaillé en [...] et [...] comme casserolier, puis comme manœuvre dans un garage jusqu'en [...]. Depuis [...], il a travaillé la plupart du temps comme aide-cuisinier pour divers employeurs, le dernier étant la W. _____. Les autres employeurs pour lesquels il a travaillé depuis cette date sont, selon les extraits de compte individuel de la Caisse cantonale vaudoise de compensation, une entreprise de nettoyage, soit P. _____, à [...], durant les mois de juin et juillet [...] et S. _____ les mois de janvier et février [...].

Il résulte du questionnaire rempli le 15 septembre 2008 par la W. _____ que l'assuré a travaillé dans cette société en qualité d'aide de cuisine à plein temps dès le 8 juillet 2002 jusqu'au 25 janvier 2007, puis à mi-temps jusqu'au 31 juillet 2008, le contrat ayant été résilié par l'employeur à cause des problèmes de santé de l'assuré. Le salaire était de 3'601 fr. depuis le 1^{er} janvier 2008, le salaire annuel étant de 47'000 fr. Selon l'employeur, depuis le 25 janvier 2007, le salaire correspondant au rendement était de 1'800 fr. par mois.

Dans un rapport du 20 octobre 2008, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale au Service des maladies infectieuses du K. _____ (ci-après : K. _____) a indiqué notamment ce qui suit :

« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

- Fièvre Q chronique avec hépatite granulomateuse à *Coxiella burnetti*
- diagnostiquée en juillet 2005 (sérologie positive; PBF hépatite granulomateuse subaiguë compatible avec fièvre Q)
 - thérapie avec doxycycline et hydroxychloroquine de juillet 2005 à mai 2006 ; interruption du traitement suite à une hépatite toxique en mai 2006 ; initiation d'un traitement par

lévofloxacine le 06.11.2006 Syndrome de chevauchement entre cirrhose biliaire primitive et hépatite auto-immune

- diagnostiqué en décembre 2006
- initiation d'un traitement par acide ursodéoxycholique le 06.12.06

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail
Acouphènes de l'oreille D
Allergie au pollen
Suspicion de sinusite chronique
Gastrite à H. pylori avec traitement d'éradication

[...]

Le patient va globalement bien sur le plan somatique hormis sa fatigue chronique et des douleurs occasionnelles au niveau épigastrique ou à l'hypochondre droit. Sur le plan social il a malheureusement été renvoyé de son travail où il travaillait à 50% comme aide en cuisine

Indications subjectives par le patient/constat objectif

L'évolution du point de vue infectiologique est globalement satisfaisante avec des sérologies stables voir en baisse durant le dernier contrôle et une amélioration de la symptomatologie douloureuse.

Sur le plan général le patient présente une situation sociale délicate avec un renvoi de son travail car il n'était pas assez performant avec un patient se disant incapable de travailler plus que 50% en raison d'une fatigue, sans amélioration notable ces derniers temps. Ceci contraste avec nos impressions d'amélioration de la situation somatique, en tout cas du point de vue infectiologique.

Le patient nous paraît assez isolé socialement, il comprend moyennement le français bien qu'il soit en Suisse depuis 20 ans, son épouse aurait également plusieurs problèmes somatiques, sa fille a un diabète et son fils est dans une classe spécialisée car « il est trop timide ». Nous pensons que cette fatigue est très probablement d'origine mixte (hépatologique, infectieux et surtout psychosocial) et sa prise en charge dépasse les capacités de notre consultation spécialisée. Nous avons donc proposé au patient d'avoir un suivi plus régulier chez un médecin de premier recours qui pourra probablement mieux prendre en charge sa situation dans sa globalité. Le patient nous a fait une demande pour être suivi à la T._____.

[...]

Pronostic

La fièvre Q est une zoonose qui se transmet à l'homme via l'inhalation de bactéries éliminés par des mammifères dans les urines, excréments et le placenta. Dans la phase aigüe on observe souvent une symptomatologie de grippe et dans 10% des cas on peut trouver une hépatite, un rash et plus rarement une méningo-encéphalite. Dans les phases chroniques on peut retrouver une endocardite subaiguë. Le traitement de la maladie chronique nécessite un traitement de 18 mois à 4 ans, parfois même à vie. »

Ce médecin mentionnait une incapacité de travail comme aide de cuisine entre 30% et 50% depuis 2005. Il indiquait ne pas avoir de restrictions évidentes à signaler.

Le 4 février 2009, le Dr X._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine du travail et médecin auprès du Service médical régional (ci-après : le SMR), a exposé ce qui suit :

« Assuré de [...] ans qui travaille comme aide de cuisine jusqu'en juillet 2008. Au chômage depuis lors.

Cet assuré souffre de la fièvre Q chronique et d'une hépatite granulomateuse à Coxielle burnetti. Selon le Dr R._____, infectiologue au K._____, l'évolution sur le plan infectiologique est favorable. Il mentionne que l'assuré ne se sent pas capable de travailler au-delà de 50% en raison d'une fatigue importante. Bien qu'une partie de la fatigue puisse être attribuée à l'atteinte infectiologique, le contexte psychosocial y contribue de manière importante.

Ce spécialiste juge la CT entre 50 et 70%.

Au vu des éléments à disposition, il nous paraît justifié de retenir une IT de 30% en raison de la partie de la fatigue qui est attribuable à l'atteinte à la santé. L'influence du contexte psychosocial n'est pas du champ médical et n'y est pas pris en compte. »

Ce praticien a dès lors retenu une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle.

Une aide au placement a été octroyée le 9 février 2009.

Dans un rapport du 28 septembre 2009, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale au sein de la T._____, a exposé notamment ce qui suit :

« Symptômes actuels/état actuel

Au dernier contrôle, le patient se plaint d'une augmentation de sa fatigue ainsi que de la récurrence de douleurs dans l'hypochondre D. Des symptômes de pyrosis post-prandiaux ont été calmés par un traitement d'IPP.

