

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 novembre 2015

---

Composition : M. MERZ, président

MM. Neu et Métral, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**FONDATION DE PRÉVOYANCE A. \_\_\_\_\_ SA**, p. a. Caisse de pensions  
E. \_\_\_\_\_ à [...], recourante,

et

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

et

B. \_\_\_\_\_, à [...], intéressé à la procédure, représenté par Me Philippe  
Nordmann, avocat, à Lausanne.

---

**Art. 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1963, dispose d'une formation professionnelle commerciale, ainsi que de celle de pilote de ligne. Marié, il est père de deux enfants nés respectivement en 1991 et 1993.

**B.** Après une période prolongée de chômage, l'assuré a été engagé par D.\_\_\_\_\_SA (ci-après également : D.\_\_\_\_\_SA) dès novembre 1996 en qualité de vendeur, conseiller de système, représentant commercial ou « key account manager », pour la vente et la location de machines et de leurs accessoires.

Il était assuré à ce titre en matière de prévoyance professionnelle auprès de la Fondation de prévoyance A.\_\_\_\_\_SA (ci-après : la Fondation ou la recourante).

**C.** L'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par le biais d'une première demande à cette fin, déposée le 8 octobre 2002 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), motif pris d'une maladie ophtalmique.

Aux termes du questionnaire de l'employeur, signé en date du 31 octobre 2002, D.\_\_\_\_\_SA a mentionné les incapacités de travail de l'assuré, à savoir à hauteur de 50% du 7 mars 2001 au 28 février 2002, de 60% du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 31 août 2002 et de 40% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002. Elle a indiqué que l'horaire normal de travail était de huit heures par jour pour une semaine de cinq jours, mais que l'assuré ne travaillait que 4,8 heures par jour en raison de sa maladie depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2002. Son salaire actuel était de 7'000 fr. par mois. Il s'agissait du salaire qu'il gagnerait sans atteinte à la santé (ch. 7 du questionnaire). Les revenus déterminants pour l'AVS avaient été en 2000 de 132'605 fr. (soit 12 x 6'667 fr. et une gratification de 52'601 fr.), en 2001 de 148'327 fr. (soit 12

x 6'800 fr. et une gratification de 66'727 fr.) et en 2002 de 179'754 fr. (soit 12 x 7'000 fr. et une gratification de 95'754 fr.).

Selon les extraits du compte individuel produits par la caisse de compensation compétente (indexés au dossier de l'OAI les 24 octobre 2002 et 11 novembre 2003), le revenu annuel de l'assuré auprès de D. \_\_\_\_\_ SA a été en 1996 de 15'000 fr. (pour deux mois), en 1997 de 94'435 fr., en 1998 de 109'810 fr., en 1999 de 115'509 fr., en 2000 de 132'600 fr., en 2001 de 129'992 fr. et en 2002 de 138'253 francs.

Par courrier du 16 avril 2003, D. \_\_\_\_\_ SA a indiqué à l'OAI que le salaire mensuel brut de l'assuré s'élevait en l'état à 7'080 francs.

Selon une note d'entretien téléphonique du 28 octobre 2003 entre l'OAI et le service du personnel de D. \_\_\_\_\_ SA, il a été précisé que le salaire actuel brut « réel » de l'assuré était « de 4'248 fr. par mois [réd. : = 60% de 7'080 fr.] + 21'000 fr. de primes. »

**D.** Dans un rapport complété le 1<sup>er</sup> novembre 2002 à l'attention de l'OAI, la Dresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a posé le diagnostic de « kératocône bilatéral évoluant depuis au moins 1992 », lequel avait des répercussions en termes de capacité de travail. Son patient avait en effet été en incapacité de travail à 50% du 7 mars 2001 au 28 février 2002, réduite à 40% dès le 3 mars 2002 pour une durée indéterminée.

Le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a rejoint cette appréciation médicale dans un avis du 9 mars 2005. L'OAI l'a également retenue le 10 mars 2005, prenant en compte une incapacité de travail durable de 40% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2002 au vu des renseignements communiqués par l'employeur de l'assuré (cf. fiche d'examen de l'OAI du 10 mars 2005, citée ci-après à la let. E).

**E.** Dans l'intervalle, à l'issue d'un « rapport initial et final », rédigé le 8 novembre 2004, l'OAI a notamment exposé les éléments d'analyse suivants :

« [...]  La profession exercée par [l'assuré] n'implique qu'un usage modéré de l'outil informatique. Contacts et visites de la clientèle figurent en bonne place dans son planning de travail hebdomadaire. Cette activité, qui associe travail administratif et représentation, est de loin mieux adaptée qu'une profession qui serait essentiellement centrée sur des tâches de bureau, d'informatique (et de logistique interne). Il en irait de même s'agissant de toutes les professions (manuelles et non manuelles) qui nécessiteraient une attention visuelle constante.

Pour l'heure, la question d'un reclassement professionnel ne se pose pas. Elle se devrait toutefois d'être examinée dans le contexte d'une péjoration irréversible de son atteinte à la santé et qui l'empêcherait de poursuivre son activité du moment. Notre intervention s'orienterait très probablement vers la conservation d'un taux de capacité de travail à 60%, étant donné que c'est à ce même taux qu'il a pu se maintenir à ce jour dans un emploi considéré pourtant comme étant pleinement adapté à sa pathologie visuelle.

Subsisterait également la question du recouvrement de son potentiel de gain. Contre toute attente, force est de reconnaître qu'il se trouverait dans l'incapacité d'asseoir des ressources financières correspondant à celles du moment (qui plus est à 60%). Pour rappel, son revenu mensuel brut (à 60%) s'élève à Fr. 7'080.- (x 12), soit par année : Fr. 84'960.- (Fr. 141'600.- à 100%).

Nous nous proposons de statuer sur le droit de l'assuré à bénéficier des prestations financières de notre assurance (1/4 de rente). [...] »

Selon une note d'entretien de l'OAI du 10 mars 2005 avec le service du personnel de D. \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a continué à déployer son activité lucrative à 60%.

Dans une fiche d'examen du même jour, l'OAI a estimé que l'assuré percevait un revenu annuel de 84'960 fr. à 60%, ce qui sans atteinte à la santé aurait pu représenter un revenu annuel de 141'600 fr. à 100%, le préjudice économique s'élevant ainsi à 40%.

A la même date du 10 mars 2005, l'OAI a adressé un prononcé, accompagné de la motivation en vue d'une décision d'octroi de rente, à la Caisse de compensation C. \_\_\_\_\_. Sur cette base, les décisions corrélatives ont été finalisées et notifiées le 24 juin 2005. Selon

celles-ci, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2002 au 30 novembre 2002, ramenée à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2002. Hormis des considérants généraux, la motivation, identique à celle transmise le 10 mars 2005, est libellée en ces termes :

« [...] Selon les renseignements en notre possession, vous présentez une incapacité de travail de façon continue depuis le 7 mars 2001. À l'échéance du délai d'attente d'une année prévue par l'article 29 LAI [...], soit le 7 mars 2002, votre incapacité de travail et de gain est de 60% vous ouvrant le droit à une demi-rente de l'AI depuis le 1<sup>er</sup> mars 2002. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2002, votre capacité [réd. : recte : incapacité] de travail et de gain est de 40%. Dès lors, le passage au quart de rente peut se faire au plus tôt trois mois après l'amélioration de votre état de santé et de gain, soit le 1<sup>er</sup> décembre 2002. [...] »

Des copies de ces décisions ont été transmises à D. \_\_\_\_\_ SA et à la Caisse de pensions E. \_\_\_\_\_, auprès de laquelle la Fondation a élu domicile. Elles n'ont fait l'objet d'aucune contestation.

**F.** A l'issue d'une procédure de révision diligentée d'office dès avril 2007 par l'OAI, ce dernier a informé l'assuré par communication du 11 août 2008 du maintien d'un taux d'invalidité de 40% et de la poursuite du versement de la même rente d'invalidité.

Dans ce contexte, l'OAI a préalablement requis un rapport médical intermédiaire auprès de la Dresse G. \_\_\_\_\_, complété le 26 juin 2007, laquelle a maintenu l'exigibilité de l'exercice de l'activité habituelle à hauteur de 60%. Un questionnaire à l'employeur du 26 juillet 2007 a confirmé le maintien du taux d'activité de 60% et communiqué les montants des salaires versés à l'assuré depuis 2005.

Copie de la communication du 11 août 2008 a été transmise à la Fondation.

Par courrier du 16 décembre 2010, la Fondation a sollicité la production du dossier de l'OAI, lequel lui a été transmis par courrier du 21 décembre 2010.

**G.** En date du 19 mai 2011, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir une dégradation de son état de santé des suites d'une tumeur depuis le 9 août 2010 et au motif d'ulcères de l'estomac depuis le 13 novembre 2010. Il avait été en incapacité de travail complète du 17 novembre 2010 au 26 avril 2011, puis de 50% jusqu'au 9 mai 2011 à cause desdites affections, avant de recouvrer une capacité de travail de 60%.

Dans le questionnaire pour la révision de la rente signé par l'assuré le 16 mai 2011, ce dernier a déclaré travailler quatre heures par jour, respectivement vingt heures par semaine depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011, contre quatre heures cinquante par jour, respectivement vingt-quatre heures par semaine auparavant.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie au sein du centre pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier I.\_\_\_\_\_, a fait parvenir un rapport à l'OAI le 15 juin 2011. Il a mentionné au titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail celui de « carcinome testiculaire embryonnaire ». L'évolution était favorable, sous suite du traitement débuté en janvier 2011. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% du 29 janvier 2011 au 25 avril 2011, de 50% du 26 avril 2011 au 9 mai 2011 et une reprise du travail à temps plein dès le 10 mai 2011.

Dans un rapport à l'OAI du 21 juin 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, a pour sa part retenu les diagnostics de « kératocône bilatéral », lequel se répercutait sur la capacité de travail depuis 2002, ainsi que ceux de « carcinome testiculaire » et « acouphènes post chimiothérapie » dès février 2011 sans conséquence sur ladite capacité. Celle-ci était à son avis de 50%, soit de quatre heures par jour, dès le 1<sup>er</sup> juin 2011.

Le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin au sein de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, a attesté d'une « gastrite sur anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) »

examinée le  
16 novembre 2010 au service des urgences (cf. rapport de ce praticien à l'OAI du  
15 juillet 2011).

Par rapport intermédiaire à l'OAI du 8 septembre 2011, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a réitéré le diagnostic de « kératocône bilatéral » et confirmé une incapacité de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2011. L'activité exercée à ce jour était encore exigible à 50%, à savoir quatre heures par jour. Elle a énuméré au titre de restrictions physiques des « baisse de vision, fatigue visuelle importante, surtout à la conduite et sur l'ordinateur ».

Sur proposition du SMR du 10 octobre 2011, l'OAI a sollicité des renseignements actualisés en date du 22 novembre 2011 auprès des Drs H.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ qui ont tous maintenu leur appréciation respective de la capacité de travail de leur patient (cf. documents des 14, 15 et 31 décembre 2011).

Les Drs M.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont analysé le dossier médical de l'assuré et recommandé, « en l'absence d'instruction complète au départ et de l'aggravation annoncée sur le plan ophtalmologique », la réalisation d'une expertise de ce point de vue, à confier aux spécialistes de l'Hôpital O.\_\_\_\_\_ (cf. avis médical du 30 janvier 2012).

Selon le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2012, rédigée par le chef de clinique de cet hôpital, le Dr P.\_\_\_\_\_, l'assuré présentait un « kératocône » se répercutant sur sa capacité de travail et nécessitant le port de lentilles de contact. L'état de santé de l'assuré s'était aggravé suite à la chimiothérapie à laquelle il avait été soumis en 2011 et la durée du port de lentilles de contact avait diminué à environ cinq heures par jour. Suite au traitement du cancer, l'assuré avait développé un syndrome d'œil sec qui l'empêchait de porter de manière prolongée ses lentilles de contact. L'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à raison de

quatre heures par jour sans diminution du rendement. L'expert a par ailleurs exposé ce qui suit :

« [...] Le problème visuel est gérable lorsque [l'assuré] porte ses lentilles de contact. Toutefois, en fin de journée il existe une fatigue oculaire et des céphalées. Lorsque le patient doit enlever ses lentilles de contact, il ne peut plus conduire, effectuer les rapports sur l'ordinateur, son travail en général.  
La capacité résiduelle de travail est en relation directe avec la vision et le temps que le patient supporte ses lentilles de contact. Ce temps est actuellement évalué à 50%. La présence d'une kératite ponctuée superficielle signale la présence d'une souffrance cornéenne en relation avec un œil sec. [...] »

Par avis médical du 26 avril 2012, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise ophtalmologique.

**H.** Par projet de décision du 31 mai 2012, l'OAI a envisagé le refus d'augmenter la rente d'invalidité, celle-ci étant maintenue à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 40 % eu égard à la comparaison des revenus suivante :

« Revenu sans invalidité CHF 189'115.00  
Revenu avec invalidité CHF 113'469.00  
La perte de gain s'élève à CHF 75'646.00 = un degré d'invalidité de 40%. »

L'OAI a retenu, en tant que revenu avec invalidité, le revenu annuel réalisé par l'assuré durant l'année 2011 auprès de son employeur D.\_\_\_\_\_SA, tel qu'il avait été indiqué par celui-ci dans le certificat de salaire valable pour 2011 ; il n'avait pas pris en compte un montant de 19'066 fr. déclaré comme « Prime spéciale ; Prime spéciale D.\_\_\_\_\_SA ; Prime d'ancienneté. » Il a de plus relevé qu'il s'agissait d'une activité à 60%. Ainsi, le revenu sans invalidité à un taux d'activité de 100 % aurait été de 189'115 fr. (réd. : = 113'469 fr. : 60 x 100). Par ailleurs, l'OAI a estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, au demeurant adaptée, était de quatre heures par jour, correspondant à son sens à un taux d'activité de 60%.

Par écriture de son mandataire, Me Philippe Nordmann, datée du

14 juin 2012, l'assuré a contesté le projet de décision précité. Il a en substance fait valoir que son incapacité actuelle était de 50% et non de 40%, puisque la limitation à un travail de quatre heures par jour correspondait à un taux d'activité de 50%. De plus, il convenait de prendre en compte sa situation actuelle et non celle de l'année 2011. L'assuré avait été licencié par D. \_\_\_\_\_ SA et se trouvait désormais au service d'un nouvel employeur, F. \_\_\_\_\_ SA, à mi-temps, ce qui imposait de lui reconnaître un taux d'invalidité de 50%.

L'assuré a joint à son écriture un contrat de travail conclu en date \_\_\_\_\_ du 5 mai 2012 avec la société F. \_\_\_\_\_ SA pour une activité de « vente au service externe / direction de projet » dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 à un taux d'occupation de 50%, pour un salaire mensuel brut de 5'800 fr., versé treize fois l'an (soit un salaire annuel de 13 x 5'800 fr. = 75'400 francs).

Par écriture du 18 juin 2012, la Fondation a également formulé des objections à l'encontre du projet de décision du 31 mai 2012. Pour l'essentiel, elle a fait état de fluctuations du salaire annuel de l'assuré entre 2001 et 2011, relevant que l'évolution de ce salaire ne correspondait pas au degré d'activité stipulé être à 60%. Le salaire se composait d'un fixe garanti et de primes. Les primes étaient versées, indépendamment du degré d'activité, en fonction des résultats des ventes de l'assuré et subissaient de fortes fluctuations. L'assuré travaillait principalement pour le service externe et avait la possibilité d'assumer son activité depuis son domicile ; il était quasiment impossible de contrôler son temps de présence. Elle a précisé que « jusqu'à fin 2008, [l'assuré] touchait en plus un fixe variable », ignorant « comment celui-ci était défini » et ne pouvant « que déduire des comptes de salaire qu'un tel fixe variable a été versé ». La Fondation a mis en doute, d'une part, le bien-fondé du versement d'un quart de rente AI en 2005, 2006, 2007 et 2010 et, d'autre part, l'existence d'un lien de causalité entre les diminutions de salaire de 2004, 2008 et 2009 et la maladie. Il appartenait à l'OAI de clarifier cette question ; il semblait que celui-ci n'avait « pris en compte que le degré d'activité pour ses révisions de rentes. » Pour le reste, la Fondation s'interrogeait sur le

respect de l'obligation d'informer l'OAI à charge de l'assuré, soulignant que les salaires de ce dernier entre 2001 et 2011 avaient été les suivants :

2001	CHF 148'326.90
2002	CHF 188'546.40
2003	CHF 119'503.45
2004	CHF 119'752.85
2005	CHF 160'752.40
2006	CHF 155'295.85
2007	CHF 153'897.05
2008	CHF 119'347.00
2009	CHF 128'628.00
2010	CHF 154'988.85
2011	CHF 127'775.00.

Sur questions de l'OAI concernant les incapacités de travail et les raisons du licenciement de l'assuré par D. \_\_\_\_\_ SA, cette société a répondu, le 3 juillet 2012, en ces termes :

« [...] • Dans le cadre d'un réalignement de notre organisation commerciale, [l'assuré] n'a pas répondu depuis plusieurs semestres aux exigences de résultats et de comportements exigés au poste qui était le sien. De même, il n'a pu satisfaire, malgré un soutien donné à l'ensemble des forces commerciales en Suisse, aux exigences de développement dans la direction dans laquelle l'entreprise souhaite se diriger. Approche stratégique de clients Key Accounts, autonomie, développement de l'entreprise Content Management, développement du crossmedia, capacité à prendre en charge de manière autonome des présentations powerpoint chez les clients, attitude de leadership en tant que cadre envers les collègues junior, communication envers collègues et clients.

- Malgré plusieurs mises au point, [l'assuré] a rencontré de plus en plus de difficultés à accepter le changement, la stratégie, les processus, outils et objectifs mise en place par D. \_\_\_\_\_ SA.
- Exemples d'objectifs données à chacun des Key Account Manager : nombre de visites, d'acquisition, nombre d'invités par events marketing, initiative sur events verticaux, workshops, Goldsheet/bluesheet, qualité transfert clients, qualité des données introduites dans le CRM, qualité des informations livrées, customer satisfaction survey, attitude etc. [...] »

L'ancien employeur a pour le reste mis en exergue une incapacité de travail de l'assuré de 100% pour la période du 17 novembre 2010 au 25 avril 2011 suivie d'une incapacité de travail attestée à 40% (Dr J. \_\_\_\_\_) ou 50% (Dresse G. \_\_\_\_\_).

I. En date du 31 août 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré et à la Fondation un nouveau projet de décision, prévoyant l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2011, réduite à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2011. L'OAI a exposé l'essentiel de ces motifs comme suit :

« [...] Afin d'examiner si l'aggravation annoncée était probante, une expertise a eu lieu à l'Hôpital O. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> mars 2012. Selon cet examen, et selon l'avis du médecin-conseil du Service Médical Régional (SMR), l'état de santé de [l'assuré] s'est effectivement aggravé dès le 17 novembre 2010.

En effet, à partir de cette date, notre assuré a présenté une incapacité de travail totale dans toutes activités. Toutefois, dès le 26 avril 2011, la capacité de travail dans l'activité habituelle, considérée comme adaptée, est de quatre heures par jour, ce qui correspond à un taux d'activité de 50 %.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2012, [l'assuré] a retrouvé une activité lucrative à 50% en tant que vendeur / directeur de projet. Son revenu annuel s'élève à CHF 75'400. Sans atteinte à la santé, il pourrait exercer cette activité à 100%, soit un gain annuel de CHF 150'800. Le préjudice économique découle donc du calcul suivant :

Comparaison des revenus :

Sans invalidité	CHF 150'800.00		
Avec invalidité	CHF 75'400.00		
La perte de gain s'élève à	CHF 75'400.00	=	un degré d'invalidité de 50%. [...]

Par courrier du 25 septembre 2012, l'assuré a fait part à l'OAI de son aval avec ce dernier projet de décision.

Par écriture du 2 octobre 2012, la Fondation a en revanche interjeté de nouvelles objections contre le projet de décision du 31 août 2012. Elle a requis le « réexamen des revenus sans et avec invalidité et vérification de la comparaison des revenus ». Pour l'essentiel, elle a réitéré les arguments exposés dans son précédent courrier du 18 juin 2012. Elle a ajouté ne pas comprendre comment l'OAI avait déterminé le revenu sans invalidité dans son projet du 31 août 2012. En multipliant le revenu annuel valable à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 par deux, l'OAI n'avait pas agi conformément à la loi. Que l'assuré eût pris un emploi avec une charge de travail de 50% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012, ne signifiait pas que sa capacité de travail n'était que de 50% ou que le degré d'invalidité s'élevait à 50%. La Fondation s'est également exprimée ainsi :

« [...] En 2001 (l'an du début de l'incapacité de travail), [l'assuré] a reçu un salaire de CHF 148'326.90. Ce salaire correspond plus ou moins au revenu sans invalidité selon le projet d'acceptation de rente de 31 août 2012. Il est croyable que le revenu sans invalidité se monte à environ CHF 150'000.00. Considérant un revenu sans invalidité de CHF 150'000.00, un quart de rente de l'Assurance Invalidité (« AI ») n'a jamais été justifié.[...] »

Le 31 octobre 2012, la Fondation a transmis à l'OAI le tirage d'une table récapitulant les salaires annuels réalisés par l'assuré de 2001 à 2011. Cette table indique en principe un degré d'activité de 60% (dès la fin des indemnités journalières de l'assurance-maladie, « Krankentagegeld », au 1<sup>er</sup> avril 2003, le degré d'activité étant auparavant retenu à 100%) et en fonction de ce temps de travail un salaire fixe du même pourcentage de 60% (dès 2004), ainsi que les montants de diverses primes dépassant pour certaines années le salaire fixe. Dès 2006, s'ajoutait encore un « Fixum garantiert » de 14'280 fr. par année. Le total des salaires fixes et des primes annuels soumis à l'AVS pour ces années correspondait aux chiffres indiqués par la Fondation dans son écriture du 18 juin 2012 (cf. ci-dessus let. H).

Selon le nouvel extrait du compte individuel de l'assuré, produit le 14 novembre 2012 par la caisse de compensation compétente pour les années 2002 à 2011, sont inscrits les revenus annuels suivants :

2002	138'253 fr.
2003	112'535 fr.
2004	119'752 fr.
2005	160'752 fr.
2006	159'857 fr.
2007	153'897 fr.
2008	108'812 fr.
2009	128'628 fr.
2010	154'988 fr.
2011	101'496 fr.

Par écriture du 15 novembre 2012, le mandataire de l'assuré s'est prononcé sur les objections de la Fondation en déclarant ne pas comprendre le raisonnement suivi par celle-ci. Dans son nouvel emploi, l'assuré pourrait réaliser en travaillant à plein temps un revenu de 150'800 fr. qui était le montant à retenir au titre de revenu sans invalidité, les

anciens revenus dégagés au sein de D.\_\_\_\_\_SA ne jouant plus de rôle compte tenu de sa nouvelle situation. Le revenu d'invalidé de 75'400 fr. obtenu par l'assuré dans sa nouvelle activité était tout à fait correct et même favorable pour une personne travaillant à 50% avec ses problèmes de vision. Aucun emploi de substitution, à supposer qu'il pût être exercé à plus de 50%, ne procurerait un revenu supérieur. Il n'y avait donc pas lieu de contester les revenus sans et avec invalidité pris en compte dans le projet de décision du 31 août 2012.

Aux termes d'un courrier du 18 décembre 2012, l'OAI s'est adressé à la Fondation comme suit :

« [...] Il s'avère que l'état de santé de [l'assuré] s'est aggravé et qu'il est ainsi limité à exercer une activité lucrative à 50%. Il ressort de nos investigations que, dans le cas d'espèce, la capacité de travail se confond avec la capacité de gain.

Pour mémoire, [l'assuré] a été licencié par l'entreprise D.\_\_\_\_\_SA mais celui-ci a retrouvé un emploi dans une nouvelle entreprise. C'est sur la base de ces nouveaux revenus que nous nous sommes déterminés pour la fixation du taux d'invalidité.

Or, votre contestation ne porte pas sur le passage du quart de rente à la demi-rente, motif de la révision en cours, mais sur la validité du droit au quart de rente octroyée par une décision entrée en force. Votre contestation est manifestement une demande de reconsidération.

Conformément à l'article 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur des décisions formellement passées en force dans les cas où celles-ci sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Il n'en reste pas moins que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, ni l'assuré, ni le juge ou autre partie ne peuvent contraindre l'administration à reconsidérer une décision (ATF 109 V 119, c. 2a, p. 121).

Dans le cas où l'administration, suite à un examen sommaire, refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération, il le fait savoir sous la forme d'un simple courrier.

La jurisprudence précise qu'un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peut pas être attaquée par la voie du recours (ATF 119 V 180 c. 3).

Dès lors, après un examen sommaire, il ressort que nous ne pouvons pas entrer en matière sur votre demande de reconsidération. [...] »

L'OAI, soit pour lui son Service juridique, a relevé les éléments ci-dessous dans un avis du même jour :

« [...] Il n'en reste pas moins, que l'argumentation de la caisse de prévoyance plutôt confuse tente de remettre en question le droit au quart de rente octroyé. Or, pour rappel, la décision d'octroi du quart

de rente est entrée en force. Par conséquent, la caisse ne fait à mon sens qu'une demande de reconsidération en profitant de la procédure de révision actuelle. [...] »

Par courrier du 11 janvier 2013, la Fondation a déclaré que dans ses objections du 2 octobre 2012, elle avait « demandé la révision du revenu sans invalidité pour le 1<sup>er</sup> mai 2011. » En cas de droit aux prestations, le revenu sans invalidité restait toujours le même. On ne pouvait pas déduire le revenu sans invalidité au 1<sup>er</sup> mai 2011 d'un revenu effectif dégagé durant la deuxième partie de l'année 2012. Pour calculer le degré d'invalidité au 1<sup>er</sup> mai 2011, le même revenu sans invalidité devait être réutilisé, soit celui appliqué en 2005 lors du premier calcul du degré d'invalidité. L'OAI aurait donc dû « appliquer le revenu sans invalidité au début de l'invalidité pour le calcul du degré d'invalidité au 1<sup>er</sup> mai 2011 ». Elle a requis auprès de l'OAI la production de son dossier et du « calcul exact du degré d'invalidité en 2005, qui était la base pour la décision du 24 juin 2005 » en indiquant « en particulier [le] revenu sans invalidité et [le] revenu avec invalidité concret ».

L'OAI a expliqué à la Fondation le 28 janvier 2013 que, suite à la contestation du 2 octobre 2012, il avait considéré avoir affaire à une demande de reconsidération du droit à la rente plutôt qu'à une contestation du passage du quart de rente à une demi-rente. C'était dans ce sens que l'OAI avait adressé sa correspondance du 18 décembre 2012. L'OAI a encore indiqué les raisons pour lesquelles il avait retenu comme revenu sans atteinte à la santé le salaire à plein temps de 150'800 fr. dans la nouvelle activité auprès de F. \_\_\_\_\_ SA et non pas les revenus réalisés antérieurement auprès de D. \_\_\_\_\_ SA, qui auraient d'ailleurs été plus élevés. Si le licenciement par ce dernier employeur avait été motivé par l'aggravation de l'état de santé - ce qui n'était toutefois pas le cas - les anciens revenus auraient en revanche dû être retenus.

A l'issue d'une écriture en langue allemande du 5 mars 2013, respectivement traduite vers le français le 12 mars 2013, la Fondation a notamment exposé que l'incapacité de travail déterminante avait commencé au début mars 2001 et que le dernier revenu annuel perçu par

l'assuré en 2000 s'élevait à 132'605 fr., composés d'un salaire fixe de 80'004 fr. et d'une prime en fonction des résultats de 52'601 francs. Ce dernier revenu annuel de 132'605 fr. était en principe déterminant pour la fixation du revenu sans invalidité. Toutefois, dans la mesure où, dès le début de son activité au sein de D.\_\_\_\_\_SA, le revenu de l'assuré avait toujours fortement fluctué, il aurait été opportun d'utiliser, pour le calcul du degré d'invalidité, le salaire moyen des trois années précédant le début de l'incapacité de travail en guise de revenu sans invalidité. Ce salaire moyen s'élevait à 122'482 francs. Au bénéfice de l'assuré, la Fondation allait cependant considérer le montant plus élevé de 132'605 fr. en tant que revenu sans invalidité déterminant. Selon elle, l'assuré n'avait jamais atteint le degré d'invalidité minimal de 40% requis pour lui ouvrir le droit à une rente AI. Les objections du 2 octobre 2012 étaient cependant dirigées contre le deuxième projet d'acceptation de rente du 31 août 2012 dans lequel les revenus sans et avec invalidité étaient, selon elle, erronés. Dans cette mesure, elle s'opposait « explicitement à la révision du revenu sans invalidité ou [du] degré d'invalidité au 1<sup>er</sup> mai 2011, resp. 1<sup>er</sup> août 2011, ainsi que, implicitement, à la demande d'augmentation des prestations ». Par ailleurs, la Fondation doutait du fait que le licenciement de l'assuré par D.\_\_\_\_\_SA avait uniquement été motivé par des considérations économiques. Les différents points mentionnés dans la déclaration de l'ancien employeur D.\_\_\_\_\_SA du 3 juillet 2012 pouvaient tout à fait être la conséquence de problèmes de santé ou se rapporter à de tels problèmes. Pour le reste, il ne pouvait être admis sans autre que l'assuré aurait gagné le double de son salaire en travaillant à plein temps auprès de son nouvel employeur. De plus, il se pouvait que l'assuré obtînt auprès de son nouvel employeur des primes en plus de son salaire fixe.

Par le biais d'un avis de son service juridique du 22 mars 2013, l'OAI a relevé notamment les éléments ci-dessous :

« [...] Comme précédemment, [la Fondation] remet longuement en question les revenus que nous avons retenus comme RS [réd. : revenu sans invalidité] et RI [réd. : revenu d'invalidité] à l'époque pour statuer sur le droit au quart de rente, soit un revenu sans atteinte à la santé de Fr. 141'600.- et de 84'960.- comme revenu d'invalidité. Compte tenu que la décision est entrée en force, nous n'avons pas à nous expliquer quant au choix de l'époque. [...] »

Cet avis a donné lieu à une écriture adressée le 10 avril 2013 à la Fondation dans laquelle l'OAI a indiqué maintenir les termes de son projet de décision du 31 août 2012. Etant donné que la Fondation n'avait pas contesté la capacité de travail de 50% prise en compte après le 26 avril 2011, l'OAI concluait que le taux d'invalidité se confondait avec la capacité de travail pour la période durant laquelle l'assuré était encore sous contrat auprès de son ancien employeur, D. \_\_\_\_\_ SA.

**J.** Par trois décisions du 22 août 2013, conformes au projet de décision du 31 août 2012, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 31 juillet 2011, réduite à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> août 2011 pour une durée indéterminée. Les motifs de ces décisions sont identiques au projet précité (cf. supra let. I ab initio). L'OAI a transmis une copie de ses décisions notamment à la Fondation.

**K.** La Fondation a déféré les décisions de l'OAI du 22 août 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de \_\_\_\_\_ recours \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2013. Elle a conclu principalement à leur annulation et à ce que « le taux d'invalidité au 1<sup>er</sup> août 2011 soit recalculé, qu'à cette fin, les revenus avec et sans invalidité valables à cette date soient utilisés et que le droit à la rente soit déterminé à conséquence », sous suite de frais et dépens à la charge de l'OAI. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi du cas à l'OAI « pour être clarifié et réexaminé ».

La Fondation a admis que, suite à l'incapacité de travail complète de l'assuré du 17 novembre 2010 au 26 avril 2011, le taux d'invalidité devait être recalculé au 1<sup>er</sup> mai 2011, respectivement au 1<sup>er</sup> août 2011. L'assuré avait travaillé pour D. \_\_\_\_\_ SA entre le 1<sup>er</sup> novembre 1996 et le 30 juin 2012. Pendant toute cette période, ni son activité, ni son poste n'avaient changé. L'assuré avait toujours accompli les mêmes tâches. Le 1<sup>er</sup> avril 2003, son taux d'occupation avait été réduit de 100% à 60%. Dès cette date, l'employeur avait « complété le salaire fixe proportionnellement réduit d'un fixe garanti, destiné à compenser la

différence inhérente au système, résultant de ce que, dans le cas d'un degré d'incapacité de 40 pour cent, le droit à une rente de l'AI et de la [Fondation] ne s'élève qu'à 25 pour cent » (cf. p. 5 du recours). Le salaire effectif pour l'année 2011, hors prime d'ancienneté et allocations pour enfants, s'élevait à 124'775 francs. Dès lors, pour le calcul du degré d'invalidité, le revenu d'invalidité au 1<sup>er</sup> août 2011 s'élevait au minimum à ce montant. Il n'y avait pas lieu de se baser sur le salaire plus bas perçu par l'assuré à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012. Quant au revenu sans invalidité, il fallait se baser sur le revenu annuel avant l'incapacité de travail déterminante qui avait commencé en mars 2001, donc sur le revenu de l'année 2000. Le revenu annuel était alors de 132'605 francs. En comparant ces chiffres, même en tenant compte du renchérissement, il était évident que le degré d'invalidité de 40% donnant droit à une rente n'était pas atteint à l'issue de l'incapacité de travail entière survenue en 2011. Pour la période débutant depuis lors, l'assuré ne pouvait rien déduire du fait qu'il avait perçu une rente d'invalidité pendant les années précédentes.

Par ailleurs, la Fondation a fait valoir que les documents figurant au dossier de l'OAI étaient incomplets. Il manquait en particulier une expertise médicale relative aux problèmes oculaires. L'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2012 était « peu approfondie », des expertises complémentaires s'avérant à son avis nécessaires (cf. p. 14 du recours) De plus, la Fondation a invoqué une violation du devoir de motivation qu'aurait commise l'OAI en ne s'exprimant de manière suffisante sur ses objections et notamment sur le calcul du degré d'invalidité critiqué (cf. p. 13 du recours). Pour le reste, la Fondation a mis en doute la réception (en décembre 2010 et février 2013) de l'intégralité du dossier de l'OAI, ce dossier étant « particulièrement peu épais ». Se posait la question de savoir si le cas ne devait pas être renvoyé à l'OAI afin d'être « clarifié ou complété » (cf. p. 15 du recours).

**L.** Par réponse du 2 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours.

La Fondation a maintenu ses conclusions en répliquant le 10 janvier 2014, tandis que l'OAI en a fait de même par duplique du 30 janvier 2014.

**M.** Par courrier du 4 février 2014, le juge instructeur a donné à l'assuré la possibilité de se prononcer dans la présente cause. Par la même occasion, il a signalé aux parties que les pièces produites dans la cause PP 2/12, pendante entre l'assuré et la Fondation devant la Cour de céans, étaient versées dans la cause AI 245/13 et inversement, tandis qu'en principe il serait statué en même temps dans les deux causes.

**N.** Par écriture de son mandataire du 13 mars 2014, l'assuré s'est rallié à la position de l'OAI sans formuler de conclusions spécifiques.

L'OAI, après consultation du dossier PP 2/12, a relevé le 17 mars 2014 que ces pièces n'appelaient aucun commentaire particulier de sa part.

La Fondation s'est déterminée sur 13 pages le 18 mars 2014 dans la cause PP 2/12 et le 8 avril 2014 dans la cause AI 245/13. Elle a approuvé le traitement parallèle des deux causes.

Par écriture du 1<sup>er</sup> mai 2014 se référant au mémoire de la Fondation du 18 mars 2014, l'OAI a derechef maintenu sa position et ses conclusions.

Le 13 mai 2014, l'assuré a pour sa part renoncé à déposer de nouvelles observations tout en constatant que la position de l'OAI rejoignait la sienne.

Par acte du 13 juin 2014 se référant au mémoire de la Fondation du 8 avril 2014, l'OAI a persévéré dans sa position.

Les 7 juillet 2014 et 26 août 2014, dans le délai prolongé à la demande de la Fondation, cette dernière a également maintenu sa position.

L'assuré s'est prononcé une dernière fois par écriture du 6 octobre 2014, dont copie a été adressée aux parties qui ne se sont plus manifestées depuis lors.

Les arguments des parties seront repris en tant que de besoin ci-après.

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

### **1.**

1.1 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'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]), sauf en cas de dérogations expresses prévues par la LAI.

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux font directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné, sans qu'il y ait auparavant une procédure d'opposition (art. 69 al. 1 let. a LAI).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud est compétente pour statuer sur le recours contre la décision de l'office AI dudit canton (cf. art. 57 LPGA, 93 let. a LPA-VD et 83b LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]).

1.3 Aux termes de l'art. 34 LPGA ont qualité de parties les personnes dont les droits ou obligations résultent des assurances sociales, ainsi que les personnes, organisations ou autorités qui disposent d'un moyen de droit contre la décision d'un assureur ou d'un organe d'exécution de même niveau,

Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (cf. également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 132 V 74 consid. 3.1).

Ainsi que cela ressort des art. 23, 24 al. 1 et 26 al. 1 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), il existe un lien fonctionnel étroit entre le premier pilier (assurance-invalidité) et le deuxième pilier (prévoyance professionnelle) de la prévoyance invalidité. Ce lien tend, d'une part, à assurer une coordination matérielle étendue entre les premier et deuxième piliers et, d'autre part, à libérer autant que possible les organes de la prévoyance professionnelle d'importantes et coûteuses démarches portant sur les conditions, l'étendue et le début du droit aux prestations d'invalidité du deuxième pilier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 et 132 V 1 consid. 3.2). En effet, la LPP ne définit pas la notion d'invalidité, mais elle se borne à renvoyer, sur ce point, aux dispositions de la LAI (voir aussi l'art. 4 OPP 2 [ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1]). La notion d'invalidité est la même dans les deux cas : elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'intéressé. Aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi), l'évaluation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité a, en l'absence de dispositions réglementaires contraires, force

contraignante pour les organes de la prévoyance professionnelle ; elle est donc de nature à régir aussi bien le principe que le montant ou la durée de l'obligation de prester de l'institution de prévoyance et, partant, à la toucher directement dans ses intérêts de droit et de fait. C'est pourquoi il convient d'accorder aux organes de la prévoyance professionnelle aussi bien la qualité pour s'exprimer dans la cadre de la procédure de préavis (art. 57a al. 2 LAI) que pour former un recours contre une décision des organes de l'assurance-invalidité (art. 49 al. 4 et 59 LPGA) qui statue sur le droit à la rente ou fixe le degré d'invalidité de la personne assurée.

1.4 L'Office AI a notifié les décisions du 22 août 2013 à la Fondation. Celle-ci a déposé son moyen de droit à leur encontre dans le respect des formes et du délai de recours (art. 60 et 61 let. b LPGA). Dans cette mesure, en tant qu'institution de prévoyance du deuxième pilier qui s'oppose au degré d'invalidité déterminé par l'OAI, elle a qualité pour agir (cf. art. 49 al. 4 et 59 LPGA ; ATF 134 V 153 consid. 5.2 ; 132 V 1 ; 129 V 73).

Le recours du 23 septembre 2013 est dès lors recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2.** La Fondation invoque préalablement une violation du devoir de motivation qu'aurait commise l'OAI en s'exprimant de manière insuffisante sur ses objections, singulièrement sur le calcul du degré d'invalidité critiqué. L'OAI aurait dû préciser, de l'avis de la recourante, les motifs pour lesquels il n'admettait pas ses objections ou n'en tenait pas compte (cf. p. 13 du recours).

En l'occurrence, l'intimé a mentionné dans la motivation des décisions querellées, ainsi qu'à l'issue de ses écritures à l'attention de la Fondation, les éléments qui l'ont conduit à fixer à 50% le taux d'invalidité de l'assuré en indiquant les étapes de son calcul. Est déterminant à ce stade le point de savoir si la décision repose sur des explications suffisantes, ce qui est manifestement le cas en l'espèce. Peu importe dans

cette mesure, si ces explications sont correctes, pour autant qu'elles se rapportent et motivent les fondements des décisions entreprises. La Fondation ne soutient d'ailleurs pas sérieusement qu'elle n'aurait pas été en mesure de comprendre les décisions de l'intimé, ni qu'elle aurait été empêchée de recourir en connaissance de cause, ce qu'elle a au demeurant fait par un acte de recours de 15 pages où elle a largement pu faire valoir ses griefs.

Sous l'angle, en particulier, de l'obligation pour l'administration (et le juge) de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle (cf. ATF 134 I 83 consid. 4.1 ; 126 I 15 consid. 2a/aa, 97 consid. 2b ; 124 V 180 consid. 1a), on ne saurait retenir que le droit d'être entendue de la Fondation aurait été violé.

**3.** Sur le fond, la Fondation remet avant tout en question la fixation d'un taux d'invalidité de 50% par l'OAI dès le 26 avril 2011, donnant droit à une demi-rente AI dès le 1<sup>er</sup> août 2011 (décalage dans le temps en vertu de l'art. 88a RAI, cité ci-après au consid. 4.3).

En procédure judiciaire, elle critique d'une part l'appréciation médicale de la capacité de travail résiduelle de l'assuré (cf. infra consid. 5) et d'autre part le calcul du taux d'invalidité, singulièrement les revenus avec et sans invalidité fondant ce calcul (cf. infra consid. 6).

Certes, la Fondation a également soulevé des critiques relatives à l'octroi de la rente AI en 2005. Cependant, après quelques équivoques en procédure administrative, elle a admis que l'octroi de cette rente ne forme pas l'objet du litige, que celui-ci ne porte donc pas sur les décisions du 24 juin 2005, mais uniquement sur celles du 22 août 2013 dans la mesure où elles concernent le taux d'invalidité de l'assuré après le recouvrement au moins partiel de sa capacité de travail à compter du 26 avril 2011, donc après le traitement du cancer diagnostiqué en 2010. La

recourante ne requiert dès lors ni la révision, ni la reconsidération des décisions d'octroi de rente pour les périodes antérieures.

#### 4.

4.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 LPGA).

Quant à la capacité de travail, la loi comprend par cela 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 la santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

4.2 Les rentes sont échelonnées selon le taux d'invalidité. Un taux d'au moins 40% donne droit à un quart de rente, un taux d'au moins 50% à une demi-rente, un taux d'au moins 60% à trois quarts de rente et un taux d'au moins 70% à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Pour les personnes qui, comme en l'espèce l'assuré, travailleraient à plein temps sans atteinte à la santé, le taux d'invalidité

est évalué selon l'art. 16 LPGA (cf. art. 28a al. 1 LAI). En vertu de cette disposition, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (ci-après : revenu sans invalidité) 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 (ci-après : revenu d'invalide).

Il en résulte le calcul suivant :  $\frac{\text{revenu sans invalidité} - \text{revenu d'invalide}}{\text{revenu sans invalidité}} \times 100 = \text{taux d'invalidité en pour cent}$ .

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment. Cependant, il y a lieu de tenir compte des modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenue jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222).

4.3 Vu qu'en l'espèce l'Office AI a rendu le 22 août 2013 des décisions procédant à la révision de précédentes décisions d'octroi de rente, il convient de rappeler la teneur des dispositions ci-dessous.

4.3.1 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais encore lorsque les conséquences économiques d'un état de santé demeuré inchangé se sont modifiées

consid. 1b/aa ; cf. aussi ATF 113 V 22 consid. 3b, 273 consid. 1a ; 130 V 343

consid. 3.5 : « wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben »).

Si un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée que si l'amélioration du revenu dépasse 1'500 fr. par an (art. 31 LAI).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF [Tribunal fédéral] 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1, in : SVR 2012 IV n° 18 p. 81 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, n. 40 ad art. 43 LPGA). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier.

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

Dans le cas contraire, c'est-à-dire si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour

l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI).

**5.** La Fondation estime en premier lieu que le dossier médical de l'assuré auprès de l'OAI est insuffisamment instruit et qu'il conviendrait de mettre en œuvre de nouvelles expertises médicales.

5.1 La recourante remarque qu'il n'y aurait « à ce jour » aucun document, ni aucune note du SMR jointe au dossier de l'AI. Dans la mesure où elle cite ensuite les avis médicaux du SMR des 10 octobre 2011 et 30 janvier 2012 qui, de plus, s'avèrent tous deux plutôt circonstanciés, le grief apparaît infondé. Il se pourrait toutefois que le grief de la Fondation se réfère à la période s'étendant jusqu'au premier octroi d'une rente AI en 2005. Il est vrai qu'à ce sujet le dossier ne comporte qu'une note relatant un contact entre l'OAI et le SMR en date du 9 mars 2005. Cependant, comme exposé, l'objet du litige n'a pas trait à cette période, tandis que les décisions du 24 juin 2005, également notifiées à la Fondation à l'époque, sont depuis fort longtemps entrées en force. En outre, on soulignera que le SMR a expressément admis dans son avis du 30 janvier 2012 qu'il n'y avait pas eu d'instruction complète lors du premier octroi de rente, voire que le dossier ne lui avait jamais été soumis, ce qui motivait la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique. Ces éléments expliquent que le dossier médical de la première procédure AI entre 2002 et 2005 soit qualifié de sommaire et apparaisse incomplet du point de vue de la Fondation.

5.2 L'expertise ophtalmologique préconisée par le SMR a en définitive eu lieu, tandis que le Dr P. \_\_\_\_\_ a établi en date du 1<sup>er</sup> mars 2012 le rapport corrélatif dûment versé au dossier de l'intimé.

La Fondation est toutefois d'avis que cette expertise est « peu approfondie ». Dans la mesure où l'assuré ne pouvait porter ses lentilles de contact que cinq heures d'affilée au maximum, l'expert n'avait pas répondu à la question de savoir combien de fois par jour l'assuré pouvait

mettre et retirer ses lentilles et si éventuellement « le port en plusieurs fois permettait d'augmenter le nombre d'heures par jour au-delà de cinq. »

Le grief précité, émis par la Fondation, est infondé. Le mandat de l'expert était notamment d'apprécier la capacité de travail de l'assuré. Il a retenu que l'assuré nécessitait des lentilles pour travailler, la vision sans correction limitée à 0,05 étant assimilée à une cécité légale. Sans lentilles, l'assuré ne pouvait pas conduire, ni effectuer des rapports, voire travailler en général, raison pour laquelle une autre activité n'entraîne pas non plus en ligne de compte. Si l'expert avait estimé que l'assuré pouvait retirer et mettre plusieurs fois par jour les lentilles afin de pouvoir travailler plus longtemps que quatre heures, on doit considérer qu'il l'aurait expressément évoqué. En revanche, l'expert a exposé qu'en fin de journée, apparaissaient une fatigue oculaire et des céphalées, lesquelles excluent implicitement le port répété des lentilles pendant plusieurs phases de quelques heures réparties sur une journée dans le but de poursuivre une activité lucrative.

Le rapport d'expertise remplit par ailleurs toutes les conditions pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a et b/aa ; TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). In casu, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, alors que les conclusions du rapport sont dûment motivées. Les critiques de la Fondation au sujet de la capacité de travail reconnue à l'assuré dès 2011, singulièrement sur l'exhaustivité du dossier médical de l'OAI, doivent donc être écartées.

Certes, l'expert ne se prononce pas sur la capacité de travail avant la chimiothérapie que l'assuré a subie en 2011. Dans cette mesure il

renvoie aux médecins traitants de l'époque. Cela ne remet toutefois pas en question son appréciation, mais lui confère au contraire plus de crédibilité, puisqu'il renonce à se prononcer sur une période pendant laquelle il n'avait pas examiné l'assuré et qui, de plus, était antérieure au traitement chimiothérapeutique, donc à un traitement de nature à influencer sur les conséquences de l'atteinte oculaire.

Compte tenu des explications de l'expert, l'allégation de la Fondation, selon laquelle l'affection oculaire n'handicapait « absolument » pas l'assuré dans son travail, s'avère être dénuée de fondement. Si l'assuré peut travailler quatre heures par jour sans perte de rendement grâce au port de lentilles, on ne peut pas en conclure que l'affection oculaire ne le handicape pas, puisqu'il ne peut porter ces lentilles que cinq heures par jour, tandis que sans lentilles il doit quasiment être considéré comme personne affectée de cécité.

Vu ce qui précède et contrairement à ce que requiert la Fondation, il est superflu de mettre en œuvre de nouvelles expertises.

## **6.**

6.1 La Fondation critique en second lieu l'évaluation du taux d'invalidité, respectivement fait valoir une violation de la règle contenue à l'art. 16 LPGA. La manière dont l'OAI a déterminé le montant du revenu sans invalidité, soit 150'800 fr., relèverait d'un « véritable mystère ». L'OAI avait multiplié par deux, de manière arbitraire, le revenu de 75'400 fr. perçu par l'assuré à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012. Il n'avait pas expliqué les motifs justifiant ce procédé. De l'avis de la recourante, le revenu déterminant devait être le revenu annuel de 132'605 fr. obtenu en 2000 avant l'atteinte à la santé. Quant au revenu avec invalidité, il fallait retenir celui réalisé au 1<sup>er</sup> août 2011 qui s'élevait au minimum à 124'775 francs. Contrairement à ce qu'avait pris en compte l'OAI, on ne pouvait pas avoir recours au salaire perçu par l'assuré dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012.

6.2 Etant précisé que l'examen de la situation de l'assuré s'inscrit dans le contexte d'une procédure de révision, est déterminant le point de savoir si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité s'est produit (cf. ci-dessus consid. 4.3). Pour savoir si tel est le cas, on doit en principe se prononcer en comparant, d'une part, les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit avec, d'autre part, les circonstances régnant au moment décisif pour la nouvelle décision (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 8C\_880/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 ; cf. également ATF 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1).

Dans différents arrêts, la Haute Cour a retenu que le salaire sans invalidité en tant que chiffre comparatif pour l'évaluation du taux d'invalidité n'était pas contraignant dans le cadre d'une procédure de révision de rente et restait ainsi soumis au contrôle par les autorités et tribunaux (TFA U 339/03 du 19 août 2004 consid. 3.2 avec références, in : RAMA 2005 U 533 p. 40 ; I 652/00 du 12 mars 2002 consid. 2a, in : Pratique VSI 2002 p. 168). A moins d'un nouveau cas d'assurance, le Tribunal fédéral a toutefois précisé dans un arrêt plus récent de 2010 que les motifs d'une décision de rente entrée en force ne pouvaient en principe pas faire l'objet d'un réexamen dans le cadre d'une procédure de révision ; il n'y aurait pas lieu de revenir sur lesdits motifs. L'autorité de chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, en particulier sur les rentes, s'étendait en effet également aux conditions du droit à la prestation (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1). On peut se demander si le Tribunal fédéral entendait que l'autorité de chose jugée dût dorénavant également s'étendre au revenu de valide lorsqu'il est déterminant pour l'évaluation du taux d'invalidité et ainsi pour le calcul du montant de la rente.

Par ailleurs, selon le Tribunal fédéral, lorsque l'état de santé, voire la capacité de travail, n'a pas connu de modification notable depuis

le premier octroi de la rente, mais que le revenu en tant qu'invalidé a considérablement augmenté, il faut comparer le salaire de valide au moment du premier octroi de la rente - en retenant l'évolution des salaires depuis - avec le revenu d'invalidé entre-temps perçu pour fixer à nouveau le taux d'invalidité. A moins de circonstances particulières, respectivement d'indices sérieux pour une évolution du revenu de valide dans les mêmes proportions que le revenu d'invalidé, cela peut mener à une réduction du taux d'invalidité (TFA U 339/03 du 19 août 2004 consid. 3, in : RAMA 2005 n° U 533 p. 40 ; TF 8C\_255/2010 du 16 novembre 2010 consid. 2). Ne joue aucun rôle le point de savoir si le nouvel emploi doté d'un revenu supérieur est consécutif à la perte du précédent emploi en raison de l'atteinte à la santé (TF 8C\_255/2010 cité consid. 3.2).

Lorsqu'un assuré entreprend en tant qu'invalidé une nouvelle carrière professionnelle, respectivement se reconvertit dans un nouveau domaine, on ne peut pas sans autre déduire du succès de cette nouvelle occupation qu'il aurait progressé de manière similaire dans son ancienne activité avant l'invalidité (TFA U 340/04 du 9 mars 2005 consid. 2.2 in fine, in : RAMA 2005 n° U 554 p. 315 ; TF 8C\_868/2013 du 27 juin 2014 consid. 5.3.2 in fine). Il y a cependant un indice sérieux (all. : « gewichtiges Indiz ») que le revenu de valide aurait évolué dans les mêmes proportions que le revenu d'invalidé, si ce dernier a augmenté en raison des efforts de l'assuré depuis la première décision d'octroi de rente, bien que l'état de santé n'ait pas changé (TFA U 339/03 du 19 août 2004 consid. 3.3 in fine, in : RAMA 2005 n° U 533 p. 40). Dans le contexte d'une révision du droit à la rente, l'évolution professionnelle suivie par l'assuré malgré son handicap est connue et permet parfois de tirer des conclusions quant à sa carrière hypothétique sans atteinte à la santé, quand bien même cette évolution n'avait pas encore concrètement débuté avant la survenance de l'invalidité (TF U 531/06 du 23 février 2007 consid. 3.2.2).

Si l'assuré a réussi à augmenter son revenu d'invalidé depuis le dernier examen matériel du droit à la rente, en faisant preuve d'un engagement important ou d'autres qualités professionnelles particulières,

ou encore en continuant à se former, on est également en présence d'indices sérieux que son revenu hypothétique sans invalidité aurait évolué de manière similaire. Cela vaut plus particulièrement lorsque l'assuré a été contraint de réduire son taux d'activité en raison de son handicap, mais n'a pas dû changer de profession. L'évolution parallèle des deux termes de la comparaison de revenus (revenu hypothétique sans invalidité et revenu d'invalidité) n'a alors pas d'influence sur le taux d'invalidité. A l'inverse, l'assuré devra se laisser imputer sur son revenu d'invalidité une augmentation importante de son salaire pour un emploi stable dans une nouvelle profession, lorsque celle-ci est due à des circonstances favorables indépendantes de ses qualités professionnelles, sans qu'on puisse en conclure que le revenu hypothétique sans invalidité aurait évolué de la même manière. Une diminution notable du taux d'invalidité entraînera alors une révision du droit à la rente (TF U 531/06 du 23 février 2007 consid. 3.2.2).

6.3 En l'espèce, il apparaît qu'à la base de sa décision rendue en 2005 l'OAI a par erreur retenu uniquement le salaire fixe versé à l'assuré auprès de D. \_\_\_\_\_ SA, soit 84'960 fr., sans prendre en compte les gratifications versées chaque année. De plus, il a estimé que ce salaire fixe de 84'960 fr. correspondait au taux d'activité de 60%, de sorte qu'il avait admis un revenu à 100% de 141'600 francs (= 84'960 fr. : 60 x 100). Or, le montant de 84'960 fr. équivalait à l'époque au salaire fixe, sans les gratifications et primes, pour une activité à plein temps. Comme le remarque à juste titre la Fondation, il se serait probablement justifié de retenir comme revenu sans invalidité à plein temps le montant de 132'605 fr. réalisé par l'assuré en 2000, à savoir durant l'année précédant l'apparition de ses incapacités de travail consécutives aux problèmes oculaires. Ce dernier montant incluait au demeurant le salaire fixe et les primes.

Cela n'aurait toutefois en rien modifié le taux d'invalidité de 40% fixé par l'OAI, vu la capacité de travail réduite à l'époque à 60%. L'intimé pouvait admettre que l'assuré n'aurait touché qu'un salaire fixe avec les primes de 60% par rapport à la période précédant la diminution

de sa capacité de travail, durant laquelle il travaillait à plein temps. Le raisonnement de la Fondation selon lequel les revenus à temps partiel et à plein temps n'évoluaient pas de manière « linéaire » et le revenu réalisé à 60% était proportionnellement plus haut qu'à un taux d'activité de 100%, ne peut être suivi ; font défaut des éléments concrets suffisants pour retenir un tel raisonnement (cf. également ci-après consid. 6.4).

Il faut toutefois encore examiner si pour l'évaluation du taux d'invalidité dès 2011, il y a lieu de retenir le montant de 132'605 fr. au titre de revenu sans atteinte à la santé pour la comparaison des revenus. Dans l'affirmative, la Fondation est d'avis que le seuil d'un taux d'invalidité donnant droit à une rente ne serait pas atteint, puisque l'assuré a été capable d'obtenir en 2011 un salaire de 124'775 francs.

6.4 On ne saurait toutefois suivre l'argumentation de la Fondation.

Certes, il apparaît que les revenus des années 2000 et 2011 ne divergent pas sensiblement, ce qui laisserait supposer que l'assuré ne subit pas ou presque pas de perte de gain malgré son atteinte à la santé.

Cependant, il s'avère que le revenu de l'assuré, depuis la prise d'emploi auprès de D. \_\_\_\_\_ SA en novembre 1996, a fortement évolué, avec une nette tendance à la hausse au fil de ses années d'expérience. Entre 1997 et 2000, soit avant la survenance de l'incapacité de travail, le revenu annuel incluant les primes et bonifications a ainsi constamment augmenté de 94'435 fr. pour parvenir à 132'600 fr., donc de presque 40'000 fr. en quatre ans. Par la suite, le revenu a fluctué, avec un pic selon les indications de la Fondation, de 188'546 fr. en 2002 (incluant une prime particulière d'ancienneté) et des creux d'un peu plus de 119'000 fr. en 2003, 2004 et 2008. Le revenu annuel moyen entre 2001 et 2010 s'est élevé à 141'605 fr. selon les chiffres produits par la Fondation le 18 juin 2012 (cf. ci-dessus let. H), respectivement de 136'746 fr. selon les chiffres inscrits aux comptes individuels tenus par la caisse de

compensation (cf. ci-dessus let. C et I). Le revenu a donc suivi la même tendance et continué d'augmenter de manière importante par rapport à 1997 et 2000, indépendamment du taux d'activité réduit.

De ce fait, la Fondation a mis en doute le taux d'activité de 60% exercé par l'assuré. Cela étant, vu notamment l'appréciation médicale de la Dresse G.\_\_\_\_\_, mais aussi les indications de l'employeur, lequel ne versait qu'un salaire fixe pour un taux d'activité de 60%, il doit être admis que l'assuré ne travaillait et ne pouvait travailler qu'à ce taux d'activité. Même si la Fondation s'étonne du maintien d'un revenu élevé après l'année 2000, on remarquera que celui-ci était déjà en forte progression de 1997 à 2000. De plus, on peut considérer que l'assuré avait de plus en plus d'expérience en la matière et un réseau de clients en augmentation avec les années, ce qui lui permettait, grâce aux primes accordées en fonction des résultats de ses ventes, de dégager un gain sensiblement plus élevé qu'au début de sa carrière auprès de D.\_\_\_\_\_SA. Eu égard à ce qui précède, on peut également admettre qu'en déployant son activité à plein temps son revenu aurait également augmenté en fonction de ce taux d'activité, contrairement à ce que la Fondation soutient. Cette dernière n'apporte par ailleurs aucun élément qui permettrait de déduire que le revenu n'aurait pas augmenté de manière proportionnelle à un taux d'activité plus conséquent.

Compte tenu de l'évolution des revenus de l'assuré, il y a donc lieu de s'écarter du revenu versé à l'assuré en 2000 pour la comparaison des revenus valable dès 2011. Le revenu de valide aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, augmenté depuis 2000 dans la même proportion, d'autant plus que l'assuré serait vraisemblablement resté dans le même poste en exerçant les mêmes tâches.

6.5 Pour déterminer le taux d'invalidité dès 2011, sur la base d'une incapacité de travail de 50%, l'OAI s'est finalement fondé, avec l'aval de l'assuré, sur le revenu perçu par ce dernier auprès du nouvel employeur, F.\_\_\_\_\_SA, dès juillet 2012, donc 75'400 fr. pour un taux d'activité de 50%. Il a ensuite estimé que l'assuré gagnerait le double

auprès de cet employeur à un taux d'occupation de 100%. Cette manière de procéder ne paraît pas critiquable. Certes, l'assuré ne travaillait pas encore en 2010, ni en 2011, pour ce nouvel employeur. Cela étant, comme il a été exposé, le revenu réalisé auprès de l'ancien employeur avait été soumis à de fortes fluctuations entre 2001 et 2010. De plus, l'état de santé avait changé dès fin 2010 entraînant une incapacité de travail totale pendant quelques mois, puis une réduction de la capacité de travail de 60% à 50%, donc une modification notable au sens de l'AI. Dès lors, il apparaît correct que l'intimé se soit basé sur le nouveau salaire auprès de F. \_\_\_\_\_ SA dès 2012 pour admettre une perte de gain de 50% se confondant avec le taux d'invalidité de 50%. Il en va de même pour l'année 2011 où l'assuré ne pouvait assumer qu'un taux d'activité de 50%.

Etant donné les importantes fluctuations des revenus réalisés par l'assuré depuis la survenance de son incapacité de travail partielle, une comparaison des revenus s'avérerait aléatoire. En outre, la comparaison des revenus proposée par la Fondation (132'605 fr. en 2000 et 124'775 fr. en 2011) ne tiendrait pas compte de l'évolution du salaire qui aurait également eu lieu dans une activité à plein temps selon ce qui a été exposé ci-dessus au considérant 6.3.

Il faut toutefois concéder qu'on ignore si et combien de primes l'assuré touchera éventuellement auprès de son nouvel employeur. Le contrat de travail corrélatif est muet à ce sujet. On peut toutefois admettre que le montant d'éventuelles primes serait proportionnellement dépendant du taux d'activité, comme ce fut le cas auprès de D. \_\_\_\_\_ SA. Cela n'aurait dès lors aucune incidence sur le taux d'invalidité fixé dès 2011. A l'inverse, il conviendrait toutefois de prendre en compte d'éventuelles primes, si à l'avenir une nouvelle comparaison des revenus devait être opérée.

**7.** Vu ce qui précède, le taux d'invalidité de 50% tel que déterminé par l'OAI ne prête pas flanc à la critique.

Le recours de la Fondation s'avère donc infondé de sorte qu'il doit être rejeté.

7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 500 francs.

7.2 L'OAI n'a pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; 128 V 323), au contraire de l'assuré qui a été interpellé et qui est représenté par un avocat ; ces dépens peuvent être fixés à 1'500 fr. eu égard à l'importance, aux difficultés et à l'ampleur du travail effectué (cf. art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), le conseil de l'assuré ayant néanmoins été préalablement mandaté en procédure administrative, ainsi que pour la cause parallèle enregistrée sous numéro PP 2/12.

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

- I. Le recours interjeté par la Fondation de prévoyance A. \_\_\_\_\_ SA est rejeté.
- II. Les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 22 août 2013 sont confirmées.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de la Fondation de prévoyance A. \_\_\_\_\_SA.

**IV.** La Fondation de prévoyance A. \_\_\_\_\_SA versera à l'assuré une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens pour la présente procédure.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Fondation de prévoyance A. \_\_\_\_\_SA, à [...],
- Me Philippe Nordmann, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :