

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 avril 2023

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

ainsi que

C. _____, à [...], tiers intéressé.

Art. 28 LAI ; 16 LPG

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré), né en 1960 et travaillant comme trader dans le domaine du [...], s'est retrouvé en totale incapacité de travail du 4 février au 19 juin 2020.

A la demande de son assureur perte de gain maladie, l'assuré a été examiné le 26 mai 2020 par la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale et au bénéfice de droits acquis en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a conclu à l'existence d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22).

L'assuré a pu recommencer à travailler à 30 % dès le 20 juin 2020, puis a pu progressivement augmenter son taux de présence jusqu'à 70 %.

Le 26 novembre 2020, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annonçant qu'il était atteint de la maladie d'Alzheimer.

Dans un formulaire rempli le 8 janvier 2021, la société D._____ SA, employeur de l'assuré, a fait savoir que depuis son retour au bureau le 20 juin 2020, celui-ci effectuait d'autres tâches, plus simples, consistant à rassembler différentes informations, à rédiger des courriels à l'attention des clients et des transitaires, ainsi qu'à saisir des données dans leur système informatique. Son salaire mensuel était de 24'800 fr. depuis janvier 2019, treize fois l'an. Il avait touché en sus une gratification de 10'000 fr. en 2019 et de 5'000 fr. en 2020. Dans le courriel accompagnant ce formulaire, l'employeur a précisé que le salaire actuel de l'assuré ne correspondait plus à la prestation fournie, son poste ayant été réadapté en un poste d'exécutant avec peu de responsabilités et des tâches simples.

Dans un rapport du 30 janvier 2021, la Dre F._____, médecin généraliste traitante, a posé comme diagnostic des troubles cognitifs mineurs d'origine neurodégénérative de type Alzheimer probable depuis janvier 2020. La capacité de travail de l'assuré était de 70 % dans une activité de travail administratif depuis le 5 septembre 2020. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était estimée entre 4 et 6 heures par jour.

Dans un rapport du 18 mars 2021, la Dre W._____, médecin praticien, a mentionné que la capacité de travail de l'assuré était passée à 50 % dans l'activité adaptée auprès de son employeur. Ses limitations fonctionnelles étaient des oublis, une diminution voire une perte d'initiative, ainsi que des troubles mnésiques exécutifs et attentionnels, qui nécessitaient une simplification des tâches et une diminution des interactions au strict nécessaire.

Par rapport réceptionné par l'OAI le 18 octobre 2021, la Dre F._____ a indiqué que les troubles cognitifs étaient désormais majeurs et que la capacité de travail de l'assuré était de 50 % depuis le 8 mars 2021.

Dans un rapport du 10 novembre 2021, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé que dans son activité professionnelle initiale, l'assuré serait en totale incapacité de travail, et que sa capacité de travail dans le poste adapté était de 50 % depuis le 14 décembre 2020. Elle a entre autres souligné que ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées. En raison de la progression régulière des troubles neurocognitifs observée et de l'absence de traitement, l'assuré allait progressivement perdre ses capacités cognitives, ce qui allait aboutir à une incapacité de travailler à 100 % à court, voire moyen terme.

Par courriel du 8 novembre 2021, D._____ SA a fait savoir à l'OAI qu'elle avait régulièrement adapté le poste de travail de l'assuré depuis bientôt deux ans et qu'il ne lui serait malheureusement plus

possible d'adapter ses tâches lorsqu'il ne sera plus en mesure d'assurer celles qui lui étaient confiées à ce jour.

Dans un avis du 18 janvier 2022, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu ce qui suit :

Vu l'atteinte cognitive importante constatée en 2020, il nous apparaît impossible que l'assuré puisse bénéficier d'un poste de travail dans une autre entreprise s'il venait à être licencié de son poste actuel. Notons encore que la démence d'Alzheimer de cet assuré s'est instaurée rapidement avec des atteintes cognitives déjà conséquentes et dont l'évolution est inéluctable. Dans les mois à venir, il est hautement vraisemblable que sa CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] diminue encore et devienne nulle, comme le montre déjà la réduction de celle-ci en mars 2021 après une tentative d'augmentation de celle-ci entre juin 2020 et septembre 2020.

Conclusion

Avec les éléments médicaux objectifs à notre disposition et l'évolution rapide de la maladie, nous pouvons admettre que la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] est nulle et n'est plus exigible depuis le 04.02.2020 en raison de l'atteinte cognitive. La CTAA est évolutive entre juin 2020 et mars 2021, à 50% depuis lors et une diminution à attendre dans les mois à venir selon toute vraisemblance. [...]

Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR étaient les suivantes : troubles de la mémoire (encodage, récupération, stockage), troubles exécutifs (inhibition, flexibilité, mémoire de travail, calcul), troubles de l'attention (ralentissement, vitesse de traitement, temps de réaction, attention focalisée et divisée), manque du mot, perte des procédures de calcul et de la connaissance des panneaux routiers.

En réponse aux questions posées par l'OAI, D._____ SA a indiqué, en date du 9 février 2022, que l'assuré saisissait actuellement des données dans leur système informatique, qu'une migration vers un nouveau système allait prochainement se faire et qu'à partir de ce moment-là, l'assuré ne pourrait plus être employé dans la société. Son taux était de 50 % depuis le 8 mars 2021. Son salaire pour les années 2021 et 2022 était de 24'800 fr. par mois, treize fois l'an. Ce salaire ne correspondait pas à son rendement. Le salaire correspondant à son rendement était de 3'000 fr. pour un taux d'activité de 50 %.

Par projet de décision du 26 avril 2022, puis par décision du 29 août 2022, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mai 2021. L'OAI a retenu que le droit à la rente ne pouvait s'ouvrir qu'en mai 2021, soit six mois après le dépôt tardif de la demande de prestations, et qu'à cette date, l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, qui avait été adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a procédé au calcul du taux d'invalidité en comparant le revenu que l'assuré aurait pu réaliser en bonne santé en 2021, soit 322'400 fr., avec celui auquel il pouvait prétendre actuellement dans son activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un revenu de 39'000 fr., ce qui donnait un degré d'invalidité de 87,90 %. Il a précisé que l'ancien système de rentes demeurait applicable à tous les droits à la rente qui avaient pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022.

Le projet de décision de l'OAI a été notifié à la Fondation collective LPP de la [...], à savoir la Fondation B._____, alors que tel n'a pas été le cas de la décision d'octroi de rente. A la demande de cette dernière, l'OAI lui a transmis une copie de la décision précitée le 16 septembre 2022.

B. Par acte du 27 septembre 2022, la Fondation B._____ (ci-après : la recourante) a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à ce qu'il soit procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité de C._____ en prenant en compte le revenu effectivement réalisé par celui-ci. Après avoir relevé que la décision en question ne lui avait pas été notifiée correctement, elle a estimé qu'il y avait lieu de se fonder sur les salaires effectifs perçus par l'assuré, soit 322'400 fr. en 2020 et 2021, de sorte qu'il n'avait pas subi de préjudice économique durant ces années. Pour l'année 2022, il convenait de calculer le degré d'invalidité en tenant compte du salaire de 161'200 fr. annoncé par l'employeur, pour une capacité de travail de 50 %. La recourante a relevé que, contrairement aux règles prévalant avant le 1^{er} janvier 2022, la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI) prévoit désormais que le

revenu que l'assuré continue effectivement de réaliser est considéré comme le revenu avec invalidité déterminant, pour autant qu'il exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant cette activité lucrative, et ceci également lorsqu'il s'agit d'un salaire dit « social ».

Dans sa réponse du 17 novembre 2022, l'OAI a relevé que lorsque la décision concernant un premier octroi de rente était rendue après le 1^{er} janvier 2022 mais portait sur un droit qui avait pris naissance avant cette date, il convenait d'appliquer les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

La recourante a maintenu sa position en date du 15 décembre 2022.

Invité à se déterminer, C. _____ s'est rallié à l'argumentation de l'OAI, estimant que l'institution de prévoyance faisait abstraction des dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 dans le cadre du développement de l'AI.

E n d r o i t :

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

b) 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 ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir 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 144 V 29 consid. 3 ; 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). 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 (ATF 143 V 434 consid. 2.2) ; 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 le 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 (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 132 V 1 consid. 3.3.1). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente ; sans quoi, il appartient aux organes de la prévoyance professionnelle d'examiner librement les conditions du droit à la rente (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 ; TF 9C_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

c) En l'occurrence, il y a lieu de reconnaître à la Fondation B._____ la qualité pour recourir, dès lors que C._____ était valablement assuré auprès d'elle lors de la survenance de son incapacité de travail (art. 10 LPP), et dans la mesure où les constatations et appréciations de l'OAI sont en principe contraignantes à son égard s'agissant du droit à la rente, notamment au regard des conditions minimales de la prévoyance obligatoire.

d) Si la décision litigieuse n'a, à tort, pas été notifiée directement à la recourante, celle-ci en a toutefois eu connaissance et a pu en obtenir une copie, qui lui a été envoyée le 16 septembre 2022. Le défaut de notification reste ainsi sans conséquence, puisqu'il n'a pas causé de préjudice à son destinataire (ATF 122 V 189 consid. 2).

e) Le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de l'assuré à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question du revenu d'invalidité à prendre en considération dans le cadre de la comparaison des revenus destinée à fixer le degré d'invalidité.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Les dispositions transitoires prévoient que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c).

b) En l'occurrence, dans la mesure où l'assuré était âgé de 61 ans au moment de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions et que son droit à la rente a pris naissance le 1^{er} mai 2021, il convient d'appliquer l'ancien droit.

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. En l'occurrence, l'assuré travaillait comme trader dans le domaine du [...] pour la société D._____ SA, dont il était fondé de pouvoir. Il exerçait un rôle commercial et financier avec la gestion des positions en bourse. Ce poste exigeait de grandes facultés de concentration, d'attention, d'interprétation ainsi que de l'endurance et du soin (formulaire de l'employeur du 8 janvier 2021). A l'occasion de l'examen réalisé par la Dre Q._____, l'assuré a expliqué que son travail demandait une hypervigilance, une adaptabilité, une rapidité de réaction ainsi qu'une précision de chaque instant (rapport du 26 mai 2020 p. 2).

En raison de ses troubles cognitifs, l'assuré s'est retrouvé dans l'incapacité d'exercer son activité habituelle à partir du 4 février 2020. Il a pu reprendre progressivement le travail dès le 20 juin 2020, mais pas dans le poste de trader qu'il occupait jusque-là. Dès cette date, son employeur lui a confié d'autres tâches, plus simples, consistant à rassembler

différentes informations, à rédiger des courriels à l'attention des clients et des transitaires, ainsi qu'à saisir des données dans le système informatique (formulaire de l'employeur du 8 janvier 2021). Son poste a par la suite été régulièrement adapté (courriel de l'employeur du 8 novembre 2021). Les différents médecins qu'il a consultés ont en effet attesté qu'il présentait des troubles cognitifs avec des difficultés à assimiler des nouvelles données, des oublis, ainsi que des troubles de l'attention, qui nécessitaient une simplification des tâches et une diminution des interactions au strict nécessaire et qui ne permettaient pas la reprise de son activité habituelle (rapports de la Dre F. _____ du 30 janvier 2021, de la Dre W. _____ du 18 mars 2021 et de la Dre M. _____ du 10 novembre 2021). Dans son avis du 18 janvier 2022, le SMR a constaté que le diagnostic de démence de type Alzheimer avait été bien documenté aux cours des investigations menées et que celle-ci progressait rapidement. C'est donc de manière convaincante que le SMR a confirmé, dans son avis du 18 janvier 2022, l'existence d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et d'une capacité de 50 % dans l'activité adaptée par l'employeur dès le 8 mars 2021, laquelle était très vraisemblablement amenée à diminuer dans les mois à venir.

C'est également à juste titre que l'OAI a constaté qu'en raison du dépôt tardif de la demande de prestations, le 30 novembre 2020, le droit à la rente ne pouvait s'ouvrir qu'à partir du 1^{er} mai 2021, compte tenu du délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI.

6. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution

vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

c) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2).

L'art. 25 al. 1 let. b RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021) exclut la prise en compte, à titre de revenu, des éléments de salaire dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie parce que sa capacité de travail limitée ne lui permet pas. C'est ce que l'on nomme « salaire social » (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 549 n° 2071). Il y a salaire social lorsque les prestations versées par l'employeur ne correspondent pas au rendement de l'assuré (ATF 104 V 90 consid. 2). Dans ce cas, ce dernier poursuit régulièrement son activité, mais il ne peut fournir, en raison de l'atteinte à la santé, qu'une prestation réduite du point de vue quantitatif ou qualitatif. Si tel est le cas, il ne faut prendre en compte, à titre de revenu, que la part du salaire qui correspond à sa capacité de travail. Les montants qui dépassent cette part sont considérés comme un salaire social lors même que des cotisations en auraient été déduites (RCC 1970 p. 336 consid. 2). La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). Les informations fournies par l'employeur doivent être évaluées de manière critique, car il se peut qu'il ait un intérêt propre à faire valoir un salaire social. La jurisprudence reconnaît notamment

comme indices du versement d'un salaire social une longue durée des rapports de travail ou des liens de parenté avec la personne assurée (TF 8C_655/2021 du 27 juin 2022 consid. 6.4.3 et la référence).

7. a) Le salaire sans invalidité retenu par l'OAI n'est pas contesté et peut être confirmé. Il ressort en effet des indications données par l'employeur que l'assuré aurait touché une rémunération annuelle de 322'400 fr. en 2021 s'il n'avait pas été atteint dans sa santé.

b) La recourante conteste en revanche le salaire avec invalidité de 39'000 fr. retenu par l'OAI et estime qu'il y a lieu de se fonder sur les salaires effectifs perçus par l'assuré, à savoir 322'400 fr. pour les années 2020 et 2021, et le montant de 161'200 fr. annoncé pour 2022.

La recourante se prévaut notamment de la CIRAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022, qui a remplacé la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI). Or, comme indiqué ci-dessus (cf. consid. 3), il convient en l'occurrence d'appliquer l'ancien droit, tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, pour examiner les conditions du droit à la rente. Or celui-ci prévoyait que la partie de « salaire social » versée à la personne assurée n'était pas prise en compte à titre de revenus (art. 25 al. 1 let. b RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

Dans son formulaire du 8 janvier 2021, D. _____ SA a indiqué que le salaire versé à l'assuré depuis sa reprise d'emploi ne correspondait pas à son rendement (question 5.2), ce qu'elle a confirmé en date du 9 février 2022. Si la preuve d'un salaire social est soumise à des exigences strictes et que les informations fournies par l'employeur doivent être évaluées de manière critique, il faut constater qu'en l'occurrence, l'existence d'un tel salaire dit « social » doit être admise. Il ressort en effet clairement des différents rapports médicaux au dossier qu'en raison de ses problèmes de santé, l'assuré n'était en mesure d'exercer que des tâches simples dans un poste administratif qui soit compatible avec ses capacités limitées de concentration, de compréhension, d'adaptation et de

résistance. Les limitations fonctionnelles décrites par les médecins démontrent par ailleurs à l'évidence que l'activité adaptée exercée, qui s'est réduite, dès mars 2021 à tout le moins, à de la saisie de données dans le système informatique à un taux de 50 % (cf. le rapport de la Dre W._____ du 18 mars 2021 et les réponses de l'employeur du 9 février 2022), ne justifie pas le salaire de plus de 320'000 fr. que l'assuré a continué à percevoir et qui a été annoncé aux assurances sociales. Un tel salaire ne correspond en effet pas à la prestation fournie par l'assuré tant du point de vue quantitatif que qualitatif et contient manifestement une composante sociale. Celle-ci s'explique en l'espèce aisément par la durée des rapports de travail, l'assuré étant employé par D._____ SA depuis 1985, de sorte que cela faisait 35 ans qu'il œuvrait pour cette société - dont il était d'ailleurs fondé de pouvoir - lors du début de son incapacité de travail.

Interrogé quant au salaire qui correspond effectivement au rendement de l'assuré, l'employeur a communiqué le chiffre de 3'000 fr. pour le taux d'activité de 50 %, dans ses réponses du 9 février 2022. Ce salaire paraît cohérent avec les exigences du poste occupé et le profil de l'assuré. La recourante ne critique d'ailleurs pas ce montant en tant que tel dans ses écritures. Il n'y a dès lors pas de raison de s'en écarter.

c) Au final, il faut constater que l'office intimé n'a pas violé le droit fédéral en retenant un revenu d'invalidé de 39'000 fr. et en allouant une rente entière d'invalidité à l'assuré à compter du 1^{er} mai 2021, sur la base d'un taux d'invalidité de 88 %.

8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la Fondation B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- B._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- M. C._____,
- 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 :