

VD_FINDINFO PP 15/11 - 27/2015 vom 2. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_PP_15_11_-_27_2015

FR: VD_FINDINFO PP 15/11 - 27/2015 du 2 juillet 2015

IT: VD_FINDINFO PP 15/11 - 27/2015 del 2 luglio 2015

Regeste

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE, PRESTATION D'INVALIDITÉ, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER | 9 LCA, 7 LPGA, 8 LPGA, 4 LPP, 73 LPP

Erwägungen

E. 2

juillet 2015 _____ Composition : Mme Thalmann , présidente M. Küng et Mme Rossier, assesseurs Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre : V. _____ , à [...], demandeur, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains, et Caisse de pension S. _____ , à [...], défenderesse, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne. _____ Art.

E. 2.1

Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) Sans objet.

E. 2.2

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Sans objet. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part du demandeur? Non, le soussigné ne voit pas quelle proposition d'activité adaptée il pourrait avancer dans ce cas. Actuellement, l'assuré ne semble relever que d'emplois strictement occupationnels. 3.1 Si oui, quel type d'activités, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Sans objet. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) depuis quand et pour quels motifs? Sans objet. 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure et pourquoi? Oui, il y a une importante diminution du rendement. 3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Parce que le trouble schizotypique de l'intéressé s'est aggravé et s'est installé dans la chronicité. D. Pronostic 1. L'état du demandeur est-il susceptible d'amélioration, à quelle conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer? Le pronostic est sombre. Il est peu vraisemblable que l'état de santé psychique de M. V. _____ puisse s'améliorer ces prochaines années, quels que soient les traitements qui pourraient lui être prodigués. 2. Avez-vous d'autres précisions à ajouter? Non. * * * Réponse aux questions du demandeur 1. L'expert peut-il confirmer le diagnostic d'autres troubles psychotiques non organiques selon CIM-10, groupe F28 (anciennement psychose hallucinatoire); avec comme troubles séquellaires un trouble cognitif léger (F 06.7) sous forme de fatigabilité nerveuse entraînant au bout d'un temps relativement bref (env. 1 h) une incapacité de se concentrer et à élaborer un raisonnement logique et complexe, ainsi que d'une perturbation de la sensorialité corporelle, notamment un trouble de l'équilibre? L'expert a développé plus haut dans le

texte les raisons pour lesquelles il a retenu un diagnostic de trouble schizotypique. Celui-ci peut comprendre des altérations transitoires de la sensorialité corporelle. L'expert a aussi admis que le trouble schizotypique génère une atteinte cognitive et une diminution du rendement. L'expert n'a pas retenu le diagnostic de trouble cognitif léger car ce dernier est nécessairement lié à une atteinte cérébrale organique qui n'a pas été démontrée ici. 2. Peut-on présumer avec une haute probabilité que les troubles de 2008 peuvent être apparus de manière soudaine au mois d'avril, sans quoi les examens effectués par le Docteur G. _____, à [...], le 19 février 2008 auraient révélé des anomalies? Non, absolument pas. Le trouble schizotypique peut rester relativement discret pendant des années et difficile à diagnostiquer pour un médecin qui n'est pas spécialisé en psychiatrie. 3. Peut-on affirmer avec une haute probabilité que Monsieur V. _____ ne pouvait pas, en toute bonne foi, se rendre compte de ses troubles de la santé psychique avant sa première consultation auprès du Docteur P. _____ au mois d'avril 2008 ? Pour l'expert, l'assuré a pu être de bonne foi en ne se rendant pas entièrement compte de ses troubles psychiques avant la consultation chez le Dr P. _____. 4. Peut-on raisonnablement exclure un lien de causalité direct entre les troubles de 2008 et le burn-out de 2002, autrement dit peut-on raisonnablement exclure une rechute? Non, on ne peut certainement pas exclure ce lien, sachant que la dépression est une comorbidité fréquente du trouble schizotypique. * * * Réponse aux questions de la défenderesse 1. Les conclusions du rapport médical du 1er juin 2009 du Dr D. _____ [...] sont-elles, selon votre appréciation, conformes à la réalité? dans la négative, pour quelles raisons? Pour le soussigné, les conclusions du rapport médical du 01.06.2009 sont partiellement correctes. Ce rapport a néanmoins le point faible d'avoir été rédigé sur dossier, sans que l'expert en question ait eu la possibilité d'examiner l'assuré. Le soussigné a posé un diagnostic de trouble schizotypique qu'il a argumenté. Il a donné les motifs de ses conclusions dans le chapitre de l'appréciation sur le plan de la médecine des assurances de son rapport médical. 2. De quelle(s) affection(s) souffre le demandeur? Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble schizotypique (F21), tel qu'il est défini dans la CIM-10. 3. La diminution de la capacité de travail du demandeur existait-elle déjà en date du 10 avril 2008, lors de sa demande d'affiliation auprès de la défenderesse? Il est difficile de répondre à cette question. Selon dossier, l'assuré a été mis au bénéfice d'attestations d'incapacité de travail à 50% depuis le 22.04.2008 puis à 80% depuis le 01.06.2008 puis à 100% depuis le 01.07.2008. Au vu du type de pathologie dont il souffre, il n'est pas exclu que sa capacité de travail ait été diminuée depuis plusieurs mois sans qu'il ait dû ou voulu le faire attester médicalement au vu de sa situation d'indépendant. 4. La maladie du demandeur a-t-elle pu se développer si rapidement qu'il serait passé d'une pleine capacité de travail au début du mois d'avril 2008 à une atteinte nette de cette dernière au 22 avril 2008 ? Avec les données disponibles actuellement, il est hautement vraisemblable (> 75%) que l'intéressé souffre de troubles psychiques depuis les débuts de l'âge adulte, même si ceux-ci n'ont pas été d'emblée incapacitants. Le trouble schizotypique est d'ailleurs une maladie chronique qui apparaît "au début de l'âge adulte [...] ". C'est pour ce motif que le DSM-IV-TR classe ce tableau clinique dans les troubles de personnalité. L'intéressé a été plus gravement symptomatique de temps à autre, sachant que le trouble "évolue de façon chronique avec une intensité fluctuante [...] ". M. V. _____ a présenté une période d'hyperactivité qui était peut-être du registre pathologique, sans qu'on en sache plus. Il y a eu une présentation dépressive au début des années 2001-2002, ce qui est attendu ici, sachant que le DSM-IV-TR souligne la fréquence élevée de la dépression chez les sujets souffrant d'un trouble schizotypique. Il y a eu, pendant des années, des hallucinations

