

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 25 août 2025

Composition : M. WIEDLER, président

Mme Pétremand, juge suppléante, et M. Perreten, assesseur

Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], demandeur, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

B. _____, à Paudex, défendeur, représenté par Me Anne Troillet, avocate à Genève.

Art. 23 LPP

E n f a i t :

A. a) A. _____ (ci-après, également : l'assuré ou le demandeur), né le [...] et domicilié à [...], a travaillé dès le 18 juillet 2016 pour la société C. _____ SA, à [...], en qualité d'administrateur de systèmes au taux de 80 % pour un salaire brut de 5'600 fr. par mois.

A ce titre, il a été affilié au B. _____ (ci-après, également : le B. _____ ou le défendeur), à [...]. Conformément à la demande d'affiliation du 27 juillet 2016, l'affiliation a débuté le 18 juillet 2016 pour un salaire AVS brut annuel de 67'200 fr. à un taux d'activité de 80 %. Selon l'attestation d'assurance au 18 juillet 2016 établie par le B. _____ le 2 août 2016, A. _____ était assuré pour un salaire correspondant au salaire AVS annuel de 67'200 fr. dans le plan B. _____-Optima, variante 1, la rente annuelle d'invalidité assurée s'élevant à 20'160 francs.

b) Le 4 décembre 2016, l'assuré a subi une hémorragie pontique à gauche, sur une malformation artérioveineuse. Il a été en arrêt de travail et a perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain en cas de maladie N. _____ Assurances Générales SA.

c) C. _____ SA a rempli le 12 mai 2017 une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en indiquant qu'A. _____ avait été en arrêt de travail à 100 % jusqu'au 4 janvier 2017, puis à 90 % jusqu'au 30 avril 2017 et à 80 % dès le 1^{er} mai 2017.

Au cours de l'entretien initial qui s'est déroulé le 23 mai 2017 dans les locaux de l'OAI, il a été noté qu'avant ses problèmes de santé, l'assuré travaillait à 80 % par choix et qu'il souhaitait bénéficier d'une aide à la réinsertion professionnelle. A. _____ a déposé une demande de prestations AI pour adulte le 31 mai 2017.

C. _____ SA a complété le 5 juillet 2017 le questionnaire AI pour l'employeur. Il en ressort qu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré

travaillait à raison de trente-quatre heures par semaine et que son activité consistait souvent à des tâches consacrées au développement informatique, ainsi qu'à l'administration et à la maintenance de réseaux informatiques. L'employeur a indiqué un salaire AVS annuel de 67'200 fr. depuis le 18 juillet 2016. Depuis le 4 janvier 2017, son temps de travail était de quatre heures et vingt-cinq minutes par semaine, augmenté à huit heures et trente minutes par semaine à compter du 1^{er} mai 2017.

Par la suite, A. _____ a fait l'objet des différentes mesures de réadaptation AI suivantes :

- Le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a débuté un suivi en août 2017. Des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail ont été instaurées.
- La prise en charge d'un soutien dans la reprise d'activité a été octroyée du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017 pour un taux de présence de 30 % à augmenter progressivement, avec versement d'indemnités journalières.
- A l'issue d'un premier bilan du 19 octobre 2017, une mesure de réinsertion en entreprise sous la forme d'un coaching par une psychologue a été instaurée du 26 octobre au 31 décembre 2017.
- La mesure de soutien dans la reprise d'activité a été prolongée jusqu'au 31 août 2018 avec un taux de présence de 40 %, de même que le versement des indemnités journalières et le coaching, auquel un bilan professionnel a été entretemps ajouté.
- L'OAI a mis en place une mesure d'observation professionnelle sous la forme d'une évaluation auprès de G. _____ Sàrl du 15 juin au 15 juillet 2018.
- Lors du bilan des mesures AI du 25 juillet 2018, il a été constaté que l'emploi exercé par l'assuré auprès de C. _____ SA n'était plus adapté

à son état de santé, de sorte que le maintien de la mesure de soutien à la reprise ne se justifiait pas. Il a ainsi été décidé que l'employeur mettrait fin au contrat de travail pour le 30 septembre 2018 tout en libérant l'assuré de son obligation de travailler dès le 1^{er} septembre 2018 afin qu'il puisse se rendre disponible pour un stage ou une formation.

- L'assuré a été mis au bénéfice de l'indemnité journalière durant le délai d'attente du 1^{er} septembre au 31 décembre 2018.
- L'assuré a ensuite bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle, sous la forme d'un stage auprès de l'entreprise H. _____ du 1^{er} octobre 2018 au 31 janvier 2019 avec un taux de présence de 50 %, durant lequel il a continué de bénéficier d'indemnités journalières de l'Al.
- Une mesure de reclassement sous la forme d'un nouveau coaching a été octroyée du 3 décembre 2018 au 10 janvier 2019.
- Lors du bilan du 22 janvier 2019, l'assuré a indiqué qu'il souhaitait poursuivre sa collaboration avec l'entreprise H. _____, malgré le faible salaire proposé. Il a été informé que la mesure d'orientation ne pourrait pas être prolongée et que son revenu actuel ne pourrait pas être utilisé dans le calcul du revenu avec invalidité. Il était cependant possible d'octroyer un placement à l'essai pour une période de six mois. Ainsi, un placement à l'essai du 1^{er} février au 31 juillet 2019 a été octroyé, puis prolongé jusqu'au 31 janvier 2020, avec maintien des indemnités journalières de l'Al. Ce placement n'a toutefois pas permis un engagement définitif, l'assuré ayant connu une péjoration de son état de santé et une diminution de son taux d'activité à 30 %, selon le rapport final du 2 décembre 2019.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, les rapports médicaux suivants ont été successivement pris en compte :

- Un rapport du 22 mai 2018, dans lequel la Dre F._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que le tableau clinique évoquait des séquelles de l'hémorragie pontique, sous la forme d'une paralysie faciale périphérique gauche, d'un héli-syndrome sensitif thermique de l'hémicorps droit, visage inclus, d'une suspicion de trouble neurovégétatif sur lésion du tronc cérébral gauche, d'une fatigabilité et de troubles attentionnels. Les troubles neurocognitifs limitaient la capacité de travail à 40 %. Le 18 mars 2020, la Dre F._____ a indiqué qu'elle n'avait pas revu le patient depuis juillet 2018, mais que l'activité exercée à l'époque était adaptée aux limitations déterminées dans l'évaluation de G._____ Sàrl, soit une capacité de travail de trois à quatre heures par jour avec une heure et trente minutes de pause.
- Un rapport des 22 et 27 juin 2018, aux termes duquel V._____, neuropsychologue, de G._____ Sàrl, a relevé des capacités limitées en attention soutenue, un ralentissement à une tâche graphique, un fléchissement exécutif se manifestant principalement par des difficultés en mémoire de travail dans ses composantes de gestion d'interférences et en situation de mise à jour, ainsi qu'un score significatif sur le versant « anxiété » et « dépression » à un questionnaire évaluant l'humeur. Les autres fonctions cognitives investiguées (langage, praxies, gnosies visuelles, mémoire à court et long terme) étaient globalement préservées. L'assuré présentait ainsi principalement des troubles attentionnels se manifestant cliniquement par une fatigabilité accrue, un rendement fragile et une faiblesse en mémoire de travail, troubles qui semblaient s'inscrire dans le cadre de l'hémorragie pontique et qui présentaient un degré de gravité léger sur le plan neuropsychologique.
- Un rapport du 18 mars 2019 des Drs T._____, S._____ et E._____, spécialistes en pneumologie, que l'assuré avait consultés en novembre 2018, dans lequel une sarcoïdose thoracique de stade II avait été diagnostiquée. Les pneumologues ont indiqué le 28 mai 2020 qu'aucun arrêt de travail n'avait été prescrit par leurs soins et que, sur le plan strictement pneumologique, la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans toute activité.

- Un rapport du 29 juillet 2019 de la Dre I._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a attesté des périodes d'incapacité à 90 % du 4 janvier au 30 avril 2017, à 80 % du 1^{er} mai au 31 juillet 2017, à 70 % du 1^{er} août au 30 septembre 2017, à 40 % du 1^{er} octobre 2017 au 31 juillet 2018 et à 50 % dès le 1^{er} août 2018, ainsi que posé des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants : AVC hémorragique depuis décembre 2016, sarcoïdose thoracique depuis novembre 2018, apnée de sommeil depuis juillet 2017 et dépression depuis 2019.
- Un rapport du 5 décembre 2019, dans lequel le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé qu'il suivait l'assuré depuis le 3 mai 2019 à une fréquence hebdomadaire. Il a posé les diagnostics dans sa spécialité de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité légère (F 33.0), et de modifications gênantes de la personnalité (traits émotionnellement labiles ; F 61.1). La capacité de travail était de 50 %, avec un rendement diminué. Les limitations fonctionnelles correspondaient à une fatigabilité importante, un discret ralentissement, ainsi que des difficultés attentionnelles et exécutives. Le psychiatre traitant a confirmé son diagnostic le 28 mai 2020, en indiquant les limitations fonctionnelles suivantes : « [...] une fatigabilité importante, des difficultés de concentration et d'attention soutenue, pouvant engendrer des erreurs, des maux de tête fréquents. Il existe par ailleurs une faible tolérance à l'ennui et à la répétitivité, dont il est difficile de dire si elles relèvent de la personnalité du patient ou de séquelles de l'hémorragie pontique de décembre 2016 ». Il a également décrit le déroulement d'une journée-type de son patient, ses ressources et ses difficultés. Il a évalué la capacité de travail à 30 % dans toute activité, soit un taux de présence de trois à quatre heures par jour avec une baisse de rendement de 30 %. Des mesures professionnelles n'étaient à son avis pas envisageables dans l'immédiat.

Par avis médical du 22 juillet 2020, le Service médical régional de l'AI (SMR) s'est référé à l'évaluation de neuroréhabilitation de juin

2018, ainsi qu'aux rapports de la Dre F. _____ et du Dr O. _____, et en a conclu ce qui suit :

“Assuré de 40 ans connu pour un AVC hémorragique le 4.12.2016 dont la CT [capacité de travail] semble limitée à 50 % depuis octobre 2018 au vu de séquelles cognitives. S'ajoute actuellement une atteinte psychique qui semble encore diminuer cette CT par une baisse de rendement. Néanmoins nous sommes un peu surpris qu'un état dépressif de degré léger puisse avoir une répercussion sur la CT d'autant que l'évolution semble favorable sous traitement selon le psychiatre traitant. Dans ces conditions pour permettre une évaluation objective de la capacité de travail dans une activité adaptée, en faisant exclusion des facteurs extra médicaux qui ne sont pas du ressort de l'AI, il est nécessaire de demander : Une expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique.”

Suivant l'avis du SMR, l'OAI a adressé le 6 octobre 2020 un mandat d'expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique au Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a déposé son rapport le 13 novembre 2020. Exposant que le bilan neuropsychologique n'avait pas pu être effectué, l'expert a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger existant depuis l'automne 2019 mais en rémission complète depuis mi-janvier / début février 2020 (F32.0). Les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport neuropsychologique de juin 2018 justifiaient l'incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'administrateur systèmes et de 50 % (sur un taux hypothétique de 100 %) dans une activité adaptée depuis juin 2018. La symptomatologie anxio-dépressive avait justifié une augmentation transitoire de l'incapacité de travail à 70 % entre septembre 2019 et mi-janvier / début février 2020. L'expert demandait que l'assuré soit soumis à un nouvel examen neuropsychologique.

Dans son évaluation médicale et médico-assurantielle, l'expert a explicité les raisons pour lesquelles il avait écarté les diagnostics posés par le psychiatre traitant de l'assuré de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, dans le contexte de difficultés personnelles existant de longue date (F33.0), et de modifications gênantes de la personnalité (traits émotionnellement labiles) existant depuis le début de l'âge adulte (F61.1), en résumant ainsi son appréciation :

“[...] En résumé, il s’agit d’un assuré qui a certainement souffert d’un épisode dépressif majeur, affection qui n’est actuellement pas à l’origine d’une diminution de la capacité de travail, car complètement amendée, ainsi que de séquelles neurologiques d’un AVC, ces derniers ayant par contre une certaine influence sur la capacité de travail et sur la capacité de gain, ce qui a été largement pris en considération par les SMR de l’OAI, qui a considéré que le taux de travail médicalement exigible dans le marché libre à 50 % au maximum. Donc, pour être sûr de l’éventuelle persistance desdites limitations fonctionnelles neurologiques, un nouvel examen neuropsychologique est à envisager, examen qui pourrait confirmer ou infirmer l’évaluation de juin 2018, ce qui permettra de faire le tri entre les doléances subjectives et les constatations objectives.”.

En conclusion de son résumé de l’évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l’assuré, ainsi que de son avis concernant la personnalité de l’assuré, le Dr Z. _____ a écrit :

“[...] ces différents éléments mettent en évidence l’influence mutuelle entre des facteurs propres des séquelles de l’AVC, de la personnalité, ainsi qu’extérieurs dans la compréhension d’une symptomatologie successive à un AVC. A ce jour, la symptomatologie résiduelle, ressentie surtout à un niveau subjectif par l’assuré, semble principalement être en lien à des séquelles cognitives de son AVC, pour lesquelles il est nécessaire qu’il bénéficie d’une ultérieure évaluation neurologique, afin d’évaluer de manière détaillée l’impact actuel des dites séquelles neurologiques, permettant au même temps d’exclure l’influence éventuelle de facteurs plus subjectifs, qui ne peuvent être cependant reliés à des problématiques d’ordre psychiatrique, étant plutôt de l’ordre des facteurs extra-médicaux, donc extérieurs à l’atteinte à la santé.”.

L’expert psychiatre a évalué comme suit l’évolution au jour de l’expertise s’agissant des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison :

“A l’heure actuelle, sa situation personnelle semble s’être stabilisée ainsi que son état psychique et cela au moins depuis fin janvier/début février 2020. A partir de cette date, du point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail définitive de l’assuré dans une profession adaptée est sans doute totale, et cela sans diminution du rendement. Reste par contre à évaluer la capacité de travail du point de vue neurologique, qui auparavant a été attestée à 50 % lors de l’évaluation neuropsychologique de juin 2018, mais actuellement pourrait même s’être améliorée, raison pour laquelle une nouvelle évaluation neuropsychologique demeure nécessaire et cela sans délai.”.

Dans le même sens, il a relevé dans son appréciation des capacités, des ressources et des difficultés :

“A ce jour, Monsieur A. _____ ne présente pas de problématiques strictement psychiatriques pouvant impacter les capacités mentionnées ci-dessus. Plus spécifiquement, nous estimons que la symptomatologie anxieux-dépressive développée par l’assuré en automne 2019, réactionnelle principalement à une relation toxique avec son ex-compagne, soit à partir de mi-janvier/début février 2020 totalement en rémission. En effet, à cette même période, l’assuré se montre en capacité d’investir une nouvelle relation et relate de lui-même observer dès lors une diminution de sa symptomatologie. A savoir que d’un point de vue neuropsychologique une capacité de travail à 50 % a été attestée dès juin 2018 et que la symptomatologie anxieux-dépressive aurait alors réduit, bien que de manière transitoire, la capacité de travail à 30 %. [...] Les plaintes actuelles de l’assuré semblent donc se baser principalement sur les séquelles neuropsychologiques, ainsi que sur des éléments propres de sa personnalité ainsi qu’extra médicaux, qui ne sont donc pas d’origine psychiatrique. [...]. Ceci dit, nous pouvons uniquement nous prononcer sur l’existence d’une atteinte à la santé en lien à des facteurs psychiatriques, sur la base de nos observations lors de l’entretien expertal. Afin d’obtenir un cadre complet de l’atteinte à la santé globale, il est nécessaire que l’assuré soit soumis à une nouvelle évaluation neuropsychologique, afin de déterminer l’influence actuel des séquelles de son AVC.”.

Dans un avis médical du 14 décembre 2020, le SMR a mentionné ce qui suit :

“En résumé, l’expert psychiatre ne retient aucune atteinte psychiatrique durablement incapacitante, il est noté un épisode dépressif léger avec une [incapacité de travail] de 70 % septembre 2019 à janvier 2020, réactionnel à un conflit de couple. Il est conclu à l’absence de [limitations fonctionnelles] psychiatriques. Malheureusement une évaluation neuropsychologique n’a pas pu être réalisée, comme demandé expressément dans mon avis SMR [du 22/07/2020]. L’expert confirme qu’il est essentiel de réaliser un tel examen car l’évolution de l’[incapacité de travail] est essentiellement due aux séquelles éventuelles neuropsychologiques en lien avec l’AVC du 04/12/2016. Nous ne pouvons suivre l’évolution de l’[incapacité de travail] décrite par l’expert psychiatre p. 55 en l’état, car les [limitations fonctionnelles] neurocognitives semblent subjectives, l’expert n’ayant pas objectivé de [limitations fonctionnelles] cognitives patentées, lors de son expertise, ayant un impact sur la [capacité de travail]. Il est nécessaire de confirmer ou d’infirmier les résultats de l’examen neuropsychologique de juin 2018 et de déterminer la [capacité de travail] exigible sans tenir compte des nombreux facteurs extra-médicaux qui ne sont pas du ressort de l’Assurance Invalidité. Nous sommes dans l’obligation de demander : Un examen neuropsychologique [...].”.

Selon le rapport du 1^{er} mars 2021 des neuropsychologues K._____ et P._____, de la Consultation de neuropsychologie, les résultats de leur examen étaient globalement comparables à ceux objectivés en juin 2018, avec la persistance de légères difficultés attentionnelles et d'une faiblesse de la mémoire de travail, le reste des fonctions cognitives investiguées étant préservé. Ainsi, l'assuré présentait « une atteinte cognitive légère, caractérisée par un fléchissement attentionnel et exécutif, peu spécifique, mais pouvant être compatible avec la fatigue consécutive à l'hémorragie cérébrale [...] ». La situation était stable depuis juin 2018 et il en résultait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de l'ordre de 25 % compte tenu de la fatigabilité connue après une atteinte cérébrale et pouvant se répercuter sur le recrutement des ressources attentionnelles. S'agissant des limitations fonctionnelles, les neuropsychologues recommandaient « des pauses fréquentes et un environnement de travail calme (éviter les situations stressantes), permettant à l'assuré de gérer au mieux sa fatigabilité, afin de préserver ses ressources attentionnelles ». La capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, avec cependant une baisse de rendement de 20 % compte tenu de la fatigabilité.

Après avoir résumé les rapports précités, le SMR a exprimé le 18 mars 2021 l'avis médical suivant : « Nous sommes devant la situation d'un assuré qui présente une atteinte cognitive légère séquellaire à son AVC du 04/12/2016. Il n'y a pas d'atteinte psychiatrique durablement incapacitante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions des expertises psychiatriques et neuropsychologiques », en notant que l'assuré présentait une longue maladie dès le 4 décembre 2016, avec une incapacité de travail suivant les taux appliqués durant les mesures de réadaptation. La capacité de travail était de 75 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles consistant en un fléchissement des capacités attentionnelles et exécutives, ainsi qu'une fatigabilité.

Au cours d'un entretien avec l'OAI du 19 août 2021, l'assuré a indiqué qu'il s'était inscrit au chômage pour un taux d'activité de 30 %, sans succès. Fin 2020, il s'était réorienté vers le support informatique pour les particuliers et avait été engagé par l'entreprise Q. _____ SA, qui était intéressée à déployer ce type de service. Il était rémunéré à l'heure et pouvait bénéficier de l'infrastructure de l'entreprise. Son activité équivalait désormais à un 30 %. Il imaginait pouvoir augmenter son taux d'activité, mais pas dans l'immédiat, estimant pouvoir atteindre un 75 % dans un délai d'une année. Il a également indiqué que, sans l'atteinte à la santé, il travaillerait à 100 % dès lors que son amie actuelle avait un enfant et travaillait à 60 % comme indépendante. La possibilité d'octroyer une mesure de placement à l'essai a alors été discutée.