En raison d'une péjoration récente des paramètres biologiques hépatiques et sérologiques, une ponction biopsie de foie est réalisée

le 04.06.2009 montrant une progression de la cirrhose biliaire primitive au stade II-III. En outre, on retrouve une hépatite chronique à prédominance portale de type granulomateux, associée à une fibrose porto-portale. Après décision multidisciplinaire, un traitement par Budesonide 9 mg/j est introduit associé à l'acide ursodésoxycholique. Une supplémentation vitamino-calcique a été introduite également.

Indications subjectives par le patient/constat objectif

Plaintes de fatigue et de douleurs à l'hypochondre D.
Au status, on met en évidence une légère douleur à la palpation de l'hypochondre D, le reste du status étant dans les normes. »

La Dresse C._____ estimait l'incapacité de travail à 50% depuis le 27 janvier 2009, la situation devant être réévaluée le 11 septembre 2009. Comme restriction, elle mentionnait la fatigabilité, se manifestant par l'impossibilité d'effectuer des tâches sur une longue période.

Le 18 novembre 2009, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin du SMR, a estimé qu'il était trop précoce pour se déterminer quant à une modification durable de l'exigibilité et demandait d'interroger les médecins de l'assuré courant février 2010.

Dans un rapport du 8 mars 2010, le Dr O._____, spécialiste en médecine interne générale auprès de la T._____, a indiqué notamment ce qui suit :

« Constat médical

Au dernier contrôle, le patient se plaint de la persistance de sa fatigue ainsi que la récurrence des douleurs digestives. Les symptômes digestifs sont partiellement soulagés par un traitement d'IPP. Concernant le syndrome de chevauchement de la cirrhose entre cirrhose biliaire et hépatite auto-immune, l'évolution est stable avec une discrète amélioration de la cholestase sur le plan biologique sous Budesonide mais sans normalisation complète. Un suivi régulier est effectué par nos collègues gastro-entérologues au T._____ qui prévoient d'effectuer une colangio-IRM en avril 2010 afin d'évaluer l'évolution de la pathologie. Par ailleurs, une carence en vitamine D est substituée actuellement et mise en évidence de multiples polypes coliques dont les biopsies sont encore en cours. »

Il a en outre expliqué que l'évolution était stable et qu'il y avait peu de chance de récupération, l'incapacité de travail étant de 50% depuis le 27 janvier 2009 pour une durée indéterminée. Il mentionnait une fatigabilité importante et l'impossibilité d'effectuer des tâches sur une longue période.

Les Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie, et I._____, du K._____, ont écrit le 14 avril 2010 que le patient allait globalement bien sur le plan somatique hormis sa fatigue chronique et des douleurs occasionnelles au niveau épigastrique ou à l'hypochondre droit. Ils ont en outre mentionné ce qui suit :

« L'évolution du point de vue infectiologique est globalement satisfaisante avec des sérologies stables. Nous constatons une amélioration de la symptomatologie douloureuse mais toujours pas satisfaisante. Le patient se plaint d'une fatigue persistante, se disant incapable de travailler plus de 50%. Nous pensons que cette fatigue est très probablement d'origine mixte (hépatologique, infectieuse et psychosociale) et sa prise en charge dépasse les capacités de notre consultation spécialisée. Nous avons donc proposé au patient d'avoir un suivi plus régulier chez un médecin de premier recours qui pourra probablement mieux prendre en charge sa situation dans sa globalité.

Un suivi à la T.____ du K._____ est effectué. [...]

Nature et importance du traitement actuel

Suivi en consultation infectiologique 2 x/année et suivi en consultation hépatologique régulièrement avec prise des médicaments poursuivie. »

Ces médecins ont retenu une incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} octobre 2008, les restrictions étant la fatigue et les douleurs abdominales persistantes.

Le 3 mai 2010, le Dr L._____ a interpellé les médecins de la T._____ en écrivant ce qui suit :

« Votre rapport médical en date du 30.03.2010 nous est bien parvenu et nous vous en remercions.

Dans l'activité habituelle d'aide de cuisine, vous reprenez une capacité de travail exigible à 50% du fait d'une fatigue et d'une fatigabilité importante.

Dans une activité de type sédentaire ou semi-sédentaire, sans manipulation de charges de plus de 5 kg ni déplacements prolongés, en horaire de jour réparti également sur 5 jours ouvrables ou avec un horaire variable à la carte au choix de l'assuré, quelle est votre appréciation de la capacité de travail exigible ?

Si vous estimez nécessaire d'ajouter des limitations fonctionnelles à celles citées ci-dessus, je vous remercie de bien vouloir nous en informer et de nous les détailler. »

Le 18 juin 2010, les Drs Q._____, spécialiste en médecine interne générale, et F._____, de la T._____, ont répondu ce qui suit :

« Suite à votre courrier du 3 mai 2010 concernant le patient susnommé, vous trouverez, ci-après, les renseignements demandés

La capacité de travail résiduelle serait-elle modifiée par la mise en place de mesures spécifiques ?

Dans la mesure où la maladie de M. H._____ est progressive, accompagnée d'un traitement lourd et d'un pronostic défavorable à long terme, sa capacité de travail est limitée par la durée, surtout liée à sa fatigabilité importante envers toute tâche. De ce fait, une adaptation des charges portées ou des déplacements n'auront pas de conséquence. »

Dans un avis du 30 juin 2010, le Dr L._____ a écrit ce qui suit

:

« L'unité somatique du L._____ n'a pas répondu à notre courrier en date du 3.05.2010.

Dans le rapport médical du 30.03.2010, il était retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50%. Nous ajustons l'exigibilité à 50% dans l'activité habituelle dès juillet 2005. Par contre, dans une activité adaptée, sans efforts physiques trop importants, c'est-à-dire sans manipulation de charges de plus de 7 kg ni déplacements prolongés avec un horaire de jour réparti sur 5 jours ouvrables ou avec un horaire variable à la carte, au choix de l'assuré, la capacité de travail serait d'au moins 70% comme l'avait retenu le rapport d'examen SMR de février 2009. »

Le 8 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter la demande de rente, notamment pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé de juillet 2002 à juillet 2008, en qualité d'aide de cuisine, auprès de la W._____, [...].