visuelles et la notion quasi délirante de petits personnages qui le protégeaient, notamment lors de la conduite automobile. En 2008, l'intéressé a développé un tableau clinique plus grave. La symptomatologie psychotique tant positive que négative s'est exacerbée. Elle a eu des répercussions cognitives incapacitantes. Si le trouble schizotypique a une évolution assez stable, il peut aussi se péjorer voire évoluer vers une schizophrénie ou un autre trouble psychotique. Cette évolution n'a par conséquent rien d'anormal. 5. L'atteinte à la santé du demandeur existait-elle déjà, avec une vraisemblance prépondérante, au moment de la conclusion de l'assurance auprès de la défenderesse, soit le 18 avril 2008 ? Oui, absolument. 6. Le "burn-out" et les hallucinations dont avait souffert le demandeur avant 2008 pouvaient-ils déjà être des symptômes du trouble psychotique diagnostiqué, avec une vraisemblance prépondérante? Oui, absolument, sachant que la dépression est une comorbidité fréquente du trouble schizotypique. " Les parties se sont déterminées sur cette expertise. Dans son écriture du 14 juillet 2014, la défenderesse a requis production du dossier portant sur l'affaire évoquée par l'expert concernant une opération de change dans la rue. Elle a en outre requis un complément d'expertise ayant trait au début de l'incapacité de travail d'au moins 20% et au fait que le demandeur aurait été conscient ou non que sa maladie avait commencé plutôt qu'il ne le déclare. Dans son écriture du 6 août 2014, le demandeur s'est opposé au complément d'expertise et à la réquisition de pièces sollicités par la défenderesse. Il a en outre demandé l'audition de deux témoins. Il a produit les pièces suivantes : - un certificat médical du 14 octobre 2002 de la Dresse L. _____, spécialiste en médecine interne, attestant que le demandeur souffrait d'un état anxio-dépressif, qu'il avait présenté une entière incapacité de travail du 6 au 20 août 2008 puis à nouveau depuis le 26 août 2002 et que cette incapacité se poursuivrait probablement encore un mois, la suite du traitement devant intervenir auprès du Dr K. _____ ; - une lettre non datée que le demandeur a adressée au Prof. J. _____, après avoir pris connaissance du rapport de ce dernier du 12 décembre [sic], et aux termes de laquelle l'intéressé a écrit qu'il avait eu des rêveries occasionnelles depuis sa jeunesse mais rien qui s'apparentât à des hallucinations, celles-ci n'étant apparues qu'en deuxième moitié du mois d'avril 2008 – ce qu'il avait pu reconstituer à partir de mails qu'il avait envoyés à ses connaissances et dont il avait donné copie à son médecin traitant. Il a ajouté que sa compagne, présente lors de la première consultation, lui avait déclaré qu'il avait répondu de manière erronée à la question posée sur ce point durant ledit rendez-vous ; - une correspondance du 10 juillet 2014 du Dr P. _____, mentionnant ce qui suit : " Au début de nos consultations (avril 2008), vous m'avez décrit un vécu d'imagerie intérieure envahissante et angoissante d'ordre hallucinatoire, apparues récemment, suivie d'une période de sidération psychique avec troubles de la concentration et de la capacité de raisonnement. A ce moment-là il n'a pas été question d'un vécu analogue dans votre enfance. " Par écriture du 26 janvier 2015, le demandeur a fait valoir qu'une réserve pour raison de santé n'était pas admissible lorsque, comme dans son cas, un indépendant s'assurait à titre facultatif moins d'un an après avoir été soumis à l'assurance obligatoire pendant au moins six mois. Il a également produit : - un formulaire d'inscription à la prévoyance professionnelle destiné à l'Institution de prévoyance R. _____, au nom de l'entreprise Z. _____ Sàrl et signé le 24 décembre 2004 par le demandeur, mentionnant dans la partie à remplir par l'employeur, sous la rubrique « Affiliation », l'indication « Prévoyance complémentaire ». Cette formule précisait en outre, dans la partie à remplir par l'assuré, sous chiffres 2 et 5, que l'intéressé avait reçu un traitement psychiatrique au cours des deux dernières années pour « burn-out août-mars 2003 » et que ce traitement, dispensé par le Dr K. _____, était définitivement

achevé, étant en outre signalé sous chiffre 8 que l'ancienne caisse de pension du demandeur avait émis une réserve pour des motifs de santé ; - trois feuilles d'information au 1^{er} janvier 2005, 1^{er} janvier 2006 et 1^{er} janvier 2007 émises par l'Institution de prévoyance R. _____ et sur lesquelles figurait notamment la mention « Prévoyance de base » ; - une attestation du 26 avril 2011 de l'Institution de prévoyance R. _____ selon laquelle la prestation de sortie du demandeur avait été transférée à la Fondation Q. _____ libre passage (2^e e pilier). La défenderesse s'est déterminée sur ces pièces le 29 janvier 2015, en maintenant ses conclusions. Elle a en particulier soutenu que le demandeur n'était pas assuré auprès d'elle lorsqu'était survenue l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité. Elle a en outre estimé que la valeur probante des pièces produites prêtait à discussion, l'inscription ayant été faite au nom de l'entreprise Z. _____ Sàrl pour une affiliation à la « Prévoyance complémentaire », tandis que le transfert de la prestation de sortie comportait une référence à la « Prévoyance de base ». Elle a requis dès lors le dossier du demandeur auprès de l'Institution de prévoyance R. _____ ainsi que le règlement de prévoyance de cette dernière. Une audience de jugement s'est tenue le 28 avril 2015, au cours de laquelle la défenderesse a déposé une requête de reprise d'instruction en concluant à la production du dossier du demandeur auprès de l'Institution de prévoyance R. _____. Elle a allégué que dans le formulaire d'annonce d'entrée complété le 10 avril 2008, le demandeur avait menti en omettant de mentionner le nom de son ancienne institution de prévoyance, en indiquant ne pas avoir été assujetti à l'assurance obligatoire selon la LPP et en répondant par la négative à la question de savoir s'il bénéficiait d'un avoir LPP. Elle a dès lors requis qu'il soit vérifié si la réponse du demandeur selon laquelle l'Institution de prévoyance R. _____ n'avait pas émis de réserve pour de raison de santé était exacte. Un complément d'instruction auprès de l'Institution de prévoyance R. _____ a été décidé. Cette institution a produit le 4 mai 2015 son règlement ainsi que le dossier du demandeur comportant notamment les pièces suivantes : - une lettre du 2 juin 2004 de la Fondation I. _____ dont il résulte en particulier ce qui suit : " Nous vous informons que vous êtes affilié auprès de notre Fondation dès le 01.09.2002, conformément à la demande d'affiliation que votre employeur nous a transmise. Après étude de votre dossier médical par notre médecin-conseil, votre affiliation est toutefois assortie d'une réserve médicale d'une durée de 5 ans pour les prestations en cas d'invalidité ou de décès due aux suites de : « épisode dépressif majeur ». " - une lettre du 8 février 2005 de l'Institution de prévoyance R. _____ dont il résulte notamment ce qui suit : " En vue des données que vous avez fournies sous le point 2 de la déclaration sur l'état de santé, le conseil de fondation se voit obligé d'émettre une réserve relative aux prestations. Si au cours de la durée de cette réserve, les problèmes en question conduisent à l'invalidité ou au décès, seules les prestations de risques prévues par la loi seront versées. En vertu de l'art 2.3 du règlement de l'institution de prévoyance R. _____, la durée de validité maximale pour une telle réserve se limite à 5 ans." - un plan de prévoyance pour la prévoyance professionnelle du personnel de la société Z. _____ Sàrl ; - une convention d'affiliation entre Z. _____ Sàrl et l'Institution de prévoyance R. _____ ; - deux listes de salaire concernant l'entreprise Z. _____ Sàrl, l'une au 1^{er} janvier 2006 et l'autre au 1^{er} janvier 2007. Toujours le 4 mai 2015, cette institution a en outre écrit à la Cour de céans notamment ce qui suit : " Nous vous confirmons avoir émis une réserve de santé au nom de M. V. _____ lors de son admission auprès de notre institution de prévoyance. De plus, cette réserve de santé a été communiquée à l'assuré, selon notre correspondance du 8 février 2005. " Dans sa détermination du 20 mai 2015, la défenderesse s'est référée à une lettre