L'OAI a octroyé à l'assuré un placement à l'essai du 1^{er} octobre 2021 au 31 mars 2022 auprès de Q. _____ SA, avec un taux de présence de 50 % dès le 1^{er} octobre 2021, une augmentation du taux d'activité pendant le mois de novembre 2021 puis un taux de 75 % dès le 1^{er} décembre 2021. Des indemnités journalières de l'AI ont été octroyées pour la même période.

Selon le rapport de la Dre I. _____ du 23 novembre 2021, son patient présentait une incapacité de travail permanente de 50 % des suites de l'hémorragie pontique subie en décembre 2016. Une augmentation de son taux de travail n'était pas possible en raison d'une énorme fatigabilité, la situation ne pouvant guère évoluer après cinq ans. Elle a joint un rapport établi le 22 octobre 2021 par le Dr W. _____, spécialiste en neurologie, lequel exposait que l'assuré présentait une fatigue invalidante séquellaire de l'hémorragie pontique de décembre 2016. Aucune étude n'avait démontré l'efficacité d'un traitement médicamenteux contre cette fatigue et il fallait donc adapter les activités et le temps de travail. En l'occurrence, le taux d'activité de 50 % à raison de cinq jours par semaine était en voie d'acquisition et devait être stabilisé avant de tenter une augmentation progressive à raison de 10 % tous les trois à six mois. En réponse aux questions du SMR, le Dr W. _____ a indiqué le 4 avril 2022 qu'il avait été consulté pour un

deuxième avis et non pour un suivi. L'assuré présentait, des suites de l'hémorragie pontique, une paralysie faciale gauche ainsi qu'une fatigue sévère tant sur le plan cognitif que physique, associée à des céphalées de type tension, un léger manque de mots et quelques difficultés d'articulation. Enfin, il précisait : « La réponse à ce rapport se base uniquement sur la consultation du 20.10.2021, qui n'était ni une évaluation de sa capacité de travail, ni une expertise. ».

Selon la note d'entretien de l'OAI avec l'assuré et le directeur Q. _____ SA du 25 novembre 2021, la concentration et l'attention de l'assuré étaient bonnes pendant son activité à 50 % et ce taux devait être augmenté à 60 % dès le 1^{er} janvier 2022. L'augmentation de taux prévue durant le placement à l'essai ne s'est toutefois pas réalisée, d'après la note d'entretien du 10 février 2022 et les proposition/bilan de mesure du 23 mars 2022. Néanmoins, la mesure a été prolongée jusqu'au 30 septembre 2022 au taux de 50 % « et augmentation progressive le cas échéant », avec versement d'indemnités journalières.

Selon le compte rendu de la permanence SMR établi par L. _____ le 3 mai 2022, la situation a été décrite ainsi :

“Cf. Permanence du 14.12.2021 Nous avons admis une CT [capacité de travail] de 50 % avec une augmentation à 70-80 % sur une année. Manifestement, notre assuré n'arrive pas à dépasser une CT de 50 % et un engagement est prévu à la fin du PLA [placement] à l'essai, soit début octobre, mais à 50 % uniquement. Cf. rapport Dr W. _____ du 6.4.2022 qui se base sur son ancien rapport.”.

Les conclusions suivantes ont été formulées quant à la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à moyen-long terme : « Au vu des éléments, notamment des mesures mises en place et des derniers éléments médicaux, OK pour admettre une CT [capacité de travail] de 50 % dans toute activité, depuis le début de l'aptitude à la REA [réadaptation] au 27.6.2018. ».

Par contrat des 16 et 24 juin 2022, l'entreprise Q. _____ SA a conclu avec l'assuré un contrat de travail de durée indéterminée pour un

poste à 50 % d'aide à l'administration des ventes à compter du 1^{er} octobre 2022. L'OAI a établi un rapport final sur la réadaptation le 4 juillet 2022, mettant fin au suivi, sur le constat que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et qu'il avait trouvé une activité professionnelle correspondant à ses capacités dont le revenu ne pourrait toutefois pas être pris en compte pour le calcul du degré d'invalidité.

Dans sa réponse du 8 septembre 2022 à un formulaire de l'OAI rappelant qu'il était considéré comme actif à 80 % et lui demandant d'évaluer les empêchements dans la tenue de son ménage pour la part ménagère de 20 %, l'assuré a indiqué qu'il n'avait présenté aucun empêchement lié à ses tâches ménagères.

Se fondant sur le rapport final et les fiches de calcul du salaire exigible établies par son service de réadaptation les 28 juin et 4 juillet 2022, l'OAI a rendu un projet de décision du 3 octobre 2022 communiqué au B._____ (B._____), prévoyant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 30 septembre 2022, puis une rente s'élevant à 50 % d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2022. Dans sa motivation, l'OAI a indiqué que l'assuré présentait une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 4 décembre 2016, et que le délai d'attente d'une année avait donc commencé à courir à partir de cette date. Toutefois, l'assuré avait bénéficié d'indemnités journalières de l'AI du 1^{er} septembre 2017 au 31 janvier 2020, de sorte que le droit à la rente n'avait débuté qu'au 1^{er} février 2020. A cette date, l'incapacité de travail et de gain était de 50 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (fléchissement des capacités attentionnelles et exécutives, fatigabilité). Les indemnités journalières de l'AI versées du 1^{er} octobre 2021 au 30 septembre 2022 entraînaient par ailleurs la suppression de la rente. En conséquence, le degré d'invalidité devait être déterminé à l'échéance des deux périodes de réadaptation, soit au 31 janvier 2020 et au 30 septembre 2022, selon la méthode mixte avec une part ménagère de 20 % et une part active de 80 %. Pour la part active, il était nécessaire de se référer aux statistiques tant pour le revenu avec que sans invalidité. Le revenu sans atteinte à la santé à 100 % a été fixé par l'OAI à 93'664 fr. en 2020 et à 93'872.67 fr. en 2022. Pour 2020, l'empêchement était nul

dans la part ménagère et de 60,3 % dans la part active, soit un degré d'invalidité final de 48 % permettant l'octroi d'un quart de rente. Pour 2022, l'empêchement était toujours nul dans la part ménagère mais de 61,81 % dans la part active, soit un degré d'invalidité de 50 % donnant droit à 50 % d'une rente entière d'invalidité conformément au droit applicable depuis le 1^{er} janvier 2022.

Par décision du 3 janvier 2023, reprenant la motivation de son projet et communiquée au B._____, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité selon les modalités suivantes : un quart de rente d'invalidité d'un montant de 460 fr. du 1^{er} février au 31 décembre 2020 pour un degré d'invalidité de 48 %, un quart de rente d'invalidité d'un montant de 464 fr. du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021 pour un degré d'invalidité de 48 %, un quart de rente d'invalidité d'un montant de 464 fr. du 1^{er} octobre 2022 au 31 décembre 2022 pour un degré d'invalidité de 50 %, un quart de rente d'un montant de 476 fr. dès le 1^{er} janvier 2023 pour un degré d'invalidité de 50 %.

d) Selon l'attestation d'assurance au 1^{er} janvier 2018 du B._____ (B._____), le salaire assuré d'A._____ qui correspondait au salaire annuel AVS était de 67'200 fr. et la rente d'invalidité assurée s'élevait à 20'160 fr. en 2018.

Conformément aux avis de mutations adressés les 24 septembre et 1^{er} novembre 2018 par C._____ SA au B._____, le salaire AVS brut de l'année en cours, du 1^{er} janvier au 30 septembre 2018, s'élevait à 50'400 fr. et la date du début de l'incapacité de travail était fixée au 3 décembre 2016. Le 11 décembre 2018, le B._____ a informé A._____ de la fin de la couverture d'assurance des prestations pour survivants et d'invalidité au 30 septembre 2018, sauf pour le cas de maladie ou d'accident en cours, et du maintien de sa prévoyance sans paiement des cotisations, c'est-à-dire des prestations de vieillesse et du capital en cas de décès.

Par lettres des 10 février 2020 et 5 janvier 2023, la Caisse cantonale de chômage Agence de [...] a demandé au B. _____ des informations dans le cadre d'une procédure de compensation.

Selon les attestations d'assurance au 1^{er} janvier 2021 et 2022 du B. _____, A. _____ était assuré pour les prestations de vieillesse et le capital décès dans le plan B. _____-OPTIMA, variante 1, et son avoir de prévoyance était rémunéré d'un intérêt.

Le B. _____ a transféré un montant de 7'902.03 fr., au 7 juin 2022, à la D. _____, comptes de libre passage, à [...] (cf. lettre du B. _____ du 2 juin 2022). A la demande d'A. _____ par courriel du 5 août 2022, le B. _____ a transféré, à titre de prestation de sortie, le montant de 25'773 fr. 45 (dont 12'578 fr. 15 de minimum LPP), au 12 août 2022, à la D. _____ (cf. lettre du B. _____ du 10 août 2022). Au 31 décembre 2022, l'extrait du compte d'avoir de prévoyance d'A. _____ auprès de la D. _____ présentait un montant de 47'645 fr. 17.

Dans une lettre du 26 janvier 2023, A. _____, représenté par Me Jean-Michel Duc, a demandé au B. _____ le versement de sa rente d'invalidité dans un délai au 28 février 2023, ainsi qu'une copie de son dossier complet et une renonciation à invoquer la prescription jusqu'au 31 décembre 2025.

Le B. _____ a demandé le 27 janvier 2023 à l'OAI une copie du dossier d'A. _____. Il a accusé réception le 3 février 2023 de la lettre de l'assuré, en lui adressant une copie des pièces de son dossier, avec les attestations d'assurance, les comptes techniques et témoins et les règlements depuis 2016. Le B. _____ lui a adressé le 6 février 2023 une renonciation à invoquer la prescription. Par lettre du 9 février 2023, le B. _____ a demandé à l'assuré différents documents pour pouvoir déterminer son droit à des prestations d'invalidité, qui lui ont été transmis par l'assuré le 17 février 2023 et dont il ressort notamment que celui-ci avait perçu des indemnités de chômage de 2020 à 2022.

Les 10 février et 21 mars 2023, le B._____ a demandé à la D._____ de lui restituer le quart de la prestation de libre passage qui lui avait été transférée le 12 août 2022, augmentée des intérêts, compte tenu du projet de décision de l'OAI du 3 octobre 2022.

A la demande du B._____ par courriel du 8 février 2023, C._____ SA lui a communiqué les fiches des salaires d'A._____ de juillet 2016 à septembre 2018, selon lesquelles son salaire mensuel brut à 80 % s'élevait à 5'600 francs.

Par lettre du 3 mars 2023, le B._____ a informé A._____ que la décision de l'OAI lui ouvrait également le droit à des prestations d'invalidité, c'est-à-dire à l'attribution de la cotisation d'épargne sur son compte individuel dès le premier jour du quatrième mois suivant le début de l'incapacité, soit dès le 1^{er} avril 2017, ainsi qu'à un quart de rente d'invalidité réglementaire d'un montant de 443 fr. par mois prenant naissance le premier jour du vingt-cinquième mois suivant le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt dès que la rente était servie par l'AI, soit dès le 1^{er} février 2020. Le B._____ suspendait le versement de la rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2022 étant donné qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité AI. Selon son décompte, un montant total de 12'847 fr. devait lui être versé à titre de rente d'invalidité pour les périodes du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2021 et du 1^{er} octobre 2022 au 31 mars 2023, sous réserve du montant dû à la Caisse cantonale de chômage. Dès le 1^{er} avril 2023, le quart de rente de 443 fr. lui serait versé chaque mois. La libération du paiement des cotisations était effectuée rétroactivement du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018.

Selon la lettre du même jour du B._____ à C._____ SA, le montant de 2'004 fr. 15 en sa faveur, à titre de libération du paiement des cotisations du 1^{er} avril 2017 au 30 septembre 2018, devait être mis en déduction de sa prochaine demande d'acompte ou remboursé sur demande, à charge pour cette société de rembourser à A._____ les cotisations retenues sur son salaire.

Dans une décision du 15 mars 2023 communiquée au B._____, la Caisse cantonale de chômage Agence de [...] a décidé de se compenser à hauteur de 8'116 fr. 90 sur les prestations rétroactives allouées par l'institution de prévoyance professionnelle B._____ à A._____ pour la période concernée du 1^{er} février 2020 au 30 septembre 2021.

B. **a)** Par demande déposée le 29 mars 2023, A._____, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a ouvert action devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, préliminairement, à ce que sa demande soit déclarée recevable, principalement, à ce que sa demande soit admise et que le B._____ soit condamné à lui allouer une rente réglementaire entière avec intérêts moratoires de 1 % conformément à l'art. 39 du règlement de prévoyance dudit Fonds et à l'art. 12 OPP 2 [Ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1] et, subsidiairement, à ce que le B._____ soit condamné à lui allouer au minimum trois-quarts de rente avec intérêts moratoires de 1 % conformément à l'art. 39 du règlement de prévoyance dudit Fonds et à l'art. 12 OPP 2.

Le demandeur fait valoir que la force contraignante pour le défendeur du degré d'invalidité fixé par l'assurance-invalidité (AI) selon la méthode mixte chez les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel se limite à l'invalidité dans l'activité lucrative. Il ajoute que le statut de l'assuré fixé par l'AI ne joue aucun rôle pour l'évaluation de l'invalidité par l'institution de prévoyance et qu'une modification significative de ce statut au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] est sans importance pour la rente d'invalidité en cours de prévoyance professionnelle. Le demandeur invoque qu'il a contesté devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la décision de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI) du 3 janvier 2023 en ce qui concerne, d'une part, l'application de la méthode mixte et, d'autre part, le revenu sans invalidité fixé par l'OAI à 93'664 fr. sur la base des données salariales de

l'Office fédéral de la statistique (OFS), la procédure étant toujours pendante. A ce propos, il soutient qu'il aurait exercé une activité lucrative complète, de sorte que la méthode de comparaison des revenus aurait dû être appliquée, et qu'il aurait gagné, sans son atteinte à la santé et au vu de sa formation et de ses années de service, un salaire de 135'226 fr. selon le calculateur de salaire de l'OFS salarium, ce qui entraînerait un degré d'invalidité de plus de 70 % et lui donnerait ainsi droit à une rente entière d'invalidité. Comme moyens de preuve, il requiert de l'OAI et du défendeur la production de leurs dossiers respectifs.

b) Par réponse et demande reconventionnelle du 14 juillet 2023, le défendeur, représenté par Me Anne Troillet, s'est, à la forme, rapporté à justice quant à la recevabilité de la demande, tout en concluant à ce que ses écritures soient déclarées recevables, et il a conclu quant au fond, principalement, à ce que la demande formée par A._____ le 29 mars 2023 soit rejetée, qu'A._____ soit condamné en tous les frais de l'instance et débouté de toutes autres ou contraires conclusions, à titre reconventionnel, à ce qu'A._____ soit condamné à lui restituer le montant de 14'619 fr. au titre de rentes d'invalidité versées de manière indue et débouté de toutes autres ou contraires conclusions et, subsidiairement, à ce que le fonds de prévoyance soit acheminé à prouver par toutes voies de droit les faits allégués dans les présentes écritures. Il a alors produit un chargé de pièces comprenant le dossier d'A._____.

En substance, le défendeur considère que la décision de l'assurance-invalidité du 3 janvier 2023 est insoutenable, tant au regard du taux d'incapacité de travail que du revenu sans invalidité retenus, et qu'elle ne peut ainsi déployer aucun effet contraignant en matière de prévoyance professionnelle. Il relève que le rapport d'expertise psychiatrique du 13 novembre 2020 ne pose aucun diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail d'A._____ au plan psychique et émet des doutes quant à l'appréciation en 2018 de sa capacité de travail au plan neuropsychologique, en mettant en évidence un certain nombre de facteurs extra médicaux. Le défendeur se réfère en outre au rapport d'examen neuropsychologique du 1^{er} mai 2021 qui conclut à une capacité

de travail entière, avec une baisse de rendement de 25 % dans l'activité habituelle, respectivement avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il met en exergue que le SMR a entièrement validé les conclusions médicales de l'expertise psychiatrique et de l'expertise neuropsychologique dans son avis médical du 18 mars 2021, mais que la permanence du SMR a par la suite admis le 3 mai 2022 que la capacité de travail d'A._____ s'élevait à 50 % dans une activité adaptée à moyen-long terme, sans expliciter dans le cadre d'un rapport médical les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions des experts mandatés par l'OAI. En ce qui concerne le revenu sans invalidité, le défendeur estime qu'il a été fixé arbitrairement par l'OAI à 93'664 fr., dès lors que ce montant s'écarte sans motif valable du dernier salaire AVS perçu contractuellement par A._____. Pour toutes ces raisons, il considère que le degré d'invalidité du défendeur ne lui donne droit à aucune prestation d'invalidité de sa part. En conséquence, il déclare cesser de lui verser toute rente dès le mois d'août 2023 et demande que le défendeur restitue, conformément à l'art. 35a al. 1 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40], les rentes d'invalidité qui lui ont été versées sans cause juridique valable jusqu'à fin juillet 2023 d'un montant total de 14'619 francs. A titre subsidiaire, le défendeur expose que si, par impossible, l'évaluation de la capacité de travail par l'OAI n'était pas insoutenable, seul un quart de rente serait dû du fait que l'institution de prévoyance n'est pas liée par le degré d'invalidité AI pour la part active, mais qu'elle doit plutôt adapter le revenu sans invalidité au taux d'activité effectivement assuré. Comme moyens de preuve, il requiert la production du dossier de l'assurance-invalidité et un extrait récent du compte AVS d'A._____.

c) Répliquant le 18 août 2023, le demandeur a maintenu l'intégralité de ses conclusions. Il soutient que sa capacité de travail s'élève à 50 %, en se référant de manière générale aux rapports médicaux au dossier et à la note d'entretien de l'OAI du 23 mars 2022. Sur ce point, il allègue que l'OAI ne s'est pas écarté des conclusions de l'expertise psychiatrique et que le rapport d'examen neuropsychologique du 18

février 2021 ne peut pas être pris en compte du fait qu'il n'a été confirmé par aucun psychiatre ou neurologue, de sorte que la décision de l'OAI concernant le taux d'incapacité de travail est contraignante pour le défendeur. Par ailleurs, il déduit de l'art. 27^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 que son invalidité doit être calculée en se fondant sur un taux d'occupation de 100 % en se basant sur un courriel de son ancien employeur du 17 janvier 2023 qu'il produit. Il estime qu'il a droit à une rente entière d'invalidité et donc que la demande reconventionnelle du défendeur n'est pas justifiée, tout en excluant une condamnation aux frais au regard de l'art. 73 al. 2 LPP.

Par lettre du 26 septembre 2023, le demandeur a adressé au défendeur une sommation pour le versement de ses rentes d'invalidité des mois d'août et de septembre 2023, à laquelle le défendeur n'a pas donné suite selon la lettre de celui-ci du 4 octobre 2023.

d) En duplique le 13 octobre 2023, le défendeur a persisté intégralement dans ses conclusions. Il maintient que les rentes d'invalidité ont été versées au demandeur sans cause juridique valable et doivent donc être restituées compte tenu du caractère insoutenable de la décision de l'OAI du 3 janvier 2023. Il souligne à cet effet que l'OAI s'est écarté des conclusions des experts en admettant une incapacité de travail de 50 % selon l'avis médical du médecin traitant du demandeur, sans que le SMR ne se prononce, dans un rapport médical établi conformément aux règles de l'art, sur les avis divergents des experts et du médecin traitant, ni n'expose les raisons pour lesquelles il se justifiait de s'écarter des conclusions des experts, ce qui violerait la jurisprudence. De son point de vue, l'expert psychiatre a mis en doute le constat tiré par le rapport neuropsychologique de 2018 d'une incapacité de travail de 50 %, qui n'a pas non plus été soumis à un médecin. Le défendeur fait valoir que le nouvel art. 27^{bis} RAI n'a pas modifié les principes applicables au calcul du taux d'invalidité de la prévoyance professionnelle qui doit toujours être évalué en fonction du revenu sans invalidité correspondant au taux d'activité à temps partiel.

e) Aux termes de ses déterminations spontanées du 27 octobre 2023, le demandeur a déclaré maintenir ses conclusions en se référant à ses précédentes écritures. Il invoque en outre que l'OAI s'est écarté des conclusions de l'expertise psychiatrique sur la base du rapport du médecin traitant et des notes d'entretien des 14 décembre 2021 et 23 mars 2022.

f) Dans un arrêt du 23 juillet 2024 (cause AI 27/23 - 237/2024), la Cour de céans a partiellement admis le recours formé le 2 février 2023 par A. _____ contre la décision rendue le 3 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et cette décision a été réformée en ce sens qu'A. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2020, sous réserve de la période où des indemnités journalières lui ont été versées. N'ayant pas été contesté, cet arrêt est entré en force.

g) Par lettre du 26 février 2025, le juge instructeur a invité les parties à déposer leurs éventuelles déterminations au sujet de l'arrêt rendu le 23 juillet 2024 par la Cour de céans en matière d'assurance-invalidité.

h) Dans ses déterminations du 27 mars 2025, le demandeur a fait valoir que la décision de l'OAI du 3 janvier 2023 ne pourrait pas être considérée comme manifestement insoutenable et il a modifié ses conclusions, en concluant, préliminairement, à ce que sa demande soit déclarée recevable et, principalement, à ce que sa demande soit admise et le défendeur condamné à lui allouer une demi-rente réglementaire du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2023, avec intérêt moratoire de 1 % dès le 28 mars 2023 conformément à l'art. 39 du règlement de prévoyance et à l'art. 12 OPP 2, et une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2024 avec intérêt moratoire de 1,25 % dès le 1^{er} janvier 2024, le tout avec suite de dépens.

i) Dans ses déterminations du 9 mai 2025, le défendeur a maintenu son analyse juridique selon laquelle la décision de l'OAI serait manifestement insoutenable et il a persisté intégralement dans les conclusions prises dans le cadre de son mémoire-réponse du 14 juillet 2023.

j) Dans des déterminations spontanées du 11 juin 2025, le demandeur a persisté dans ses conclusions prises au pied de ses déterminations du 27 mars 2025, en contestant la position du défendeur.

E n d r o i t :

1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP).

b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (115 V 224 et 239 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; ATF 118 V 158 consid. 1 ; confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En l'espèce, l'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du domicile du défendeur et du lieu de

l'exploitation dans laquelle celui-ci a été engagé, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit du demandeur à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part du fonds de prévoyance défendeur, singulièrement sur la question de savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure la décision rendue en matière d'assurance-invalidité est contraignante en ce qui concerne le taux d'incapacité de travail et le revenu sans invalidité retenus.

3. Dans le système de la prévoyance professionnelle, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées (ATF 138 V 409 consid. 3.1). Lorsque les institutions de prévoyance étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales selon l'art. 49 al. 1 LPP, elles doivent tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 140 V 145 consid. 3.1 et les références).

4. a) En ce qui concerne les prestations d'invalidité, la décision de l'office AI est contraignante pour une institution de prévoyance professionnelle, pour autant qu'elle ait été intégrée dans la procédure relevant du droit de l'assurance-invalidité ou que l'institution de prévoyance se fonde sur les constatations des organes de l'AI (TF 9C_331/2015 du 6 novembre 2015 consid. 5.2), que la question concrète ait été déterminante pour l'évaluation du droit à la rente vis-à-vis de l'assurance-invalidité et que l'approche relevant du droit de l'assurance-invalidité n'apparaisse pas comme manifestement insoutenable sur la base d'un examen global du dossier (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2 ; 130 V 270 consid. 3.1).

Cet effet contraignant trouve son fondement de droit positif dans les art. 23 et 26 al. 1 LPP, qui se rattachent à la réglementation de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ou la reprennent. L'orientation sur l'assurance-invalidité se rapporte en particulier aux conditions matérielles du droit à la rente, au montant de la rente et au début de la rente (ATF 133 V 67 consid. 4.3.2). En affirmant l'effet contraignant, on vise d'une part une certaine coordination (non illimitée) entre le premier et le deuxième pilier sur le plan du droit matériel. D'autre part, les organes de la prévoyance professionnelle doivent être dispensés de procéder eux-mêmes à des clarifications coûteuses (sur l'ensemble, ATF 132 V 4 consid. 3.2).

En particulier lorsqu'une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1 et les références). Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa ; 115 V 208 consid. 2c).

b) La force contraignante de la décision AI vaut en particulier en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). Si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité. Cette obligation incombant à l'assureur AI de communiquer un

exemplaire de la décision à l'institution de prévoyance découle de l'art. 49 al. 4 LPGA, le but étant d'offrir à l'institution de prévoyance les mêmes voies de droit que l'assuré (ATF 132 V 1). Elle est concrétisée pour le préavis à l'art. 73^{bis} al. 2 let. f RAI, selon lequel celui-ci est notifié à l'institution de prévoyance compétente ou, si la compétence n'est pas établie, à la dernière institution de prévoyance de la personne assurée, et à l'art. 74^{quater} RAI pour le prononcé qui doit être communiqué à l'institution de prévoyance tenue de prester.

c) Même lorsque la décision est dûment notifiée, les constatations de l'assurance-invalidité ne déploient aucun effet obligatoire pour les organismes de prévoyance si elles sont manifestement insoutenables. A cet effet, il faut que la décision de l'AI soit entachée d'une erreur qualifiée. Celle-ci doit être arbitraire, c'est-à-dire « violer gravement une norme ou un principe juridique clair et incontesté, ne pas être justifiée par des motifs objectifs ou heurter de manière choquante le sentiment de justice et d'équité » (Marc HÜRZELER, *in* : Jacques-André SCHNEIDER/Thomas GEISER/Thomas GÄCHTER [éd.], LPP et LFLP, 2^e éd., Berne 2020, n° 17 *ad* art. 23 LPP et les références citées). On peut ainsi se référer à l'interdiction constitutionnelle de l'arbitraire. En pratique, de hautes exigences sont posées pour admettre le caractère manifestement insoutenable d'une décision de l'AI, tel est par exemple le cas si elle repose sur des considérations étrangères à la cause ou d'ordre pratique.

A ce sujet, le Professeur Marc Hürzeler a précisé que pour admettre le caractère manifestement insoutenable des constatations de l'AI et considérer pour ce motif que la décision de l'AI relative au degré d'invalidité n'est pas contraignante pour l'institution de prévoyance, il doit s'agir d'une erreur non seulement qualifiée, mais également évidente et immédiatement reconnaissable sur la base de la situation du dossier telle qu'elle se présentait à l'AI au moment où la décision de l'office AI a été rendue. Le caractère manifestement insoutenable de la décision de l'AI peut ainsi être admis lorsque l'AI se sert d'une méthode de calcul erronée ou que des faits figurant au dossier ont été ignorés sans justification (Marc HÜRZELER, *Die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung und der*

beruflichen Vorsorge, HAVE : Personen-Schaden-Forum 2008, 2008, p. 190).

Pour examiner le point de savoir si l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité se révèle d'emblée insoutenable, il y a lieu de se fonder sur l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision (ATF 138 V 409 consid. 3.1. et les références). Des faits ou des moyens de preuve nouveaux invoqués par la suite, que l'administration n'aurait pas été tenue d'administrer d'office, ne sont pas susceptibles de faire apparaître l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité comme d'emblée insoutenable, du moins tant qu'il ne s'agit pas de faits ou de moyens de preuve nouveaux qui auraient conduit à une appréciation juridique différente et obligeraient l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision procédurale ou, en cas de procédure de recours à l'époque, par le tribunal dans le cadre d'une révision procédurale (ATF 138 V 409 c. 3.1 et les références citées).

d) La question se pose de savoir si et, le cas échéant, dans quelle mesure les décisions de l'office AI ont également un caractère contraignant en matière de droit à la prévoyance en ce qui concerne les modifications ultérieures du droit à la rente ; la modification ou la suppression d'une rente selon la LPP est soumise aux mêmes conditions matérielles que la révision d'une rente de l'assurance-invalidité (ATF 133 V 67 consid. 4.3.1). L'institution de prévoyance peut, en cas de suppression de rente, se fonder sur la décision de révision de l'assurance-invalidité mais aussi décider en fonction de ses propres mesures d'instruction. Dans ce cas, le moment à partir duquel la suppression prend effet se détermine par analogie à l'art. 88^{bis} al. 2 RAI. L'admissibilité d'une suppression avec effet rétroactif dépend néanmoins d'une violation de l'obligation de renseigner vis-à-vis de l'institution de prévoyance et non pas vis-à-vis de l'office AI (ATF 133 V 67 consid. 4.3.5).

5. a) Selon une jurisprudence constante, l'évaluation opérée par les organes compétents de l'assurance-invalidité ne lie pas l'institution de

prévoyance lorsque l'assuré exerce son activité lucrative à temps partiel (ATF 144 V 72 consid. 4.2). Dans ce cas, le degré d'invalidité fixé par l'office AI est contraignant pour la prévoyance professionnelle uniquement pour ce qui concerne la partie lucrative (ATF 144 V 72 consid. 4.2 et les références citées). En effet, la prévoyance professionnelle obligatoire et étendue a pour but d'assurer seulement l'activité lucrative (art. 331a CO [loi fédérale complétant le Code civil suisse du 30 mars 1911 (Livre cinquième : Droit des obligations) ; RS 220]). La décision des organes de l'AI n'est ainsi pas contraignante pour l'institution de prévoyance dans la mesure où le degré d'invalidité a été calculé selon d'autres critères que l'incapacité de gain, en particulier s'il a été déterminé pour les personnes exerçant une activité lucrative partielle au moyen de la méthode mixte de l'art. 27^{bis} RAI (ATF 120 V 106 consid. 4b ; Marc HÜRZELER, Die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung und der beruflichen Vorsorge, HAVE: Personen-Schaden-Forum 2008, 2008, p. 188). Les effets d'une affection invalidante qui se répercutent sur la partie non lucrative de l'activité de la personne assurée ne doivent pas non plus être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans la prévoyance professionnelle, faute de quoi le principe d'assurance inhérent à la prévoyance professionnelle serait violé (Marc HÜRZELER, Die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung und der beruflichen Vorsorge, HAVE : Personen-Schaden-Forum 2008, 2008, p. 191). Dans le cadre de la prévoyance professionnelle, le droit aux prestations est donné seulement s'il existe une couverture d'assurance lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (ATF 144 V 72 consid. 4.2 et les références citées). Le taux d'occupation de la personne assurée au moment de la survenance de l'incapacité de travail invalidante est déterminant pour l'évaluation de l'étendue de l'activité lucrative assurée (TFA B 7/01 du 7 février 2003, consid. 2.1).

b) Selon un principe général, qui s'applique dans l'assurance-invalidité mais aussi dans la prévoyance professionnelle, il convient de comparer la capacité de gain avant la survenance de l'invalidité avec celle existant postérieurement à celle-ci (art. 16 LPGA ; ATF 144 V 63 consid. 6.3.2). Dès lors que la prévoyance professionnelle n'a pas vocation à

assurer la part qui n'est pas consacrée à une activité professionnelle, il convient de prendre en considération, lors de l'évaluation du degré d'invalidité, uniquement le taux d'activité effectivement exercé, et non pas sa projection à plein temps (ATF 144 V 72 consid. 4.3). Il n'y a pas lieu d'examiner la question du taux d'occupation que la personne assurée aurait eu si elle n'avait pas présenté d'atteinte à la santé (ATF 144 V 72 consid. 5.4).

6. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, valable en procédure dans le domaine de la prévoyance professionnelle (art. 73 LPP et art. 61 let. c LPGA ; Ulrich MEYER/Laurence UTTINGER, *in* : Jacques-André SCHNEIDER/Thomas GEISER/Thomas GÄCHTER [éd.], LPP et LFLP, 2^e éd., Berne 2020, n° 101 *ad* art. 73 LPP), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_154/2021 du 10 mars 2022 consid. 2.1 ; ATF 143 V 124 consid. 2.2.2. ; 125 V 351 consid. 3a). S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en

cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1 et les références citées ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

d) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Dans le domaine des assurances sociales et en particulier en matière de prévoyance professionnelle (ATF 139 V 176 consid. 5.3), le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

7. a) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations d'invalidité sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité (art. 29 LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

b) L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262

consid. 1a et b et les références citées). Cependant, pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler (ATF 123 V 262 consid. 1c).

8. a) Le B._____ est inscrit au registre de la prévoyance professionnelle et il pratique donc au moins la prévoyance professionnelle obligatoire en faveur des employeurs et travailleurs des entreprises affiliées. Il s'agit d'une institution de prévoyance enveloppante dans la mesure où elle assure des prestations allant au-delà du minimum légal selon son règlement de prévoyance.

b) Les normes réglementaires qui étaient en vigueur au moment de la naissance du droit éventuel aux prestations sont applicables pour fixer le montant des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle (ATF 122 V 316 consid. 3c ; ATF 121 V 97). Ces normes ne continuent toutefois pas à s'appliquer immuablement en cas de changement de législation (ATF 121 V 97). En présence d'un état de choses durable (telle que l'allocation de prestations périodiques), non encore révolu lors du changement de législation, le nouveau droit est en règle ordinaire applicable, sauf disposition transitoire contraire ou lésion de droits acquis (ATF 121 V 100 consid. 1 et les références citées).

c) Dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2019, l'art. 26 du règlement intitulé « Rente d'invalidité » prévoyait ce qui suit :

“1. L’assuré incapable de travailler reçoit une rente complète si, avant d’avoir atteint l’âge de la retraite, il devient invalide à raison de 70 % au moins au sens de l’AI fédérale. En cas d’invalidité partielle, l’assuré a droit :

- a) à trois quarts de rente si son invalidité est de 60 % au moins ;
- b) à une demi-rente si son invalidité est de 50 % au moins ;
- c) à un quart de rente si son invalidité est de 40 % au moins.

La lettre f des dispositions transitoires de la 1^{re} révision LPP du 3 octobre 2003 est réservée. Il en est de même des articles 6, alinéa 4 et 34.

2. Le montant de la rente complète est fixé en pour-cent du dernier salaire cotisant en vigueur lors de la survenance du risque assuré selon le chiffre 4 de l’annexe.

3. Le droit à la rente d’invalidité prend naissance le premier jour du 25^e mois qui suit le début de l’incapacité de travail attestée par un médecin. Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt en même temps que l’AI, selon les dispositions de l’art. 29 LAI, ou le premier jour du mois qui suit la fin du droit :

- au salaire ;
- aux indemnités journalières de l’assurance-maladie (équivalant à au moins 80 % du salaire dont est privé l’assuré et financées au moins pour moitié par l’employeur) ;
- aux indemnités journalières versées selon la loi fédérale sur l’assurance-accidents (LAA) ;
- aux indemnités journalières versées selon la loi fédérale sur l’assurance militaire (LAM) ;
- aux indemnités journalières versées par l’AI.

4. Dans le cas où il n’y a pas d’assurance-maladie ou que celle-ci ne couvre pas une période de 720 jours, le droit à une rente d’invalidité prend naissance en même temps que la rente d’invalidité AI, toutefois au plus tôt quand cesse le droit à l’indemnité journalière de maladie. Le fonds verse alors une rente correspondant à celle de la LPP. [...]”.

Selon le chiffre 4 de l’annexe, la rente d’invalidité de l’art. 26 est fixée à 30 % du salaire cotisant dans la variante 1.

d) Il faut déduire du règlement applicable au moment des faits déterminants que le défendeur assure, en tant que prestations d’invalidité, une rente d’invalidité et la libération des primes. La définition réglementaire de l’invalidité correspond exactement à celle prévalant dans l’assurance-invalidité. En l’espèce, il n’est pas contesté ni contestable que l’art. 26 al. 1 du règlement de prévoyance reprend explicitement la définition de l’invalidité de l’assurance-invalidité.

e) Dans la mesure où tant le préavis que la décision en matière d'assurance-invalidité ont été communiqués au défendeur, celui-ci est réputé avoir été intégré à la procédure, avec, pour corollaire, que le B._____ défendeur est lié par l'évaluation de l'invalidité à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité.

9. Il convient toutefois d'examiner si le caractère contraignant de la décision, qui a été rendue par l'office AI le 3 janvier 2023 et réformée par l'arrêt de la Cour de céans du 23 juillet 2024, doit être nié au motif que l'évaluation de l'invalidité dans l'assurance-invalidité était d'emblée insoutenable. Le demandeur considère que la décision de l'OAI est contraignante en ce qui concerne le degré d'invalidité pour la part active et qu'il a ainsi droit à une rente réglementaire entière. Le défendeur soutient au contraire que la décision de l'OAI est manifestement insoutenable pour ce qui est du taux d'incapacité de travail et du revenu sans invalidité.

a) S'agissant du taux d'incapacité de travail, la décision de l'OAI du 3 janvier 2023 n'a pas été réformée par l'arrêt de la Cour de céans du 23 juillet 2024. La capacité de travail a été évaluée par l'OAI à 50 % dans une activité adaptée.

i) Selon l'état de fait résultant du dossier tel qu'il se présentait au moment du prononcé de la décision de l'OAI, l'assuré était en incapacité de travail durable depuis son AVC hémorragique le 4 décembre 2016. A compter de cette date, il se trouvait en incapacité de travail à 100 % jusqu'au 4 janvier 2017, puis à 90 % jusqu'au 30 avril 2017 et à 80 % dès le 1^{er} mai 2017. Par la suite, il avait bénéficié de différentes mesures de réadaptation prises dans le cadre de l'AI, avec un taux de présence de 30 % dès le 1^{er} septembre 2017, de 40 % du 1^{er} janvier au 31 août 2018, de 50 % du 1^{er} octobre 2018 au 31 janvier 2020. Le taux d'activité de l'assuré avait ensuite diminué temporairement à 30 %.

Selon les rapports médicaux figurant au dossier AI, la Dre F._____, neurologue, évaluait la capacité de travail de l'assuré à 40 % dans ses rapports des 28 mai 2018 et 18 mars 2020. Selon les attestations du 29 juillet 2019 de la Dre I._____, médecin traitant, l'incapacité de travail avait évolué de 90 % à 40 % entre le 4 décembre 2017 et le 31 juillet 2018, pour ensuite atteindre 50 % à partir du 1^{er} août 2018. Le Dr O._____, psychiatre traitant depuis mai 2019, indiquait une capacité de travail à 50 % avec un rendement diminué dans son rapport du 5 décembre 2019, respectivement à 30 % dans toute activité le 28 mai 2020.

Suivant l'avis médical du SMR du 22 juillet 2020, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique. Dans son rapport du 13 novembre 2020, le Dr Z._____, expert psychiatre, a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était totale du point de vue psychiatrique depuis février 2020. Il a toutefois indiqué que les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport neuropsychologique de juin 2018 justifiaient une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et il a préconisé une nouvelle évaluation neuropsychologique de sa capacité de travail. Dans leur rapport du 1^{er} mars 2021, les neuropsychologues ont écrit que la situation était globalement stable depuis juin 2018 et qu'il en résultait une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20 %. Par avis médical du 18 mars 2021, le SMR a retenu que la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée en raison d'une atteinte cognitive légère séquellaire à son AVC du 4 décembre 2016.

Il y a lieu de constater également que l'assuré a été employé par une entreprise active dans le support informatique à un taux de 30 % à partir de la fin de l'année 2020, puis à un taux de 50 % dès le 1^{er} octobre 2021 et jusqu'au 30 septembre 2022, en bénéficiant d'un placement à l'essai dans le cadre de l'AI. Selon les constatations du SMR du 3 mai 2022, la capacité de travail s'élevait à 50 % dans toute activité depuis juin 2018, compte tenu notamment des mesures mises en place et

en particulier du rapport de la Dre I. _____ du 23 novembre 2021, selon lequel son patient présentait une incapacité de travail permanente de 50 % des suites de son hémorragie pontique. L'assuré a été engagé en juin 2022 comme aide à l'administration des ventes à un taux de 50 % dès le 1^{er} octobre 2022. Dans son rapport final sur la réadaptation du 4 juillet 2022, l'OAI a mis fin aux mesures, constatant que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et qu'il avait trouvé une activité professionnelle correspondante. Sur cette base, l'OAI a retenu, dans son préavis du 3 octobre 2022 confirmé par décision du 3 janvier 2023, que l'incapacité de travail et de gain était, au 1^{er} février 2020, de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre neurologique (fléchissement des capacités attentionnelles et exécutives, fatigabilité), ce qui n'a jamais été contesté par le défendeur dans la procédure en matière d'assurance-invalidité.

ii) Le défendeur fait valoir que la décision de l'OAI est manifestement insoutenable en ce qui concerne le taux d'incapacité de travail retenu, dès lors qu'elle s'écarte des conclusions des experts psychiatres et neuropsychologues, sans que le SMR ne se prononce dans un rapport médical établi conformément aux règles de l'art.

Il faut relever tout d'abord que l'OAI a mis en œuvre une expertise monodisciplinaire, soit une expertise psychiatrique. Cette expertise devait être complétée avec un examen neuropsychologique selon la demande du SMR. L'expert a expliqué le 13 novembre 2020 qu'il n'avait pas pu faire réaliser un bilan neuropsychologique en raison du départ à la retraite de la neuropsychologue avec laquelle il avait l'habitude de collaborer.

Dans son rapport du 13 novembre 2020, l'expert psychiatre a clairement écarté les diagnostics posés par le psychiatre traitant de trouble dépressif récurrent (F33.0) et modifications gênantes de la personnalité (F61.1), en ne retenant qu'un épisode dépressif léger existant depuis l'automne 2019, mais en rémission complète au mois de mi-janvier/début février 2020 (F32.0). En revanche, il a considéré que les

limitations fonctionnelles retenues dans le rapport neuropsychologique de juin 2018 justifiaient une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, confirmant ainsi l'avis du SMR.

En effet, selon les constatations médicales du SMR le 22 juillet 2020, la capacité de travail de l'assuré semblait limitée à 50 % depuis 2018 et s'être péjorée en 2020 à la suite d'une atteinte psychique. Compte tenu du degré léger de l'état dépressif et de son évolution favorable sous traitement, le médecin de l'assurance a exprimé des doutes sur le fait qu'une telle atteinte puisse avoir un impact dans le sens d'une diminution de la capacité de travail à 30 % comme l'indiquait le psychiatre traitant. C'est la raison pour laquelle le SMR a alors demandé une expertise psychiatrique.

Il convient de constater que l'expert a conclu sans équivoque à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations, estimant que cette capacité de travail n'avait été réduite à 30 % que de manière transitoire de septembre 2019 à début février 2020 à cause d'une symptomatologie anxieux-dépressive (cf. pp. 52 à 55 de l'expertise). Pour s'assurer de la persistance des limitations fonctionnelles mises en évidence en 2018 et évaluer l'impact actuel de ces séquelles neurologiques, l'expert a estimé nécessaire un nouvel examen neuropsychologique (cf. pp. 42, 45 et 47 de l'expertise). Force est de constater que l'expert psychiatre n'entendait pas remettre en question les résultats des examens neuropsychologiques de 2018, mais qu'il estimait nécessaire de disposer d'un état à jour de la situation au plan neuropsychologique afin d'évaluer la capacité de travail actuelle de l'assuré.

Le 14 décembre 2020, le SMR a écrit à propos de l'expertise qu'il ne pouvait pas suivre l'évolution de l'incapacité de travail décrite par l'expert dès lors que celui-ci n'avait pas objectivé de limitations fonctionnelles cognitives patentes ayant un impact sur la capacité de travail de l'assuré. A l'instar de l'expert psychiatre, il a demandé un nouvel examen neuropsychologique.

Dans leur rapport du 1^{er} mars 2021, les neuropsychologues de la Consultation de neuropsychologie ont objectivé des résultats comparables à ceux de 2018 et considéré que la situation était stable depuis juin 2018. Cela étant, elles ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de l'ordre de 25 % sur la base de leur examen du 18 février 2021, alors même que le rapport de neurologie du 22 mai 2018 de la Dre F._____ et le rapport d'examen neuropsychologique de juin 2018 de la neuropsychologue de G._____ Sàrl (après une évaluation par la même société du 15 juin au 15 juillet 2018 dans le cadre d'une mesure de réadaptation AI) évaluaient la capacité de travail à 40 %, respectivement de trois à quatre heures par jour avec des pauses toutes les une heure et trente minutes au maximum. En d'autres termes, le bilan neuropsychologique a été considéré comme pratiquement identique en 2021 qu'en 2018, mais les conclusions tirées par les neuropsychologues en 2021 contredisent celles de 2018.

Or, cette contradiction n'a pas été soulevée par le SMR dans son avis succinct du 18 mars 2021, qui retient une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée sur la base du rapport neuropsychologique du 1^{er} mars 2021. Consulté les 14 décembre 2021 et 3 mai 2022, le SMR a finalement constaté que l'assuré n'arrivait manifestement pas à dépasser une capacité de travail de 50 %, ce qui l'a amené à admettre en définitive une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le début de l'aptitude à la réadaptation le 27 juin 2018. Pour arriver à cette conclusion, il a également tenu compte des mesures de réadaptation et des derniers éléments médicaux, soit en particulier le dernier rapport de la Dre I._____ évaluant l'incapacité de travail comme étant permanente à 50 % et confirmé par le Dr W._____. Ce même constat a été tiré par l'OAI dans son rapport final sur la réadaptation du 4 juillet 2022, selon lequel l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée qui correspondait à son emploi actuel.

Il faut en déduire que le taux d'incapacité de travail évalué médicalement a été en l'occurrence apprécié à la lumière de la capacité

de travail effective de l'assuré sur toute la période de septembre 2017 à juillet 2022, soit durant presque cinq ans, durant lesquels l'assuré a bénéficié de différentes mesures de réadaptation et travaillé à un taux d'occupation qui n'a pas excédé 50 % par suite des séquelles cognitives de son AVC du 4 décembre 2016. Cette appréciation a fait l'objet du préavis de décision de l'OAI du 3 octobre 2022 et de la décision de l'OAI du 3 janvier 2023, que le défendeur a reçus, sans jamais les contester.

On ne peut pas suivre l'argument du défendeur selon lequel le SMR aurait entièrement validé les conclusions médicales de l'expertise psychiatrique et de l'expertise neuropsychologique dans son avis médical du 18 mars 2021, mais que sa permanence aurait par la suite admis le 3 mai 2022 que la capacité de travail d'A._____ s'élevait à 50 % dans une activité adaptée, sans expliciter dans le cadre d'un rapport médical établi conformément aux règles de l'art les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions des experts.

Il y a lieu de considérer au contraire que le SMR s'est distancé dans un premier temps, les 14 décembre 2020 et 18 mars 2021, des conclusions de l'expertise, pour faire finalement marche arrière le 3 mai 2022, eu égard au taux d'activité effectif de l'assuré après les différentes mesures de réadaptation entreprises par l'OAI sur plusieurs années et aux derniers éléments médicaux figurant au dossier. Seul l'examen neuropsychologique de 2018 a été pris en compte dans l'expertise psychiatrique en novembre 2020, puisque le nouvel examen neuropsychologique n'a été réalisé que le 1^{er} mars 2021, soit plus de trois mois après l'expertise. Cette expertise psychiatrique satisfait aux exigences du droit fédéral en matière de force probante, ce qui n'est d'ailleurs pas remis en cause par les parties. Pour ce qui est des avis médicaux établis en l'occurrence par le SMR, ils ne sauraient avoir la même force probante qu'une expertise complète de cinquante-six pages (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et 3b/ee). En effet, ces avis se limitent, sur une à deux pages, à une synthèse des derniers rapports médicaux avec une analyse succincte de l'état du dossier.

En conséquence, dans le cas d'espèce, la décision de l'OAI relativement au taux d'incapacité de travail d'A. _____ ne peut pas être considérée comme étant arbitraire (cf. consid. 4c supra).

b) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, la décision de l'OAI du 3 janvier 2023 a été réformée par l'arrêt de la Cour de céans du 23 juillet 2024 (cause AI 27/23 - 237/2024) uniquement dans le sens où le montant de 108'459 fr. pour un taux d'activité de 100 % a été déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) valable au moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité en 2020, et non pas sur l'ESS 2014 indexée à 2018 comme l'avait fixé l'OAI.

Le défendeur fait valoir que la décision de l'OAI serait insoutenable concernant le revenu sans invalidité puisque ce dernier aurait été fixé arbitrairement sans tenir compte du dernier salaire AVS perçu contractuellement par l'assuré.

Ainsi que la Cour de céans l'a retenu dans son arrêt du 23 juillet 2024 en matière d'assurance-invalidité après avoir rappelé la jurisprudence applicable à l'évaluation du revenu sans invalidité (cf. consid. 6 de l'arrêt), l'OAI s'est basé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour tenir compte de l'évolution probable du salaire avec l'ancienneté, en raison du fait que l'assuré débutait sa carrière dans le domaine concerné à l'époque de la survenance de l'atteinte à la santé (cf. consid. 7b de l'arrêt). La Cour de céans a pris en compte le fait que l'augmentation de salaire que l'assuré aurait pu obtenir avec l'expérience justifiait précisément de s'écarter en l'occurrence du revenu communiqué par l'employeur en juillet 2017, selon la communication du service de réadaptation AI du 28 février 2023.

Pour rappel, le défendeur s'est vu notifier le préavis de l'OAI du 3 octobre 2022 et la décision de l'OAI du 3 janvier 2023 dans le but de lui ouvrir les mêmes voies de droit que l'assuré dans la procédure AI. Or, il n'en a jamais fait usage et la fixation du revenu sans invalidité est désormais effective en matière d'assurance-invalidité puisque l'arrêt de la Cour de céans du 23 juillet 2024 est définitif.

On ne saurait donc considérer, sur la base du dossier AI, que la fixation dans le cadre de l'assurance-invalidité du montant du revenu sans invalidité est entachée d'une erreur qualifiée, évidente et immédiatement reconnaissable, au sens de la jurisprudence et de la doctrine (cf. consid. 4c supra) et la décision aujourd'hui en force en matière AI, telle que réformée par la Cour de céans, n'apparaît pas non plus sur ce point comme manifestement insoutenable.

c) Au vu de ce qui précède, l'approche relevant du droit de l'assurance-invalidité tant en ce qui concerne le taux d'incapacité de travail que le revenu sans invalidité n'apparaît en l'espèce pas comme manifestement insoutenable sur la base d'un examen global du dossier AI. Par conséquent, le B. _____ est lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assurance-invalidité.

Dans les différentes écritures que les parties ont rédigées dans le cadre de la présente procédure, elles n'ont fait valoir aucun grief à l'encontre de l'appréciation opérée par l'office AI au sujet du moment de la survenance de l'incapacité de travail durable qui détermine l'institution de prévoyance compétente.

10. Il reste ainsi à déterminer dans quelle mesure le degré d'invalidité est en l'espèce contraignant pour le défendeur. Le demandeur soutient que la décision de l'OAI est contraignante en ce qui concerne le degré d'invalidité pour la part active et qu'il a ainsi droit à une rente réglementaire entière. Le défendeur le conteste, en faisant valoir qu'en cas d'activité lucrative à temps partiel, le défendeur doit adapter le revenu sans invalidité au taux d'occupation effectivement assuré dans la prévoyance professionnelle.

a) Dans l'arrêt rendu par la Cour de céans en matière d'assurance-invalidité le 23 juillet 2024, la décision de l'OAI du 3 janvier 2023 a été réformée en ce sens que l'assuré a droit à une demi-rente d'invalidité de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} février 2020, sous réserve

de la période où des indemnités journalières lui ont été versées. N'ayant pas été contesté, cet arrêt est entré en force.

Selon les considérants de cet arrêt (cf. consid. 2b et 8 de l'arrêt), le droit à la demi-rente AI débutait le 1^{er} février 2020, il avait été interrompu par la mise en œuvre des mesures de réadaptation permettant l'octroi d'indemnités journalières AI et ce droit devait être maintenu sans changement à compter du 1^{er} octobre 2022 dès lors que les conditions pour procéder à une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA n'étaient pas réunies.

La Cour de céans a jugé qu'il fallait appliquer en l'espèce la méthode ordinaire de comparaison des revenus tenant compte d'un taux d'activité de 80 %, en lieu et place de la méthode mixte, dès lors qu'A._____ travaillait à un taux de 80 % par choix afin de se consacrer à des activités de loisirs. Le degré d'invalidité devait donc être calculé selon l'art. 27^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, en extrapolant le revenu sans invalidité sur un temps plein, puis en pondérant la perte de gain au taux d'occupation sans invalidité (cf. consid. 5a de l'arrêt).

Comme il a été exposé ci-avant (cf. consid. 9a supra), le taux d'invalidité retenu par l'OAI pour la part active dans le cadre de la comparaison des revenus a été fixé sur la base d'une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre neurologique.

Pour ce qui concerne le revenu sans invalidité, la Cour de céans a pris en compte le montant de 108'459 fr. pour un taux d'activité de 100 % selon l'ESS valable au moment de la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité en 2020, et non pas celle de 2014 indexée à 2018, en confirmant l'utilisation des données ESS de la rubrique n° 62, niveau de compétence 3 compte tenu de la formation HES achevée par l'assuré en 2014 (cf. consid. 7a et b de l'arrêt). Elle en a déduit un taux

d'invalidité de 51 % ($[108'459 \text{ fr.} - 39'464 \text{ fr. } 86] / 108'459 \text{ fr.} \times 80 \%$) qui ouvrait le droit à une demi-rente d'invalidité (cf. consid. 7d de l'arrêt).

b) Dès lors que le degré d'invalidité a été finalement déterminé dans le cadre de l'assurance-invalidité au moyen de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, et non de la méthode mixte, il a sur le principe un effet contraignant pour le défendeur (cf. consid. 5a supra).

Si, comme dans le cas d'espèce, l'assurance-invalidité a déterminé le taux d'invalidité par rapport à une charge de travail à plein temps, la méthode de calcul la plus claire et la plus simple consiste pour l'institution de prévoyance à réduire le revenu déterminé par l'assurance-invalidité - auquel elle est en principe liée - à la charge de travail à temps partiel exercée et, sur cette base, à effectuer une nouvelle comparaison des revenus (Marc HÜRZELER, *in* : Jacques-André SCHNEIDER/Thomas GEISER/Thomas GÄCHTER [éd.], LPP et LFLP, 2^e éd., Berne 2020, n° 8 *ad* art. 24 LPP et les références citées). Il faut rappeler en effet que, dans le cas d'un travail à temps partiel, le taux d'invalidité dans la prévoyance professionnelle est calculé sur la base de la charge de travail effective et non d'une charge hypothétique de travail à plein temps (cf. consid. 5 supra).

Selon les considérants de l'arrêt de la Cour de céans du 23 juillet 2024, le revenu sans invalidité de l'assuré se montait à 108'459 fr. pour une activité à 100 %, ce qui correspond à un revenu sans invalidité de 86'767 fr. 20 fr. pour une activité à un taux d'occupation de 80 %. Le revenu après invalidité a été fixé à 39'464 fr. 86 pour une activité adaptée exercée à 50 % (cf. consid. 7c de l'arrêt). Après comparaison, on obtient un degré d'invalidité de 54.52 % ($[86'767 \text{ fr. } 20 - 39'464 \text{ fr. } 86] \times 100 \div 86'767 \text{ fr. } 20$).

Par conséquent, le demandeur a droit à une demi-rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, conformément à l'art. 26 al. 1 du règlement de prévoyance applicable (cf. consid. 8c supra).

c) En conclusion, il y a lieu de retenir que la décision de l'assurance-invalidité, qui a été rendue par l'office AI le 3 janvier 2023 et réformée par l'arrêt de la Cour de céans du 23 juillet 2024, a un effet contraignant dans la mesure où le revenu sans invalidité fixé dans l'AI doit être pris en compte, en étant toutefois adapté au taux d'occupation au moment de la survenance de l'incapacité de travail invalidante, et comparé au revenu avec invalidité retenu par l'AI afin de déterminer le taux d'invalidité dans la prévoyance professionnelle. Il en résulte que le demandeur peut en l'espèce prétendre à une demi-rente d'invalidité de la part du fonds de prévoyance défendeur.

11. Il convient pour finir d'examiner à partir de quelle date le demandeur peut prétendre à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

a) En vertu de l'art. 26 alinéa 3 du règlement de prévoyance, le droit la rente d'invalidité prend naissance le premier jour du vingt-cinquième mois qui suit le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt à la naissance du droit à une rente d'invalidité AI selon l'art. 29 LAI ou le premier jour du mois qui suit la fin du droit aux indemnités journalières de l'AI.

Pour rappel, dans l'arrêt rendu par la Cour de céans le 23 juillet 2024, la décision de l'OAI du 3 janvier 2023 a été réformée en ce sens que l'assuré a droit à une demi-rente d'invalidité de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} février 2020, sous réserve de la période où des indemnités journalières lui ont été versées. Il a été jugé que le droit à la demi-rente AI débutait le 1^{er} février 2020, que ce droit avait été interrompu par la mise en œuvre des mesures de réadaptation permettant l'octroi d'indemnités journalières AI et qu'il devait être maintenu sans changement à compter du 1^{er} octobre 2022 (cf. consid. 10a supra).

b) En l'occurrence, le demandeur peut donc prétendre à une demi-rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part du

défendeur du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2021 et dès le 1^{er} octobre 2022 (cf. consid. 4d supra et lettre du B. _____ du 3 mars 2023).

12. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Les requêtes des parties en production du dossier AI ne sont pas pertinentes dans la mesure où les éléments déterminants de l'arrêt en matière d'assurance-invalidité, que la Cour de céans a rendu le 23 juillet 2024 et qui est définitif, ont été repris dans toute la mesure utile. Un extrait récent du compte AVS du demandeur, comme le requiert le défendeur, ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

13. a) Eu égard à ce qui précède, la demande formée le 29 mars 2023 par A. _____ doit être partiellement admise et la demande reconventionnelle formée par le B. _____ doit être rejetée. Le demandeur a droit à une demi-rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2021 et dès le 1^{er} octobre 2022, sous déduction du montant des rentes d'invalidité d'ores et déjà versées par le défendeur.

b) Le défendeur versera un intérêt moratoire à partir du 29 mars 2023, date de la demande en justice, sur les prestations qui sont encore dues au demandeur ; le taux de l'intérêt est fixé à 1 %, puis à 1,25 % à compter du 1^{er} janvier 2024, selon l'art. 39 du règlement de prévoyance applicable qui renvoie à l'art. 12 OPP 2 (cf. ATF 119 V 131 consid. 4d).

14. a) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice.

b) La partie demanderesse, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation

aux honoraires de son conseil (art. 55 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 LPA-VD). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr. débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge du défendeur.

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

- I. La demande formée par A._____ contre le B._____ est partiellement admise, en ce sens que le B._____ est condamné à verser à A._____ une demi-rente d'invalidité du 1^{er} février 2020 au 31 décembre 2021 et dès le 1^{er} octobre 2022, sous déduction des rentes d'invalidité d'ores et déjà versées, avec intérêt moratoire de 1 % l'an pour la période du 29 mars 2023 au 31 décembre 2023 et de 1,25 % à compter du 1^{er} janvier 2024.
- II. Le B._____ est invité à fixer le montant des prestations à servir.
- III. La demande reconventionnelle formée par le B._____ est rejetée.
- IV. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

VI. Le B. _____ versera à A. _____ une indemnité de 1'500 fr.
(mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour A. _____),
- Me Anne Troillet (pour le B. _____),
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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).

Le greffier :