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50 %. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que : fatigabilité, pas d'effort physique trop important, vous conservez une capacité de travail de 70 % depuis juillet 2005.

Tel est le cas dans une activité adaptée industrielle légère.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, 10-2006, p.90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 41'438.12 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 35'222.41.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 48'125.- (source selon questionnaire employeur, revenu CHF

3'500.- x 13 + CHF 2'625.- indemnités de jours fériés).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	48'125.00		
avec invalidité	CHF	35'222.40		
La perte de gain s'élève à	CHF	12'902.60	=	un degré

d'invalidité de 26.81 %.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Par communication du 8 novembre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait droit à une aide au placement.

Le 22 novembre 2010, l'assuré a fait opposition « à la décision de placement du 08.11.2010 » en déclarant que sa situation s'était aggravée depuis le dépôt de la demande et demandait un réexamen de sa situation. Il a joint notamment les rapports suivants :

- Un rapport du 28 avril 2010 établi suite à une cholangio-IRM par le Prof. D._____, spécialiste en radiologie, et le Dr J._____, spécialiste en radiologie et médecine nucléaire, au K._____, qui concluaient comme il suit :

« Conclusions

Il s'agit d'un examen dans les limites de la norme, sans signe de cirrhose biliaire primitive, notamment pas de dysmorphisme hépatique ni d'atteinte des voies biliaires ou de la vésicule mis en évidence. »

- Un rapport du 6 juillet 2010 de la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale et gastroentérologie au sein du T._____, dont la teneur est notamment la suivante :

« J'ai revu votre patient susnommé à ma consultation pour le suivi d'un **syndrome de chevauchement entre une cirrhose biliaire primitive séropositive et une hépatite auto-immune** diagnostiqué en 2006 alors que le patient était traité pour une fièvre Q chronique. Un traitement par acide ursodéoxycholique a été introduit en 2006 avec adjonction d'une corticothérapie depuis juillet 2009 en raison d'aggravation des paramètres biologiques. Le patient signale une fatigue importante sans douleur, sans prurit, sans ictère,

sans trouble du transit. Il mentionne avoir eu une consultation à l'Unité des lipides en raison d'une hypercholestérolémie. Son traitement consiste en Entocort 9 mg/j, Dé-Ursil 900 mg/j, Oméprazole 40 mg/j et Caldmagon D3 1x/jx.

Au status, TA 120/78 mmHg, pulsations 79/min. régulières, candidose buccale, pas d'ictère, pas d'œdème des membres inférieurs. Auscultation cardiaque et pulmonaire dans les normes. Digestif : abdomen légèrement globuleux, souple, indolore, pas d'organomégalie, pas d'ascite clinique. Un laboratoire est prévu prochainement à votre consultation.

Devant l'amélioration de l'état général du patient, je propose une diminution de l'Entocort à 6 mg/j avec contrôle des tests hépatiques une fois par mois au cours des 3 prochains mois. L'hypercholestérolémie constatée est à mettre dans le cadre de la cirrhose biliaire primitive. Si elle peut être sévère, elle est souvent accompagnée de beaucoup moins d'effets secondaires cardiovasculaires et ne nécessite pas toujours un traitement. En raison de la candidose buccale, j'ai introduit un traitement par Fluconazole 150 mg 1x/j. pendant 4 jours. Je reverrai le patient dans 3 mois pour une nouvelle évaluation clinique et biologique. »

- Un rapport du 6 octobre 2010 de cette praticienne qui exposait notamment ce qui suit:

« J'ai revu votre patient susnommé à ma consultation pour le suivi d'un **syndrome de chevauchement entre une cirrhose biliaire primitive séropositive et une hépatite auto-immune** diagnostiquée en 2006. Malgré le traitement par acide ursodéoxycholique introduit depuis novembre 2006, la biologie et les sérologies pour la cirrhose biliaire primitive ont continué à s'aggraver raison pour laquelle un traitement par budénoside 9 mg/j a été introduit en juillet 2009. A maintenant plus d'un an de traitement par corticoïde, on constate toujours une aggravation des tests hépatiques et des valeurs sérologiques parlant en faveur d'un échec des corticoïdes. Comme complication de la cirrhose biliaire primitive, le patient présente une fatigue et une hyperlipidémie modérée non traitée. Il signale également un Sjogren et des sensations de pesanteur de l'hypochondre droit en post prandial.

Dans ce contexte, je propose un sevrage progressif des stéroïdes à raison d'une diminution de 3 mg par mois au cours des 2 prochains mois puis 3 mg. 1j/2 pendant le dernier mois avant un arrêt complet. Le patient souhaite tenter un traitement en [...], par des thérapies naturelles. Je le reverrai donc début février, probablement après un voyage en [...] pour ce traitement.

Dans l'intervalle, je lui propose de poursuivre le traitement par Dé-Ursil 900 mg/j et lui rappelle de faire attention à certains produits de phytothérapie qui peuvent être hépato-toxiques. L'hyperlipidémie constatée dans le cadre de la cirrhose biliaire, primitive ne nécessite pas de traitement, étant beaucoup moins athérogène qu'une hyperlipidémie normale. »

- Un rapport du 29 octobre 2010 dans lequel la Dresse V._____ expliquait que les traitements actuels s'étaient révélés inefficaces et que l'assuré souhaitait tenter un traitement de type ayurvédique qui ne pouvait être effectué qu'en [...], raison pour laquelle il allait s'absenter pour six mois dans ce pays.

Le 24 novembre 2010, l'OAI a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

« Nous vous prions de bien vouloir nous confirmer que vous contestez bien le préavis de refus de rente du 08.11.2010 au lieu de l'aide au placement comme indiqué dans votre courrier, d'ici au 10 décembre prochain au plus tard.

En effet, sans le retour du formulaire d'aide au placement dûment signé par vos soins, cette mesure ne pourra être activée. »

Le 10 janvier 2011, l'OAI a fixé à l'assuré un délai au 28 février 2011 pour produire un certificat de son médecin apportant un élément pertinent de nature à remettre en cause le projet de décision du 8 novembre 2010. Il l'a informé que sans nouvelles de sa part une fois le délai échu, une décision conforme au projet et susceptible de recours lui serait notifiée.

