

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 février 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Feusi et M. Schmutz, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

U._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Claude Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 16 et 17 LPGA; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Né en 1957, U._____ (ci-après: l'assuré) a été engagé en qualité d'employé de banque auprès d'A._____ dès le 16 avril 1974. Il souffre depuis son enfance d'un diabète de type I, associé à diverses complications, notamment au niveau oculaire. Il a bénéficié d'une transplantation rein-pancréas le 5 mai 1999, suivie d'une deuxième transplantation rénale en juin 1999.

Par décision du 16 août 2001 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2000 puis d'une demi-rente dès le 1^{er} juillet 2000. Cette décision se fonde sur des constatations selon lesquelles l'assuré a présenté des incapacités de travail de longue durée depuis le 8 février 1999 en raison de ses problèmes de santé. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 8 février 2000, l'OAI a considéré que l'incapacité de travail et de gain de U._____ était de 80%, celle-ci diminuant à 50% dès le mois de juin 2000.

Durant l'été 2004, l'assuré a vu son état de santé s'aggraver. Il a dès lors sollicité une augmentation de sa rente. Par décision de l'OAI du 24 février 2005, il s'est vu reconnaître un degré d'invalidité de 60% dès le 1^{er} septembre 2004, ce qui lui a ouvert le droit à un trois-quarts de rente dès cette date.

B. Au début 2007, l'OAI a entrepris une procédure de révision. En réponse au questionnaire qui lui avait été adressé, l'assuré a fait mention d'une aggravation de son état de santé depuis avril 2006 (plus grande fatigue permanente, épuisement après un effort et grande peine à récupérer, fatigue des yeux après travail au PC, difficulté de mémoriser des infos). Il a été contraint de mettre un terme à son activité professionnelle le 31 janvier 2007, en raison de ses soucis de santé. Son contrat auprès d'A._____ a pris fin le 30 avril 2007. U._____ est sans activité lucrative depuis cette date.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mis en œuvre une expertise médicale, qu'il a confiée au Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale. Son rapport du 1^{er} décembre 2007, établi après avoir reçu l'assuré le 24 octobre 2007, comprend un rappel des circonstances de l'expertise, des extraits de pièces du dossier, une anamnèse, l'exposé des plaintes et données subjectives de l'assuré, un status clinique, des diagnostics, une appréciation du cas et pronostic et, enfin, des réponses aux diverses questions posées. L'expert a posé les diagnostics suivants, ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Asthénie chronique
- Status après transplantation simultanée rein-pancréas en mai 1999
- Status après diabète de type I avec insuffisance rénale terminale, rétinopathie proliférative bilatérale et polyneuropathie (dès 1963)
- Status après deuxième transplantation rénale en juin 1999 pour thrombose artérielle

L'appréciation du cas et le pronostic du Dr E._____ sont les suivants:

"M. U._____, âgé de 50 ans, marié, sans enfant, travaillait en qualité d'employé de banque jusqu'à fin janvier 2007.

Il souffre d'un diabète de type I diagnostiqué en 1963 et à l'origine de complications sévères sous la forme de micro et macro-angiopathie. Une rétinopathie proliférative a nécessité une vitrectomie et cerclage de l'oeil droit en 1985 et une vitrectomie de l'oeil gauche en 1986. Il a en outre bénéficié de panphotocoagulation.

En 1999, alors même qu'il travaillait encore à 100%, il est placé en attente de greffe en raison d'une insuffisance rénale terminale pour laquelle il ne sera toutefois jamais dialysé. Il a ainsi pu maintenir sa capacité de travail à 100% jusqu'au 01.05.1999 où il bénéficie d'une transplantation simultanée réno-pancréatique. Un rejet du greffon rénal, sur thrombose artérielle, a nécessité une nouvelle transplantation rénale en juin 1999. Depuis lors, l'évolution est favorable si l'on excepte un rejet vasculaire aigu tardif du greffon rénal en décembre 2003 traité par Thymoglobuline pendant une semaine, avec succès.

Situation somatique actuelle

Ainsi, depuis 1999, l'assuré est insulino-indépendant et sa fonction rénale est correcte. La macro-angiopathie est restée stable, sans complication cardiaque et sans claudication intermittente. Il existe toutefois une média-calcinose du tronc jambier gauche ainsi qu'une athéromatose carotidienne modérée. Une hypertension artérielle est traitée par Atacand en petites doses.

Concernant la micro-angiopathie, l'évolution peut être considérée comme très favorable du point de vue neurologique avec actuellement cliniquement, uniquement une discrète polyneuropathie des membres inférieurs, pas ou peu symptomatique. L'assuré ne présente plus de paresthésie, hyperpathie et de crampes des membres inférieurs. La discrimination au tact n'est que très modérément altérée aux membres inférieurs. La discrimination thermique est un

peu plus aléatoire. La pallesthésie est abaissée à 4/8 à la malléole droite et les ROT sont vifs et symétriques à tous niveaux.

Si l'évolution de cette polyneuropathie est favorable, ce qui est d'ailleurs attendu quasiment systématiquement lors de transplantation pancréatique réussie, l'évolution ophtalmique a été plus aléatoire. Il est à noter cependant que la rétinopathie proliférative est stable et que l'acuité visuelle, qui s'était péjorée en 2001, a été singulièrement améliorée par une opération de cataracte bilatérale en 2001 suivie en 2003 et en 2004 d'une capsulotomie. Il existe toutefois une atteinte maculaire gauche significative avec scotomes paracentraux. L'acuité visuelle de près, en 2006, est de 0,9, sans correction à l'oeil droit et de 0,2, sans correction à l'oeil gauche.

Incapacité de travail

Malgré cette évolution, objectivement et globalement favorable, l'assuré n'a jamais pu reprendre une complète capacité de travail depuis sa transplantation. Les capacités de travail rapportées sont les suivantes:

- 100% du 01.05
- 80% du 03.01.2000 au 3 1.05.2000
- 50% du 01.06.2000 au 06.07.2003
- 100% du 07.07.2003 au 22.09.2003
- 50% du 23.09.2003 au 26.09.2004
- 100% du 27.09.2004 au 12.10.2004
- 60% du 13.10.2004 au 27.06.2006
- 100% du 28.06.2006 au 01.09.2006
- 60% du 02.09.2006 au 31.01.2007
- 100% du 01 .02.2007.

A l'origine de cette incapacité de travail, il faut citer des complications abdominales sous la forme d'un iléus en août 1999 et d'une lithiase cholédocienne en décembre 1999. Il a également présenté une infection à CMV en août 1999 et un rejet aigu tardif modéré du greffon rénal en juillet 2003 compliqué d'une bactériémie et d'une réactivation du CMV. Le traitement immuno-suppresseur est plus ou moins bien toléré avec des diarrhées intermittentes et une anémie chronique. L'assuré reste en insuffisance pondérale avec un BMI inférieur à 18 kg/m² et une asthénie chronique, d'origine peu claire mais vraisemblablement multifactorielle. [...] Cette évolution médiocre de la qualité de vie malgré le succès de la transplantation, n'est pas en accord avec la littérature qui admet en général une amélioration de santé physique, mentale et sociale améliorée dans près de 70% des cas avec un meilleur niveau d'énergie et de vitalité post-transplantation réussie. (Clin. Transplant. 1998; 12 : 351) [...]

Ainsi, du point de vue somatique, il me paraît possible d'admettre une certaine cohérence entre les plaintes, les données de l'anamnèse et les résultats des examens cliniques, permettant d'accepter un substrat organique vraisemblable à l'asthénie présentée mais pas aussi limitative (c'est-à-dire à plus de 50% d'incapacité de travail) comme l'indique l'assuré. L'intolérance aux efforts et l'augmentation de la fatigabilité avec diminution de l'activité permettent ainsi de rendre compte d'une limitation de la capacité de travail sous forme d'une diminution des sollicitations ainsi que du temps de travail. L'aggravation de l'asthénie au cours de la journée rend nécessaire un temps de travail réduit, vraisemblablement à mi-temps dans l'activité d'employé de banque (soit dans une activité très légère surtout en position assise). La nécessité de pauses supplémentaires explique la réduction du temps de travail que j'estime à 50% avec un rendement normal ou subnormal. Les tâches requérant l'utilisation d'un ordinateur pendant plus de 1 h 30 par jour ne sont pas exigibles, pour tenir compte de la fatigue oculaire devant l'écran.

Pronostic

Il n'est pas attendu d'amélioration de la capacité de travail à plus de 50% en raison de la chronicité de la maladie et de la nécessité de traitements permanents. Une aggravation de la situation somatique est toujours possible

compte tenu du risque de l'immuno-suppression et en particulier de complications infectieuses voire à terme d'un rejet. A cet égard, il convient de noter que dans les cas de transplantation combinée rein-pancréas près de 75% fonctionnent de manière satisfaisante après 5 ans mais ce chiffre chute à 55% à 10 ans (US Transplant 2006). Il faut toutefois noter que ces résultats sont en constante amélioration et que la survie du greffon ne correspond pas à la survie du greffé. Les statistiques suisses sont en la matière difficile à interpréter au vue de la faiblesse des cas recensés. Selon l'OFSP, seules 4 personnes en Suisse ont bénéficié d'une greffe rein-pancréas en 1999."

Reprenant les conclusions de cette expertise, le Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) a retenu que la capacité de travail de U._____ devait être estimée à 50% depuis le 13 octobre 2004, ce qui s'entendait à mi-temps réparti également sur cinq jours ouvrables.

C. L'OAI a communiqué à l'assuré plusieurs projets de décision successifs, les 10 octobre 2008 et 17 octobre 2008 tout d'abord, le 9 février 2010 ensuite. Ce dernier préavis diffère des deux précédents en ce sens qu'il tient compte d'une aggravation passagère de l'état de santé l'assuré en 2008. Toutefois, après la fin de l'aggravation, l'OAI retient une capacité de travail et de gain raisonnablement exigible de 50% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité légère de type sédentaire, en position principalement assise, sans manipulation de charges de plus de cinq kilos, avec une activité à l'écran ne dépassant pas 90 minutes par jour). Dans ces circonstances, l'OAI a considéré que le trois-quarts de rente qui était versé jusque-là à U._____ devait être remplacé par une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2008 puis par une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2009. Le revenu sans invalidité dont il a tenu compte est de 78'534 fr. (en 2005).

Par écriture de son conseil du 23 avril 2010, U._____ a contesté le projet de décision qui lui avait été adressé. Il a notamment fait valoir que le rapport du Dr E._____, imprécis quant à certaines de ses conclusions et contradictoire s'agissant de l'activité adaptée prise en compte, n'était pas suffisamment probant pour statuer, les médecins qui suivaient l'assuré ayant toujours considéré que son incapacité de travail était de 70% au moins. Il contestait en outre le calcul du taux d'invalidité

et parvenait, selon ses propres calculs, à une perte de gain de plus de 50'000 fr., ce qui représente un degré d'invalidité de 63%.

Le 27 mai 2010, l'assuré a informé l'OAI avoir mandaté un médecin indépendant, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et en néphrologie, qui, le 17 mai 2010, a répondu au questionnaire qui lui avait été adressé. Ce médecin évalue à 70% l'incapacité de U._____ dans la profession d'employé de commerce. Il précise qu'il ne pense pas qu'une autre activité adaptée puisse être trouvée pour l'assuré en raison des limitations du travail à l'écran d'ordinateur à 90 minutes/jour. De manière générale, le Dr L._____ émet pour conclure les remarques suivantes: "Une maladie chronique telle qu'un diabète de type I depuis maintenant 46 ans, une insuffisance rénale pré-terminale avant la 1^{ère} transplantation qui affecte tous les organes cible, le cœur, les vaisseaux périphériques, la rétine et le cerveau, le traitement immunosuppresseur en lui-même justifient pleinement une capacité de travail de 30%".

Prenant connaissance de l'avis du Dr L._____, le SMR a, dans un avis médical du 1^{er} septembre 2010, estimé qu'il ne comportait pas de faits médicaux nouveaux et a maintenu sa position du 19 décembre 2007 selon laquelle une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles devait être retenue.

Par courrier du 1^{er} octobre 2010, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'après examen, il considérait que sa contestation du 23 avril 2010 n'apportait aucun élément nouveau lui permettant de modifier sa position, son projet de décision étant ainsi fondé et ne pouvant qu'être entièrement confirmé.

Le 12 novembre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle dont la teneur est, pour l'essentiel, celle du préavis du 9 février 2010.

B. Le 13 décembre 2010, U._____ a adressé à la Cour des assurances sociales un recours contre la décision précitée. Il conclut à son

annulation et au maintien de son droit à un trois-quarts de rente, aucune restitution de prestations n'étant ordonnée.

L'OAI a déposé sa réponse le 14 février 2011. Il conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le recourant a confirmé ses conclusions dans ses déterminations du 11 avril 2011.

E n d r o i t :

1. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le recourant conteste la diminution, par voie de révision, du droit à la rente, que l'OAI a fixé à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2009, en lieu et place du trois-quarts de rente dont il bénéficiait depuis le 1^{er} septembre 2004.

a) 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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393; 125 V 146). Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194)

Cela étant, chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

c) 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 conformément à l'art. 17 LPGA. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon 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 (TFA I 408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement 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 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108

consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009, consid. 2.1).

3. Les griefs du recourant se rapportent d'abord à son état de santé. Selon lui, il n'y a pas eu d'amélioration, depuis la décision de l'OAI du 24 février 2005, qui justifient une réduction de la rente.

Il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi de trois-quarts de rente AI au 1^{er} septembre 2004, justifiant la diminution de cette prestation, avec effet au 1^{er} janvier 2009, décidée par l'office intimé le 12 novembre 2010.

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

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 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, 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 la référence citée). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il incombe à l'assureur - en l'espèce l'OAI - de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1), il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

b) Lorsqu'il a entrepris la procédure de révision, l'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire relatif à son état de santé. A cette occasion, l'intéressé a fait part d'une aggravation de sa situation depuis avril 2006, celle-ci se manifestant par une plus grande fatigue permanente, un épuisement après un effort, une peine à récupérer, une fatigue des yeux après un travail sur l'ordinateur et une difficulté à mémoriser des informations. Cela étant, l'intimé a mis en œuvre une expertise médicale, qu'il a confiée au Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 1^{er} décembre 2007, le Dr

E._____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'asthénie chronique, de status après transplantation simultanée rein-pancréas en mai 1999, de status après diabète de type I avec insuffisance rénale terminale, rétinopathie proliférative bilatérale et polyneuropathie (dès 1963) et, enfin, de status après deuxième transplantation rénale en juin 1999 pour thrombose artérielle. Il conclut à une capacité de travail de 50% compte tenu de la chronicité de la maladie et de la nécessité de traitements permanents. L'expertise précitée répond aux exigences jurisprudentielles (cf. consid. 3b ci-dessus et ATF 125 V 351, c. 3a) et ses conclusions, claires et motivées, sont probantes. Par la suite, le SMR a expliqué pourquoi l'évaluation de la capacité de travail, faite dans cette expertise, demeurerait valable, malgré l'aggravation temporaire, en 2008, de l'état de santé du recourant. A cet égard, le Dr P._____, médecin traitant de l'assuré, se borne à proposer une autre évaluation de la capacité de travail de l'intéressé, sans toutefois fournir des éléments objectifs dont on pourrait admettre qu'ils ont été ignorés dans le cadre de l'expertise. Cela étant, son point de vue n'est pas concluant. Quant aux réponses apportées par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et néphrologie, aux questions que lui avaient soumises l'assuré, elles apparaissent bien théoriques: le Dr L._____ semble en effet s'être borné à donner un avis sur la base d'un questionnaire écrit que lui avait soumis l'avocat du recourant et il n'affirme pas avoir lui-même procédé à un examen clinique. Le recourant fait encore valoir que la question d'éventuels troubles psychiques n'a pas été examinée; or, il n'y a aucun indice dans le dossier à ce propos et, depuis 1999 - période depuis laquelle le diabète compromet sérieusement la capacité de travail -, le recourant n'a pas dû être traité pour des atteintes à sa santé psychique.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a considéré, se fondant tant sur l'expertise du Dr E._____ que sur les rapports des médecins du SMR, que, sur le plan médical, la capacité de travail résiduelle du recourant était de 50% en tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Les conclusions de l'expert sont à cet égard suffisamment précises et développées pour savoir quelles limitations

doivent être retenues. Le fait que l'expert parle, à un moment donné, de rendement "normal ou subnormal" ne modifie en rien cette appréciation dès lors qu'au terme de son expertise, le Dr E. _____ conclut clairement qu'il n'y a pas de diminution de rendement dans une activité adaptée (cf. expertise, p. 22, ch. 3.3).

c) C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu une évolution significative de la situation sur le plan de la santé, plus précisément à propos de la capacité de travail du recourant. Ses griefs à ce propos sont mal fondés et la décision de révision n'est pas critiquable de ce point de vue.

4. Vu l'évolution des circonstances, en ce qui concerne la santé du recourant (cf. supra, consid. 3), il incombait à l'OAI de déterminer à nouveau le taux d'invalidité en procédant à la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA (cf. supra, consid. 2b). A ce propos, le recourant conteste l'appréciation faite par l'OAI, considérant que c'est à tort qu'il ne s'est pas fondé sur les tables statistiques pour déterminer son revenu d'invalidité dès lors qu'il n'exerce plus d'activité professionnelle à ce jour.

a) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque 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 et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

b) Les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

Selon une jurisprudence récente, l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'administration. Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de ce pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait

pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2 in fine et les références citées).

c) En l'espèce, il ressort des pièces du dossier que le recourant a cessé toute activité lucrative dès le 30 avril 2007, après avoir donné son congé à l'A._____. Ainsi, lorsque le préavis définitif de l'OAI lui a été communiqué, il avait déjà cessé de travailler depuis plus de trois ans auprès de cet employeur, sans qu'il ait trouvé un autre travail dans l'intervalle. Il cherche aujourd'hui à être engagé comme aide-comptable ou comme secrétaire. Dans cette situation et dans la mesure où l'A._____ n'a pas réengagé son ancien employé, on ne voit pas pourquoi le salaire A._____ (2006) serait déterminant, quand la jurisprudence prévoit généralement l'utilisation de données statistiques dans un cas comme celui-là. Dans la mesure où l'OAI n'a pas examiné cette question – et, en particulier, ne s'est pas prononcé sur la catégorie de données statistiques à retenir compte tenu de la formation et des capacités de l'assuré (qu'il a pu évaluer dans le cadre des démarches de placement) et, surtout, n'a pas déterminé le taux d'abattement, pour lequel il jouit d'un certain pouvoir d'appréciation – une violation des règles du droit fédéral sur la comparaison des revenus (art. 16 LPGA) doit être retenue, tout comme une constatation incomplète des faits pertinents (art. 98 al. 1 let. b LPA-VD).

Les griefs du recourant sont donc, dans cette mesure, fondés. Cela entraîne l'admission du recours et l'annulation de la décision attaquée.

d) La Cour de céans n'est pas en mesure de statuer elle-même directement sur le fond, vu les questions qui restent à examiner.

Dans ces circonstances, il se justifie de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan économique. A cet égard, il appartiendra à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction

adéquates pour appréhender concrètement la situation actuelle de l'intéressé puis de procéder à un nouveau calcul du préjudice économique.

5. Vu l'admission du recours, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis, LAI, art. 52 LPA-VD).

Le recourant, qui a procédé avec l'aide d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter équitablement à 2'000 fr. TVA comprise (cf. art. 7 al. 3 et 4 TFJAS). Cette indemnité est mise à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 12 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à U. _____ la somme de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli, avocat (pour U. _____),
- 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 :