adressée par son conseil, le 12 mai précédent, au conseil du demandeur et dont la teneur est la suivante : " Par la présente, nous nous référons au dossier complet de votre mandant V. _____ auprès de l'institution de prévoyance R. _____, qui a été adressé le 4 mai dernier à Mme la Présidente de la Cour des assurances sociales. Ayant pris connaissance de ces nouvelles pièces, nous nous déterminons comme suit : 1. Nous constatons que, contrairement à ce que vous avez déclaré lors de l'audience du 28 avril dernier, une réserve de santé a bien été émise par l'institution de prévoyance R. _____ concernant votre mandant. En effet, par courrier recommandé du 8 février 2005, l'institution de prévoyance précitée a émis une réserve en ce qui concerne les affections liées au « burn-out » (point 2 de la déclaration sur l'attestation de santé) précédemment subi par M. V. _____ en 2002-2003. Ces éléments prouvent que M. V. _____ a donné une réponse contraire à la vérité dans le questionnaire de santé de la Caisse de pension S. _____, en cochant la case « non » à la question de savoir s'il existait une réserve pour raison de santé dans sa dernière institution de prévoyance [...]. Si votre mandant avait donné une réponse conforme à la vérité à la Caisse de pension S. _____, cette dernière se serait renseignée auprès de l'institution de prévoyance R. _____ et n'aurait pas manqué d'émettre elle-même une réserve concernant les atteintes psychiatriques dont souffre M. V. _____. Au vu de cet élément important qui a été passé sous silence par M. V. _____ lorsqu'il a rempli les questions relatives à son état de santé dans le formulaire d'annonce d'entrée, nous nous voyons contraints, au nom de notre mandante, d'invoquer un nouveau cas de réticence au sens de l'art.

E. 2.3

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Non, l'activité exercée par l'assuré jusqu'ici n'est plus exigible.

E. 2.4

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Oui, il y a une importante diminution du rendement.

E. 2.5

et 123 V 269 consid. 2a avec les références citées), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération. En revanche, 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 (cf. ATF 130 V 270 consid. 3.1 et 129 V 73 consid. 4 et 4.2 ; cf. TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3). 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 (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1 avec les références citées). En l'espèce, l'art. 21 al. 1 du règlement de la défenderesse (état au 1^{er} janvier 2008) prévoit que « [p]ar invalidité, on entend l'invalidité selon la LPGA d'un assuré par suite de maladie ou de lésion corporelle non intentionnelle (accident). En général, l'assuré reconnu invalide par l'AI le sera aussi par la Caisse de pension à la même date et dans les mêmes proportions ». La définition de l'invalidité est ainsi la même que celle de l'AI, toutes deux se fondant sur celle

de la LPGA. En outre, le règlement de la défenderesse renvoie, sur le principe, à l'appréciation de l'AI s'agissant non seulement de la date à partir de laquelle l'invalidité est reconnue, mais également du taux d'invalidité. Cela étant, la défenderesse ayant été intégrée à la procédure AI dès lors qu'elle a reçu communication du projet de décision établi le 16 février 2010 par cet office, elle est ainsi liée par les décisions rendues par celui-ci sauf dans le cas où la décision de l'OAI apparaîtrait insoutenable et pour autant bien évidemment que la clause d'assurance soit remplie. b) Il convient en conséquence d'examiner si les décisions rendues les 21 septembre 2010 et 7 février 2011 par l'OAI – allouant une rente entière d'invalidité au demandeur dès le mois d'avril 2009, eu égard à une incapacité de travail durable depuis le 22 avril 2008 – sont d'emblée insoutenables. c) 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. 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 obligerait l'office AI à revenir sur sa décision initiale dans le cadre d'une révision procédurale (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1 et la référence). 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; cf. anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin

traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

5. a) En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les rapports du Dr P. _____, que le demandeur a consulté le 22 avril 2008 et qui a certifié une première incapacité de travail dès le 22 avril 2008. Dans l'anamnèse de son rapport du 27 août 2008, le Prof. J. _____ a certes mentionné que le demandeur souffrait depuis l'adolescence d'hallucinations visuelles et depuis deux à trois semaines auditives. Le Dr P. _____ a toutefois précisé, dans sa lettre du 31 octobre 2008 au Prof. J. _____, que si le demandeur avait présenté quelques « rêveries éveillées » et autres « perceptions extrasensorielles » depuis longue date, ceci n'avait eu lieu jusqu'alors (avril 2008) que d'une manière très sporadique et ne perturbant en rien le fonctionnement cognitif de l'intéressé ; il a ajouté que les véritables hallucinations à caractère pathologique n'avaient commencé qu'au printemps 2008 et qu'elles n'avaient jamais présenté un caractère envahissant ni angoissant, le problème majeur étant la fatigue nerveuse massive qui avait rapidement induit une incapacité partielle puis complète pour le demandeur de poursuivre son activité d'avocat. De même, dans le rapport d'expertise du 23 juin 2009 à l'attention de l'OAI (p. 6 ss), les Drs B. _____ et W. _____ ont confirmé le diagnostic de trouble psychotique atypique retenu par le Dr P. _____. Ils ont estimé que cette pathologie ne semblait pas avoir de lien avec l'épisode dépressif de 2002, ni avec la phase d'hyperactivité qui l'avait précédé. Ils ont relevé que le demandeur avait développé des relations interpersonnelles assez formelles, avec peu d'implication affective, que ce manque de résonance affective pouvait être un signe avant-coureur d'un trouble psychotique et qu'il s'agissait d'une psychose tardive, associée à un déficit cognitif important, peut-être antérieur aux hallucinations. Ils ont indiqué que les limitations psychiques privaient totalement le demandeur de la capacité d'exercer la profession d'avocat, que l'incapacité de travail avait débuté le 22 avril 2008, comme l'avait déterminé le Dr P. _____, et qu'elle avait constamment augmenté pour devenir totale dès le 1^{er} juillet 2008. Enfin, après examen de cette expertise, les médecins du SMR l'ont estimée complète et convaincante et se sont ralliés à ses conclusions (cf. notamment rapport médical du Dr Z. _____ du 30 juillet 2009). Les décisions rendues par l'OAI octroyant une rente entière au demandeur depuis avril 2009 et fixant le début de l'incapacité de travail au 22

avril 2008 n'apparaissent ainsi pas manifestement mal fondées. A ce moment, le demandeur était assuré auprès de la défenderesse. Elle est ainsi liée par les décisions rendues par l'OAI sous réserve de nullité du contrat, hypothèse non réalisée comme on le verra ci-dessous (cf. consid. 7 infra). b) Même si tel n'était pas le cas, l'issue du litige ne serait pas modifiée. En effet, selon la traduction française du rapport d'expertise du 1^{er} juin 2009 du Dr D. _____ (p. 7), ce dernier a estimé très inhabituel que le demandeur ait pu jouir d'une pleine capacité de travail, comme déclaré dans son annonce d'entrée dans l'institution défenderesse, et ait présenté des symptômes tels qu'il a été jugé incapable de travailler à 50% quatorze jours plus tard – la probabilité d'un tel cas étant inférieure à 1%. Toutefois, ce praticien a indiqué ne pas pouvoir répondre à la question de savoir si la maladie dont souffrait le demandeur pouvait influencer sa capacité de travail dans la mesure où le diagnostic n'était pas encore établi. On comprend de surcroît mal, dans ces conditions, comment le Dr D. _____ a pu retenir que la maladie dont était atteint le demandeur existait depuis longtemps et partir du principe que le demandeur aurait dû être frappé par certaines aberrations, du moins certaines particularités, depuis longtemps également. L'expertise du Dr D. _____ apparaît ainsi imprécise, voire contradictoire. En outre elle ne se fonde pas sur un examen complet du cas du demandeur puisque l'expert n'a pas procédé à l'examen clinique de celui-ci. Les conclusions du Dr D. _____ ne sauraient dès lors être suivies. Mandaté par la Cour de céans, le Dr C. _____ a réalisé une expertise judiciaire. Dans son rapport du 4 juin 2014, cet expert a posé le diagnostic de trouble schizotypique (cf. en particulier rapport d'expertise du 4 juin 2014 p. 14), diagnostic qui n'est remis en cause par aucun autre rapport médical. En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé du demandeur (cf. ibid. p. 19), le Dr C. _____ a considéré comme hautement vraisemblable que le demandeur souffrait de troubles psychiques depuis les débuts de l'âge adulte, même si ceux-ci n'avaient pas été d'emblée incapacitants. Il a précisé que le trouble schizotypique était une maladie chronique qui apparaissait au début de l'âge adulte et que le demandeur avait été plus gravement symptomatique de temps à autre, sachant que le trouble évoluait de façon chronique avec une intensité fluctuante et que c'était en 2008 que l'intéressé avait développé un tableau clinique plus grave, la symptomatologie psychotique tant positive que négative s'étant exacerbée et ayant eu alors des répercussions cognitives incapacitantes. L'expert a par ailleurs examiné avec soin la question du moment à partir duquel le demandeur avait été en incapacité de travail. A cet égard, il n'a pas exclu qu'une incapacité de travail ait pu intervenir avant le 22 avril 2008, mais il n'a pu l'établir, raison pour laquelle il a retenu les dates attestées par le Dr P. _____ (cf. ibid. pp. 19 s. et 22), seul spécialiste ayant traité le demandeur à l'époque en 2008. Les experts mandatés par l'OAI ont également retenu ces dates. On peine dès lors à comprendre comment il serait possible d'être plus précis. L'expertise du Dr C. _____ est du reste complète et bien motivée. Elle souscrit aux réquisits de la jurisprudence (cf. consid. 4b supra). Elle a ainsi valeur probante. c) L'appréciation du début de l'incapacité de travail par l'expert C. _____ n'est, contrairement à ce que soutient la défenderesse, pas infirmée par les circonstances concomitantes à la cause. On ne saurait en particulier rien voir de tel dans la vente de la société du demandeur en 2007, dès lors qu'il résulte de la décision rendue le 15 décembre 2006 par la Commission fédérale de recours en matière de surveillance des assurances privées que l'intéressé n'était plus habilité à exercer compte tenu d'une modification des dispositions légales. S'agissant de la baisse des revenus du demandeur en 2007, comme le mentionne le rapport d'enquête économique établi le 4 décembre 2009 par le Service des enquêtes de l'OAI, l'année 2007 n'a pas à être prise en

compte pour calculer le revenu sans invalidité du demandeur dès lors qu'à cette époque il a remis sa société et réorganisé ses activités. Enfin, quoi qu'en dise la défenderesse (cf. déterminations du 11 juillet 2014 p. 3), on ne peut rien déduire du fait que le demandeur a représenté une partie devant le Tribunal fédéral en déposant un recours en juin 2008 (cf. TF 2C_416/2008 du 30 octobre 2008), dans une affaire qu'il connaissait depuis début 2008 puisqu'il avait déjà représenté cette même cliente devant le Tribunal administratif fédéral (cf. TAF B-8243/2007 du 20 mai 2008). Tout ce que l'on peut en conclure c'est que le demandeur a voulu terminer son mandat malgré son état de santé. Ce comportement corrobore du reste les observations de l'expert C. _____ selon lesquelles le demandeur est partiellement anosognosique (cf. rapport d'expertise du 4 juin 2014 p. 15). Enfin, le fait que le demandeur a répondu de façon inexacte à quatre des questions figurant dans l'annonce d'entrée du 10 avril 2008 et ayant trait à son ancienne institution de prévoyance ne signifie pas qu'il avait conscience de souffrir d'une affection qui n'avait jamais été diagnostiquée auparavant, ni que celle-ci entraînait une incapacité de travail d'une certaine importance. Il suit de là qu'aucune incapacité de travail de 20% au moins due au trouble schizotypique n'est établie avant le 22 avril 2008. A cette date, le demandeur était assuré auprès de la défenderesse.

6. La défenderesse invoque la réticence. a) Selon l'art. 4 al. 1 et 2 LPP, les salariés et les indépendants qui ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire peuvent se faire assurer à titre facultatif conformément à la LPP, les dispositions sur l'assurance obligatoire, en particulier les limites de revenu fixées à l'art. 8 LPP, s'appliquant par analogie à l'assurance facultative. L'al. 3 de cette disposition prévoit que les travailleurs indépendants ont d'autre part la possibilité de s'assurer uniquement auprès d'une institution de prévoyance active dans le domaine de prévoyance étendue, et notamment auprès d'une institution de prévoyance non inscrite au registre de la prévoyance professionnelle, les al. 1 et 2 ne s'appliquant pas dans ce cas. En l'occurrence, l'art. 1 ch. 1 et 2 du règlement de la défenderesse prévoit que cette dernière est une fondation au sens des art. 80 ss CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210), 331 ss CO (Code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220) et 48 LPP, fondation dont le but est, dans les limites du règlement, d'assurer la prévoyance professionnelle, d'après la LPP et ses dispositions d'application, notamment des avocats indépendants membres de la Fédération S. _____.

La fondation garantit les prestations minimales obligatoires d'après la LPP ; elle est inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle conformément à l'art. 48 LPP (art. 1 ch. 3 du règlement). Les al. 1 et 2 de l'art. 4 LPP sont ainsi applicables, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par les parties. Le contrat liant les parties est un contrat sui generis et non un contrat d'assurance (cf. Jacques-André Schneider in : LPP et LFLP, Jacques-André Schneider / Thomas Geiser / Thomas Gächter [éditeurs], Berne 2010, n° 15 ad art. 4 LPP p. 151).

b) La réticence de l'assuré et ses conséquences s'apprécient selon les dispositions statutaires ou réglementaires de l'institution de prévoyance, les art. 4 ss LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) s'appliquant par analogie en l'absence de telles dispositions (cf. Hermann Walser in : LPP et LFLP, op. cit., n° 11 ad art. 14 LFLP p. 1542, avec la jurisprudence citée sous note de bas de page n° 10). En l'espèce, le règlement de la défenderesse prévoit à son art. 9 ch. 1 à 5 ce qui suit: " 1. Lors de son admission à la Caisse de pension, chaque assuré remet une déclaration écrite portant sur son état de santé en confirmant son accord de se soumettre à un examen de santé auprès d'un médecin-conseil désigné par la Caisse de pension. 2. Seules les prestations minimales selon la LPP sont assurées pour les assurés ne remettant pas de déclaration écrite relative à leur état de santé ou pour ceux qui refusent de se soumettre à l'examen médical décrété par

le médecin-conseil. 3. Si la caisse de pension constate ultérieurement que ladite annonce écrite contient des déclarations fausses ou incomplètes (réticence), elle peut n'assurer que les seules prestations minimales selon la LPP avec effet rétroactif au début de l'assujettissement et pour toute la durée du versement des prestations. Disposant d'un délai maximal de 2 mois après avoir eu connaissance de la réticence, la Caisse de pension communique cette réduction de prestations à l'assuré ; à défaut, son droit de réduire les prestations prend fin. 4. Lors de l'entrée de l'assuré dans la Caisse de pension, cette dernière peut formuler une réserve de santé n'excédant pas 5 ans, limitant ainsi l'assurance des risques décès et invalidité aux prestations minimales selon la LPP. La Caisse de pension peut reprendre une éventuelle réserve de santé stipulée par l'ancienne institution de prévoyance de l'assuré et qui ne serait pas encore échue, prorogeant ainsi cette réserve pour une durée totale maximale de 5 ans. Au plus tard dans les 4 mois dès connaissance du rapport du médecin-conseil ou dans l'année suivant le début des rapports de travail (le délai se concrétisant en premier sera considéré comme étant déterminant), la Caisse de pension informe l'assuré par écrit du genre et de la durée de la réserve ainsi que de ses conséquences ; passé ledit délai, aucune réserve ne pourra être émise. 5. Lorsque survient un risque pour lequel une réserve en cours a été émise, la Caisse de pension réduit durablement ses prestations aux prestations minimales selon la LPP et à celles calculées de façon analogue à la LPP du fait de la prestation de libre passage apportée. " L'art. 38 du règlement a en outre la teneur suivante : " 1. Lors de son entrée dans la Caisse de pension, l'assuré est tenu de lui permettre de consulter les décomptes des prestations de libre passage concernant les rapports antérieurs de prévoyance. La Caisse de pension peut exiger les prestations de libre passage pour le compte de l'assuré. 2. Les assurés, les bénéficiaires de rentes et leurs survivants doivent fournir des renseignements véridiques à l'administration de la Caisse de pension quant aux circonstances déterminantes pour l'assurance et le calcul des prestations. Au plus tard dans les 4 semaines, lesdites personnes informent l'administration de la Caisse de pension, spontanément et par écrit, de toute modification d'état civil et de situation familiale, t.q. mariage, convention de partenariat enregistré, naissances, divorce, dissolution judiciaire d'un partenariat enregistré, remariage, décès du conjoint, du partenaire enregistré ou d'un enfant, modifications des prestations servies par d'autres assurances. 3. Les dispositions ci-dessus sont applicables par analogie aux employeurs assurés. Une convention annexe régie les autres devoirs de renseigner et de notifier des employeurs. 4. La Caisse de pension décline toute responsabilité pour les conséquences éventuelles d'une violation des devoirs d'annoncer et de notifier. Si la violation des devoirs de renseigner ou de notifier cause un préjudice à la Caisse de pension, le Conseil de fondation peut rechercher le contrevenant en responsabilité. " c) Dans le cas particulier, le demandeur a donné de fausses réponses à quatre des questions figurant dans l'annonce d'entrée du 10 avril 2008. En effet, il n'a pas mentionné avoir eu une institution de prévoyance précédente, pas plus qu'il n'a signalé avoir été assujetti à l'assurance obligatoire selon la LPP, ni avoir fait l'objet d'une réserve pour raisons de santé dans sa dernière institution prévoyance, ni encore bénéficier de prestations de libre passage. En revanche, on ne saurait reprocher au demandeur d'avoir déclaré qu'il jouissait d'une pleine capacité de travail dès lors que tel était bien le cas comme on l'a vu ci-dessus (cf. consid. 5 supra). La demanderesse a par ailleurs invoqué la réticence dans le délai prévu par le règlement. Compte tenu des réponses erronées données par le demandeur à la défenderesse, celle-ci est donc en droit, conformément à l'art. 9 de son règlement, de réduire ses prestations et de n'allouer que des prestations minimales LPP. 7. La défenderesse invoque

de surcroît la nullité du contrat en se fondant sur l'art.

E. 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? D'après les informations à disposition, l'incapacité de travail semble bel et bien être restée entière jusqu'à aujourd'hui. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai? Si non, pour quelles raisons? Non, pour le soussigné, des mesures professionnelles ne paraissent pas envisageables. Le tableau clinique présenté par l'intéressé n'est pas compatible avec les exigences du premier marché du travail. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Non.

E. 4

Diagnostics psychiatriques (selon la CIM-10) [...]

E. 4.1

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail[.] Depuis quand sont-ils présents? Trouble schizotypique (F21).

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail[.] Depuis quand sont-ils présents? Aucun sur le plan psychiatrique. 5. Appréciation du cas et pronostic En conclusion, il est hautement vraisemblable (> 75%) que l'intéressé souffre de troubles psychiques depuis les débuts de l'âge adulte, même si ceux-ci n'ont pas été d'emblée incapacitants. Au terme d'une investigation fouillée, le soussigné considère que ces troubles rejoignent les critères diagnostiques du trouble schizotypique (F21) de la CIM-10. Au vu de l'évolution actuelle, ce trouble schizotypique doit être corrélé à une incapacité de travail de 100% en tant qu'avocat ou pour une activité équivalente. On peut par conséquent se rallier à ce qui a été retenu par le Dr P. _____, à savoir une incapacité de travail de 50% du 22.04.2008 au 31.05.2008, de 80% du 01.06.2008 au 30.06.2008 et de 100% depuis le 01.07.2008. En l'état actuel des informations à disposition, cette incapacité de travail psychiatrique est vraisemblablement restée constante depuis lors. Elle est vraisemblablement fixée pour une longue durée. Le soussigné ne voit pas quelle proposition d'activité adaptée il pourrait avancer dans ce cas. Le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité, compte tenu de ce qui peut être fait dans un tel cas. Le pronostic est sombre. Il est peu vraisemblable que l'état de santé psychique de M. V. _____ puisse s'améliorer ces prochaines années, quels que soient les traitements qui pourraient lui être prodigués. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Les limitations ont été mentionnées et discutées dans le chapitre de l'appréciation dans le domaine de la médecine des assurances. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici pour autant que le demandeur ait exercé une activité professionnelle:

E. 5

Appréciation du cas et pronostic Nous confirmons le diagnostic de trouble psychotique atypique retenu par le Dr P. _____. Cette pathologie ne semble pas avoir de lien avec l'épisode dépressif de 2002, ni avec la phase d'hyperactivité qui l'avait précédé (laquelle pourrait remplir les critères d'un trouble bipolaire de type II). L'assuré a développé des relations interpersonnelles assez formelles, avec peu d'implication affective, comme en témoignent son lien à sa mère et à ses épouses, ainsi que sa façon de communiquer avec sa

compagne actuelle (il lui a fait part de ses hallucinations par message électronique). Ce manque de résonance affective peut être un signe avant-coureur d'un trouble psychotique. Il s'agit d'une psychose tardive, associée à un déficit cognitif important, peut-être antérieur aux hallucinations (cf. leur « fonction » d'aide à la concentration). L'examen neurologique du Pr J. _____ a permis d'exclure une origine somatique et il n'y a pas d'élément en faveur d'une psychose toxique. L'examen neuropsychologique a révélé un important déficit de la mémoire de travail et du raisonnement, compatible avec les troubles cognitifs observés en cas de psychose. L'évolution d'une psychose de début tardif est habituellement défavorable, avec un risque important de chronicisation et d'aggravation des déficits cognitifs. L'effet thérapeutique des antipsychotiques et des antidépresseurs sur les perturbations cognitives est malheureusement très réduit. L'absence d'évolution favorable au cours des douze derniers mois est un élément pronostique défavorable. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés L'assuré se plaint de douleurs des genoux et de l'épaule à l'effort. L'existence d'une éventuelle limitation physique relèverait d'une expertise rhumatologique. Il existe des limitations psychiques et mentales. L'examen neuropsychologique a révélé un déficit sévère de la mémoire de travail et du raisonnement De plus, les difficultés attentionnelles et les efforts de concentration requis pour des activités mentales simples entraînent une importante fatigabilité psychique ; l'assuré a eu besoin de faire une pause lors de chaque entretien. Ces limitations sont absolument incompatibles avec l'exercice du métier d'avocat ainsi que de toute activité exigeant la mise en oeuvre de fonctions exécutives normalement performantes. Il n'y a pas de limitations sociales. 2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

E. 9

a) Au vu de ce qui précède le demandeur a droit à une rente entière d'invalidité réduite aux prestations minimales LPP dès le 22 avril 2009 (à l'issue du délai d'attente de douze mois prévu par la convention d'affiliation signée par les parties les 10 et 18 avril 2008), sous réserve des indemnités journalières qui lui auraient été versées par une assurance perte de gain postérieurement à cette date et d'une surindemnisation. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le demandeur a droit à des dépens de la part de la défenderesse (cf. art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 2'500 francs.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.