Le 16 mars 2011, l'OAI a écrit à l'assuré notamment ce qui suit :

« Dans votre courrier du 22 novembre 2010, vous contestez la capacité de travail retenue. Vous référant à l'avis de votre médecin traitant, vous nous faites parvenir divers rapports de consultations d'hépatologie et d'anatomo-pathologie ainsi que les résultats d'analyses. Vous alléguiez que votre situation s'étant aggravée.

Selon les renseignements médicaux en notre possession, votre atteinte à la santé ne contre-indique pas l'exercice de votre activité habituelle d'aide de cuisine à un taux de 50 %. Par contre, dans une activité adaptée à votre handicap, soit une activité sans effort physique trop important, fatigabilité, votre capacité de travail est de 70 %. Comparaison faite entre le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé dans votre activité habituelle d'aide de cuisine et le revenu que vous pourriez réaliser dans une activité adaptée exercée

à 70 %, votre taux d'invalidité est de 27 %. Un taux d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas droit à la rente. Pour le détail du calcul du taux d'invalidité, nous vous renvoyons à notre projet de décision du 08.11.2010.

Les avis médicaux que vous nous avez fait parvenir, ainsi que votre contestation du 22.11.2010 ne nous apportent aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 08.11.2010 est fondé et doit être entièrement confirmé. »

Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de rente pour les mêmes motifs que ceux indiqués dans son projet.

C. Le 20 octobre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI.

Le 25 octobre 2011, l'OAI lui a écrit notamment ce qui suit :

« Nous accusons réception de votre demande de révision du 20.10.2011 et vous informons que nous considérons cette pièce comme une nouvelle demande au sens de l'article 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et des articles 87 et suivants du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI).

Le droit aux prestations que vous sollicitez a déjà fait l'objet d'une décision de refus.

Votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles précités que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité ou l'impuissance de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, nous vous impartissons un délai de 30 jours pour :

1. Produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres :
 - Le diagnostic
 - La description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue
 - Le nouveau degré de votre incapacité de travail
 - Le pronostic et d'autres renseignements utiles
2. Ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision (par exemple : modification de votre situation professionnelle et/ou familiale).

Passé ce délai et sans nouvelles de votre part (ou si les éléments, qui nous seraient apportés entre-temps, ne renfermaient rien de nouveau), nous devons considérer que vous n'avez pas rendu plausible la modification de votre degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière vous sera notifiée. »

Dans un rapport du 7 novembre 2011, la Dresse V. _____ a exposé notamment ce qui suit :

« Lors de la dernière consultation du 30.06 2011, M. H. _____ m'a signalé qu'il avait déposé une demande AI qui a été refusée. Je suis restée surprise par le fait que je n'ai pas été contactée par votre Office pour parler du problème hépatique qui reste en premier plan dans son invalidité. En effet, je suis M. H. _____ pour un syndrome de chevauchement entre une hépatite auto-immune et une cirrhose biliaire primitive. Malgré un traitement par acide ursodeoxycholique et corticoïdes, la situation n'est pas sous contrôle et le patient a évolué au niveau de sa fibrose hépatique de manière significative au cours des dernières années. La cirrhose biliaire primitive est connue pour induire un état d'asthénie même sans cirrhose et pour lequel nous n'avons pas de traitement spécifique à proposer. Cette fatigue, qui est présente en premier plan chez le patient, est responsable d'au moins 50% d'invalidité. En outre, vu la mauvaise évolution de la maladie, elle progresse également et augmente son incapacité de travail progressivement. Les autres symptômes tel qu'un prurit, sont fluctuants mais parfois invalidants avec des réveils nocturnes. Sur le plan abdominal, il signale des douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit sans substrat au niveau vésiculaire et dont l'origine est probablement liée au problème hépatique.

Au status, poids 58,4 kg, TA 116/74 mmHg, pulsations 87/min. régulières, pas d'ictère, pas d'œdème des membres inférieurs, thyroïde sans particularité. Sécheresse buccale sans candidose. Status cardiovasculaire et pulmonaire dans les normes. Status cutané : lésions de grattage. Abdomen : globuleux, souple, légèrement douloureux à la palpation de l'hypochondre droit, foie percuté sur 11 cm au rebord costal à bords arrondis et de consistance augmentée, pas de splénomégalie.

Sur le plan d'une éventuelle rente d'invalidité, la présence d'une asthénie sévère sur un syndrome de chevauchement entre une hépatite auto-immune et une cirrhose biliaire primitive séropositive à mauvaise évolution malgré le traitement reste en premier plan et justifie de revoir la demande d'invalidité du patient.

Aucune mesure particulière ne peut être envisagée au niveau médical pour améliorer cette incapacité de travail. La concentration est limitée, les capacités d'adaptation sont limitées de même que tous les efforts physiques. »

Elle a joint son rapport du 19 juillet 2011 adressé à la T. _____ où elle exposait notamment ce qui suit :

« J'ai revu votre patient susnommé dans le cadre du suivi d'une **cirrhose biliaire primitive séropositive avec syndrome de chevauchement avec une hépatite auto-immune** diagnostiquée en 2006 et traitée depuis lors par acide ursodeoxycholique. Le patient est allé faire un traitement ayurvédique en [...] durant quelques mois sans amélioration des symptômes ou des valeurs biologiques. Il a arrêté ce traitement il y a 2 mois avec reprise du De-Ursil 900 mg/j. Le prurit, qui s'était aggravé, est en amélioration, la fatigue est plus marquée qu'avant son départ pour [...]. Il a toujours un syndrome sec au niveau de la bouche et des yeux. Sensation de pesanteur épigastrique et de l'hypochondre droit présente depuis plusieurs années sans aggravation. A signaler une perte pondérale de 2 kg dans le cadre d'une alimentation différente en [...] et l'apparition d'une constipation. Le laboratoire effectué récemment montre des valeurs hépatiques perturbées avec une prédominance de cholestase anictérique. La fonction hépatique reste normale.

