

VD_GERICHTE ZI11.017065 vom 2. Juli 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-07-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI11.017065

FR: VD_GERICHTE ZI11.017065 du 2 juillet 2015

IT: VD_GERICHTE ZI11.017065 del 2 luglio 2015

Erwägungen

E. 2

Patient guéri depuis mars 2003, pas de rechute à prévoir.

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.

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 1er 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

- 50 - 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.

- 51 - 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 1er 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 confidents 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).

- 52 - 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

- 53 - 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 1er 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 1er 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%.

- 54 - 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

- 55 - 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

- 56 - 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.

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.

- 38 -

E. 3

A la consultation de ce jour, autant l'anamnèse que l'examen physique sont physiologiques.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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

- 39 - 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

- 40 - 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

- 41 - 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.

E. 4

Aucun mise à part une consommation de 15 à 20 cigarettes par jour.

E. 4.1

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

E. 4.2

Diagnostiques 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

- 37 - 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

Pronostic : excellent.

E. 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).

- 57 - 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.

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.