Au status, poids 58,4 kg avec jeans et ceinture, TA 116/74 mmHg, pulsations 87/min. régulières, pas d'ictère, pas d'œdème des membres inférieurs, thyroïde sans particularité. Bouche sèche sans candidose. Status cardiovasculaire et pulmonaire dans les normes. Abdomen : globuleux, souple, coprostase importante, foie percuté sur 11 cm au rebord costal à bords arrondis et de consistance augmentée, pas de rate palpable. L'évolution de la cirrhose biliaire primitive reste donc mauvaise malgré les traitements par De-Ursil et le traitement ayurvédique est resté sans résultat. La fatigue importante est à mettre sur le compte de la cirrhose biliaire primitive. J'ai proposé au patient de reprendre un traitement par stéroïdes ce qu'il ne souhaite pas faire dans l'immédiat en raison des effets secondaires. Je le reverrai dans 3 mois avec un bilan biologique et clinique pour rediscuter de cette option thérapeutique. Pour la constipation, j'ai introduit, avec l'accord du patient, un traitement de Padmed-Laxan 1 cp/j. »

Le 25 novembre 2011, le Dr L. _____ a rédigé un avis médical en ces termes :

« Le courrier du 7 novembre 2011 du Dr V. _____ décrit un tableau clinique différent de celui qui prévalait lors des instructions antérieures. L'atteinte à la santé qui affecte cette assurée est un problème rare qui évolue habituellement traité ou non dans le sens d'une aggravation. Ce praticien estime que l'invalidité liée aux problèmes de santé est au moins de 50% et que l'état de santé s'est péjoré depuis le séjour en [...] de l'assuré à l'automne 2010.

Je retiens donc une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire de type légère, sans effort ou déplacement prolongé et répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables.

Dans l'activité d'aide de cuisine la CT est nulle depuis novembre 2010. Dans une activité adaptée elle est de 50% depuis novembre 2010. »

Par communication du 2 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré de son droit à des mesures professionnelles et qu'il prenait en charge les frais d'orientation professionnelle, à savoir un cours de formation auprès de la Fondation M._____ d'une durée de cinq semaines et demie et d'un stage de six semaines et demie.

Le 27 mars 2012, cette fondation a écrit à l'OAI qu'après avoir réfléchi avec l'assuré aux pistes possibles en tenant compte de ses restrictions de santé et de ses qualifications, ils s'étaient mis d'accord pour une activité dans le nettoyage. Elle indiquait que n'ayant pas trouvé d'entreprise pouvant proposer un travail compatible avec la situation de l'assuré, les recherches étaient poursuivies.

Le 2 avril 2012, elle a écrit notamment ce qui suit à l'OAI :

« La difficulté de trouver un contexte de travail qui soit compatible avec les qualifications et les restrictions de santé dont M. H._____ nous a fait part se confirme. Nous pensons qu'une MIP bilan permettrait de prendre le temps de mieux identifier où se trouve le point de convergence entre les possibilités sur le marché et les compétences et intérêts de M. H._____. À la suite de cette démarche, nous pourrions le soutenir de façon plus efficace dans sa réinsertion.

Nous vous proposons donc de transférer avec effet immédiat M. H._____ de la mesure QVE vers la mesure MIP bilan. Un entretien préalable lui a été pré-réservé le 10 avril à 14:30 (possibilité de déplacer cet entretien). »

Par communication du 25 avril 2012, l'OAI a informé l'assuré de l'octroi de mesures professionnelles (art. 15 LAI) à savoir qu'il continuait à prendre en charge les frais d'orientation professionnelle du 10 avril au 31 mai 2012.

Dans un rapport final du 10 mai 2012, la Fondation M._____ a exposé ce qui suit :

« Suite à la mesure QVE et aux difficultés rencontrées avec M. H._____ quant à la proposition d'un projet professionnel viable, la mesure Bilan avait été suggérée.

Lors des trois entretiens de bilan, M. H. _____ a eu l'occasion de passer différents tests d'intérêts et de définir ses possibilités sur le marché de l'emploi. Nous nous sommes axés sur la recherche de pistes viables compatibles avec ses restrictions de santé.

Les deux pistes suivantes sont ressorties :

Ouvrier d'atelier/de production : M. H. _____ se projette relativement bien dans un poste d'ouvrier d'atelier, mais seulement si les tâches proposées ne nécessitent pas de port de charge ou d'effort prolongé. Il se sent à l'aise avec la manipulation d'objets et n'a pas de restriction de santé au niveau des mouvements des mains ou des bras. Des activités simples comme le tri, la mise en boîte, le découpage, l'étiquetage, l'emballage ou le nettoyage de machines seraient adéquates. M. H. _____ précise qu'il se sent mieux l'après-midi mais qu'il ne pourrait pas travailler dans un environnement stressant au vu de sa fatigabilité, ce qui restreint passablement les possibilités. Dans ce sens, il faudrait tester son rythme afin de confirmer si un emploi dans des chaînes de production est réaliste. Par ailleurs, le participant évoque qu'il ne pourrait pas travailler avec de trop petites pièces, en raison de sa vue de près, qu'il ne trouve pas optimale. D'autre part, il nous fait savoir qu'il est allergique au pollen, à la poussière et à la peinture. Cependant, comme ces informations ne sont pas confirmées par des certificats médicaux auprès de l'AI, nous suggérons, pour cette piste, un stage auprès d'un atelier protégé ou auprès de notre atelier de démontage à [...] (MIP2) puisque nous n'avons actuellement plus de place dans l'atelier [...], à [...]. A noter que M. H. _____ avait effectué un stage auprès de ce dernier en 2009 et il nous affirme, qu'à l'époque, la mesure avait été arrêtée à cause de ses allergies à la poussière, soutenu par un certificat médical. Dans un deuxième temps, si le stage en atelier se déroule bien, un second stage auprès d'une entreprise pourrait lui être proposé.

Nettoyeur : M. H. _____ serait d'accord d'effectuer des tâches de nettoyage si celles-ci ne comprennent pas l'utilisation de lourdes machines. Dans ce sens, le nettoyage de bureaux, même le soir, lui conviendrait. Il souligne tout de même qu'il est allergique à certains produits (Javel, par exemple). Pour cette piste, si une mesure stage (MIP2) est mise en place, nous pourrions éventuellement créer un poste de Nettoyeur auprès de notre atelier [...] à [...] (sous réserve de disponibilité).

De par ses limitations physiques mais aussi au vu de ses lacunes en français, le participant peine à voir des possibilités quant à son insertion sur le marché de l'emploi actuel, ce qui vient également entraver sa motivation. Les tests d'intérêt soulignent également ce constat.

Conclusions

Comme convenu par téléphone, la démarche bilan se termine après trois entretiens puisque le participant avait déjà été suivi dans la mesure QVE et que les informations ont pu être regroupées.

Nous restons bien entendu à votre entière disposition pour s'entretenir sur la suite, selon votre décision. S'il ne fait pas de stage, une MIP TRE pourrait lui être bénéfique.

Nous souhaitons une bonne continuation à M. H. _____ et l'encourageons à solliciter son réseau tout en allant de l'avant malgré les difficultés traversées actuellement. »

Le 1^{er} juin 2012, le service de réadaptation de l'OAI a relevé notamment ce qui suit :

« Nous rappelons que sa capacité de travail a été estimée à 50 % pour une activité adaptée (activité légère, sans effort ou déplacement prolongé et répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables) selon l'avis médical du 25 novembre 2011.

Nous estimons que notre assuré doit pouvoir bénéficier d'une aide en placement, au sens de l'article 18 LAI. En effet, il lui sera difficile de trouver un emploi à taux partiel sans l'aide d'un coordinateur emploi. »

Par communication du 7 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré de son droit à une orientation professionnelle et à un soutien dans ses recherches d'emploi qui seraient fournis par le service de placement.

Selon une note de suivi de l'OAI du 9 août 2012, il a été décidé que comme l'assuré avait été suivi par la [...] en juillet 2011 et qu'il avait dû arrêter pour raison de santé, l'idée était de lui proposer de réintégrer la mesure.

Il résulte du bilan établi par la [...] le 27 mars 2013 en particulier ce qui suit :

« **Remarques :**

[...] de [...] ans, M. H. _____ est sans formation. Il vit en Suisse depuis [...]. Il a occupé différents postes. Sa dernière et plus longue expérience est celle d'aide de cuisine au sein d'une clinique. Il est licencié du fait de ses problèmes de santé.

La collaboration avec [...] démarre en septembre 2012.

Le bilan socioprofessionnel met en avant les limitations de santé suivantes: fatigue importante réduisant la capacité de travail à 50% et port de charge maximum 5kg.

Le niveau de français de M H. _____ est faible. Nous l'inscrivons au module [...] et nous arrivons au constat qu'il lui est impossible de suivre des cours collectifs.

Ainsi afin de vérifier si son niveau de français est compatible avec une démarche de réinsertion professionnelle, nous mettons en place un stage d'aide de cuisine à 50%.

Le stage se déroule bien. Malgré son niveau de français, il est en capacité de comprendre et d'appliquer des consignes. Pendant le stage, M. H. _____ est dans une structure avec peu d'activité, le rythme lui est adapté

Dans un second temps, nous décidons de mettre en place un second stage pour vérifier si M H. _____ peut tenir un rythme plus rapide dans un restaurant d'entreprise

Le stage est interrompu car M. H. _____ se voit proposer un emploi à 30% au sein du restaurant où il a effectué le premier stage.

Après discussion avec son conseiller AI et [...], M. H. _____ affirme ne pas chercher de complément et être satisfait du pourcentage proposé.

Nous mettons donc fin à la collaboration. »

L'assuré a été engagé à 30% comme aide de cuisine et service depuis le 1^{er} mars 2013 par la société G. _____ à [...] pour un salaire mensuel de 1'020 fr. brut.

Le 8 mai 2013, l'OAI, le G. _____ et l'assuré ont conclu une convention pour la période d'initiation et de mise au courant avec allocation d'initiation au travail.

Il résulte du rapport final du 13 mai 2013 de la division administrative de l'OAI notamment ce qui suit :

« L'aide au placement effectuée dans le cadre du mandat confié s'est matérialisée par un engagement de notre assuré. Notre intervention est achevée.

Entreprise :	G. _____ Place de la Gare 9 1003 Lausanne
Activité :	Aide cuisinier polyvalent
Salaire :	1'020 frs pour du 30 %
13e salaire / gratification :	Oui
Revenu d'invalidé :	13'260 annuel
Entrée en fonction :	01.03.2013
Remarques :	Une AIT de 4 mois est mise en place depuis le 01.03.2013. Le mandat PLA sera fermé au terme de l'AIT.

L'assuré a une exigibilité de 50 %, mais son choix consiste pour l'instant de travailler à 30 % car il se sent mieux avec sa santé. Le document décharge a été signé et mis dans la GED.

Je le laisse le soin à la gestionnaire de voir si notre assuré a droit à une éventuelle prestation financière de notre office pour le 50 % restant. »

Par communication du 27 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais d'une allocation d'initiation au travail pendant la période d'initiation au sein de l'entreprise G._____, du 1^{er} mars 2013 au 30 juin 2013.

Le 9 août 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer une rente de 40% dès le 1^{er} avril 2012 pour les motifs suivants :

« Résultat de nos constatations :

A la suite d'une péjoration de votre état de santé, vous demandez de réexaminer votre droit aux prestations AI.

Il ressort des éléments médicaux en notre possession que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide de cuisine n'est plus exigible depuis novembre 2010.

Néanmoins, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles, c'est-à-dire de type légère, sans effort ou déplacement prolongé et répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables, la capacité de travail est de 50% depuis novembre 2010.

Afin de vous permettre un retour sur le marché de l'emploi, une mesure est mise en place par des cours auprès de la Fondation M._____ (français, mathématiques, techniques de recherche d'emploi, etc.); élaborer un projet professionnel par un stage.

Dans une activité adaptée comme par exemple les activités d'ouvrier d'atelier/de production, nettoyeur, vous êtes en mesure de prétendre à un revenu comme suit :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'097.04 (CHF 4'901.00 x 41,6: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'164.48.

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 30'582.24 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 25'994.90.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 50'995.90 (vous auriez pu percevoir un salaire de CHF 47'000.- en 2008, selon rapport employeur du 15.09.2008 ; ce revenu est indexé à 2010, s'y ajoute un montant de CHF 2'625.- pour les indemnités de jours fériés).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	50'995.90			
avec invalidité	CHF	<u>25'994.90</u>			
La perte de gain s'élève à	CHF	25'001.00	=	un	degré
d'invalidité de 49.03 %					

Dans le cadre de la mesure d'aide au placement, vous êtes engagé depuis le 1^{er} mars 2013 auprès du G. _____, à [...], en tant qu'aide cuisinier polyvalent, à un taux de 30 %, par choix personnel et non en lien à l'invalidité.

Dès lors, nous avons procédé à un calcul d'invalidité moyenne afin de déterminer à quelle date vous avez présenté un taux d'invalidité moyen à 40 % pendant une année entière (art. 28, al. 1 LAI).

Ainsi, en tenant compte du degré d'invalidité de 26.81 % (arrondi à 27 %), selon la dernière décision et l'incapacité de travail de 50 % depuis novembre 2010, l'invalidité moyenne s'élève à 40.04 % (158

jours à 27 % et 207 jours à 50 %), ouvrant votre droit à la rente au plus tôt au 1^{er} avril 2011.

Notre décision est par conséquent la suivante :

Une rente basée sur un degré d'invalidité de 49 % aurait pu être allouée dès avril 2011. Toutefois, comme vous avez déposé votre demande de prestations AI le 20 octobre 2011, les prestations ne peuvent être versées qu'à partir du 1^{er} avril 2012, soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI (art. 29 al.1 LAI). »

Selon un contrat de travail de durée indéterminée du 8 octobre 2013 signé par le directeur d'AA._____, la responsable des ressources humaines AI et l'assuré, celui-ci était engagé à 50% dès le 9 octobre 2013 en qualité d'aide de cuisine pour un salaire brut mensuel de 1'950 fr. treize fois l'an. Il était rattaché principalement à la W._____ et pouvait être amené à travailler à la BB._____.

Par décision du 17 janvier 2014, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente depuis le 1^{er} avril 2012.

D. Par acte du 17 février 2014 et son écriture du 14 avril 2014, H._____ a recouru contre cette décision, en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011 et subsidiairement à la suspension de la procédure jusqu'à la détermination de l'OAI sur la demande de reconsidération du 14 avril 2014 qu'il a formée. Il soutient en substance ne pas contester le taux d'incapacité de travail fixé à 50 %, le premier point litigieux étant celui de la comparaison des revenus et le second, la date à partir de laquelle une rente doit lui être servie. Il estime que son revenu d'invalidité doit être fixé non pas sur la base statistique mais sur les éléments concrets du dossier, à savoir que son revenu avec invalidité s'élève à 1'950 fr. 13 fois l'an, soit 25'350 francs. Il relève que l'OAI a reconnu qu'il lui serait très difficile de trouver un poste dans un autre domaine que celui dans lequel il travaille depuis plus de vingt-cinq ans, à savoir son emploi d'aide de cuisine, dans un poste peu stressant étant adapté au taux de 50 %. Il mentionne que si l'on prend en compte le salaire pour le secteur hébergement et restauration à la rubrique activités simples et répétitives, c'est un salaire de 3'810 fr. que retient l'Enquête

suisse sur la structure des salaires 2010, soit 45'720 fr. par an ou 47'848 fr.80 compte tenu de l'honoraire usuel dont le 50 % est de 23'774 fr. 40. Il soutient en outre que ce n'est pas un abattement de 15 % compte tenu de ses limitations fonctionnelles qui doit être effectué mais de 20 %, les limitations fonctionnelles qui lui sont reconnues le contraignant non seulement à travailler à mi-temps mais également à mi-temps réparti sur cinq jours ouvrables, ce qui diminue considérablement le nombre de postes susceptibles d'entrer en ligne de compte. En ce qui concerne le point de départ de la rente, il soutient qu'il doit être fixé au plus tard au 1^{er} novembre 2011 et non pas au 1^{er} avril 2012 et précise avoir demandé la reconsidération de la décision à l'OAI pour cette question.

Dans sa réponse du 20 mai 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni sans contenir d'éléments de salaire social. Il allègue que dans la mesure où l'activité lucrative d'aide de cuisine exercée par le recourant ne peut pas être considérée comme étant adaptée à sa problématique de santé en raison de la complète incapacité de travail reconnue dans cette profession, on ne peut pas admettre qu'il y ait des rapports de travail stables et que par conséquent il faut évaluer le revenu que le recourant pourrait réaliser en se consacrant à une activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui. En ce qui concerne l'abattement il relève avoir tenu compte du taux d'activité partiel, que le recourant a travaillé depuis 1988 sans rencontrer apparemment de problèmes particuliers, comme en témoigne le nombre d'employeurs avec lesquels il a collaboré, et que l'absence de formation ne peut être prise en compte, le salaire considéré correspondant à des activités simples et répétitives dans le secteur privé. Enfin le recourant étant âgé de 48 ans, un tel âge n'influence pas négativement le revenu d'une activité lucrative selon l'OAI.

En ce qui concerne le début du droit à la rente, l'OAI mentionne avoir appliqué l'article 29 al. 1 LAI, en vertu duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations.

Dans sa réplique du 13 juin 2014 le recourant allègue que le service de réadaptation avait souligné qu'il serait très difficile au recourant au vu de ses contraintes [soit ses limitations fonctionnelles] de trouver un emploi comme ouvrier d'usine ou de nettoyage et que ce sont d'ailleurs des stages d'aide de cuisine que le service de réadaptation a finalement mis en place, considérant une telle activité comme adaptée pour autant qu'elle s'exerce dans une structure au rythme peu soutenu. Concernant l'abattement, il maintient son argumentation. Pour ce qui concerne le dies a quo, le recourant relève que l'OAI a rejeté la demande de reconsidération et que c'est par méconnaissance de ses droits que l'assuré n'a pas fait recours contre la décision du 16 mars 2011. Il mentionne que reconnaissant au recourant le droit à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2010, l'OAI reconnaît que sa première décision de refus du 16 mars 2011 était erronée et que le résultat est choquant.

Dans sa duplique du 3 juillet 2014, l'OAI a maintenu ses conclusions.

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 loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, 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 (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente AI au lieu du quart de rente qui lui a été alloué. Est également litigieuse la date à partir de laquelle la rente est due.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (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. 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, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let, b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. a) Lorsque l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), 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. 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 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées; 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 (ATF 133 V 545 consid. 6.1; 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et réf. cit.). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait 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 les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF

133 V 108 consid. 5.4; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2 et réf. cit. ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et réf. cit.).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Le juge apprécie librement les preuves, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGa). Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a, et réf. cit.; 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement

faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 262 consid. 1b, 117 V 287 consid. 4, et réf.cit.; TF 9C_81/2007 et 9C_397/2007 cités).

6. Le recourant est mis au bénéfice d'un quart de rente depuis le 1^{er} avril 2012 alors qu'il y conclut depuis le 1^{er} novembre 2011.

La décision du 16 mars 2011 rejetant la demande de rente est entrée en force faute de recours. L'OAI a rejeté la demande de reconsidération du recourant et le juge ne peut l'y contraindre, les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne pouvant 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 9C_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 44 ad art. 53 LPGA p. 681).

On ajoutera que même s'il avait été constaté une aggravation en novembre 2010, le droit à la rente ne serait né que postérieurement à la décision du 16 mars 2011.

Le recourant a déposé une nouvelle demande le 20 octobre 2011. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI).

En conséquence, la décision de l'OAI de retenir le 1^{er} avril 2012 comme date d'ouverture du droit à la rente, soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande, n'apparaît pas critiquable.

7. Lorsque la décision du 16 mars 2011 a été rendue, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr L._____ selon lequel la capacité de travail du recourant était de 50% dans son activité d'aide-cuisinier et de 70% dans une activité adaptée.

Il n'est pas contesté que l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision. En effet, la Dresse V._____ a expliqué dans son rapport du 7 novembre 2011 que malgré le traitement, la situation n'était pas sous contrôle, le recourant ayant évolué au niveau de sa fibrose hépatique de manière significative au cours des dernières années. Elle a en outre exposé que la cirrhose biliaire primitive était connue pour induire un état d'asthénie même sans cirrhose, pour lequel il n'y avait pas de traitement spécifique à proposer et que cette fatigue, présente en premier plan chez le recourant, était responsable d'au moins 50% d'invalidité. Cette spécialiste retient ainsi un tel taux d'incapacité dans toute profession, relevant que la concentration est limitée, de même que les capacités d'adaptation et tous les efforts physiques. Elle ne mentionne pas d'incapacité de travail totale dans la profession d'aide-cuisinier. Le 18 juin 2010, les Drs Q._____ et F._____ avaient également expliqué que dans la mesure où la maladie du recourant était progressive, accompagnée d'un traitement lourd et d'un pronostic défavorable à long terme, sa capacité de travail était limitée par la durée, surtout liée à sa fatigabilité importante envers toute tâche et que de ce fait, une adaptation des charges portées ou des déplacements n'auraient pas de conséquences.

Dès lors, si l'on peut suivre l'avis du Dr L._____ lorsqu'il retient que l'état du recourant s'est aggravé et qu'il ne peut plus travailler qu'à 50%, on ne voit pas pour quel motif il estime que le recourant ne peut plus travailler dans l'activité habituelle qu'il a exercée pendant près de quinze ans.

On doit donc retenir que la capacité de travail du recourant est de 50% dans toute activité, y compris son activité habituelle.

Pour ce motif déjà, une demi-rente doit être allouée au recourant, le taux d'incapacité de travail se confondant avec le taux d'incapacité de gain.

En outre, le 7 juin 2012, l'OAI a octroyé au recourant une mesure d'orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Il l'a adressé à la [...] en août 2012. Cette fondation a mentionné dans son bilan établi le 27 mars 2013 que les limitations de santé du recourant étaient une fatigue importante réduisant la capacité de travail à 50% et un port de charge maximum de 5kg et a organisé un stage d'aide de cuisine. Le recourant a été engagé à 30% dans le restaurant où il faisait ce stage et l'OAI a pris en charge les frais d'une allocation d'initiation au travail pendant la période d'initiation au sein de ce restaurant du 1^{er} mars au 30 juin 2013. Cette mesure a permis par la suite au recourant d'être réengagé par son ancien employeur, AA. _____, à 50% pour une durée indéterminée dès le 8 octobre 2013.

Si l'OAI estimait que cette profession n'était pas adaptée à l'état de santé du recourant, on ne voit pas pourquoi il l'a orienté vers sa profession habituelle et a financé sa réintégration comme aide-cuisinier, avec plein succès d'ailleurs.

Enfin, compte tenu de ce qui précède, l'abandon de l'activité habituelle au motif d'une activité mieux rémunérée n'est pas exigible. Il n'y a ainsi aucune raison de retenir que seule une autre activité serait adaptée à l'état de santé de l'assuré.

Le recourant a droit en conséquence à une demi-rente dès le 1^{er} avril 2012.

8. Le recours doit dès lors être admis et la décision rendue le 17 janvier 2014 par l'OAI réformée en ce sens.

9. Les frais d'arrêt, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI.

Obtenant gain de cause, le recourant a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 17 janvier 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée à H. _____ dès le 1^{er} avril 2012.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cent francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour H. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :