

VD_GERICHTE ZI16.023665 vom 30. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI16.023665

FR: VD_GERICHTE ZI16.023665 du 30 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZI16.023665 del 30 maggio 2017

Erwägungen

E. 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 [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]). 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 ; RSV 173.36]). c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) 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 lieu du siège de la défenderesse, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

- 15 -

E. 2

Le litige a pour objet la question de savoir si le demandeur peut prétendre à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse.

E. 3

a) Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (art. 24 al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2005). b) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors 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 115 V 103 consid. 4b). c) Si 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 130 V 270 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut aussi 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). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans

- 16 - les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), 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 (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). 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). d) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations 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 selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b 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). e) 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

- 17 - 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). f) La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature

de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, il est possible de s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur

- 18 - et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1). g) Est déterminante pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP dont la cause est à l'origine de l'invalidité la perte 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. La relation de connexité temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité survenue ultérieurement se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement d'après la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références; voir également la définition légale de l'art. 6 LPGA, disposition qui ne s'applique toutefois pas en matière de prévoyance professionnelle). Cette activité doit cependant permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3). h) Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la personne assurée a présenté une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TFA B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.2, in SVR 2005 BVG n° 5 p. 15). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme conformes à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire ainsi que la

- 19 - teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de

prévoyance de son précédent employeur. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TF B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références). Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1). i) Lorsqu'il s'agit d'apprécier l'existence d'un rapport de connexité temporelle entre l'incapacité de travail originelle et l'invalidité ultérieure, il convient d'être attentif à la nature particulière de certaines maladies – comme la sclérose en plaques ou la schizophrénie – dont les tableaux cliniques sont caractérisés par des symptômes évoluant par poussées, avec des périodes d'exacerbation aiguë et de rémission. L'application d'une échelle stricte en matière d'appréciation de la connexité temporelle en présence de telles maladies aboutirait à ce que, régulièrement, l'institution de prévoyance qui était tenue à prestation lors du déclenchement de la maladie aurait à payer des prestations sous forme de rente lors de crises ultérieures de nature invalidante, et ce quand bien même il y aurait eu, entre-temps, des périodes durant lesquelles la capacité de travail se serait rétablie et aurait été exploitée dans le cadre de plusieurs rapports de travail. Un tel résultat ne serait, du point de vue de la protection d'assurance dans la prévoyance professionnelle, pas souhaitable et même choquant pour les cas dans lesquels la maladie se déclare à un moment où la couverture d'assurance fait défaut. C'est

- 20 - pourquoi il convient d'accorder en pareille situation une signification particulière aux circonstances du cas d'espèce (TFA B 63/04 du 28 décembre 2004 consid. 3.3.3 et B 12/03 du 12 novembre 2003 consid. 3.2.1).

E. 4

Il n'est pas contesté que la défenderesse n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité faite par les organes de l'assurance-invalidité, aussi bien en ce qui concerne la fixation du degré d'invalidité que la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail s'était détériorée de manière sensible et durable, dès lors que l'office AI ne lui a pas notifié sa décision de prestations (cf. supra consid. 3c).

E. 5

Afin de déterminer si le demandeur a droit à des prestations de la part de la défenderesse, il convient en premier lieu d'examiner si le demandeur a présenté une incapacité de travail invalidante au cours des rapports de prévoyance et s'il présente une invalidité au sens de la LPP. a) En l'occurrence, il faut constater que le demandeur a présenté les premiers symptômes avérés d'une décompensation psychotique vers la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007, ainsi que l'attestent la teneur de la lettre de résiliation que le demandeur a adressée le 9 janvier 2007 à son employeur (« je me sens observé 24h sur 24h par tous mes collègues ») et les propos qu'il a rapportés aux experts chargés d'évaluer sa responsabilité pénale au moment des faits (rapport d'expertise du professeur Z. _____ et du docteur J. _____ du 12 septembre 2007, p. 11). Cette phase de décompensation a atteint un paroxysme par l'agression au couteau dont le demandeur s'est fait l'auteur sur la personne de son père. A la suite de son incarcération, les symptômes psychotiques ont perduré, ce qui a nécessité son hospitalisation du 12 au 22 février 2007 dans une unité carcérale spécialisée dans les soins psychiatriques, à savoir l'Unité Carcérale Psychiatrique

I._____. Il a séjourné ensuite jusqu'à son jugement à l'Unité psychiatrique de la Prison D._____ à R._____, séjour entrecoupé par un nouveau passage à l'Unité Carcérale Psychiatrique I._____ du 23 au 30 mai 2007.

- 21 - b) Ainsi que le relève la défenderesse, force est de reconnaître que le dossier ne contient aucun rapport médical prenant position sur la capacité de travail du demandeur. Celui-ci ne saurait toutefois subir de préjudice de l'absence d'appréciation relative à la capacité de travail. Compte tenu des indices mis en évidence au considérant précédent, il convient d'admettre que la capacité de travail du demandeur était à tout le moins perturbée en raison de la diminution de rendement professionnel entraînée par les symptômes psychotiques qui l'affectaient (en particulier l'hostilité et la méfiance qu'il éprouvait à l'égard de ses collègues). Par ailleurs, l'absence d'appréciation relative à la capacité de travail s'explique aisément par les circonstances du cas d'espèce. Il convient en premier lieu de souligner qu'une personne atteinte de schizophrénie a, en règle générale, de la difficulté à reconnaître qu'elle est malade et n'exprime, pour cette raison, aucune demande particulière de soins. Tel a d'ailleurs été le cas du demandeur, ainsi que cela ressort explicitement du rapport d'expertise du professeur Z._____ et du docteur J._____ du 12 septembre 2007, lesquels avaient mis en évidence une conscience morbide faible (p. 22). Outre l'absence de suivi médical au moment des faits, le demandeur ne se trouvait pas dans une situation qui aurait pu justifier l'établissement d'un certificat relatif à la capacité de travail, dès lors qu'il avait démissionné de son emploi, qu'il s'était retiré chez lui et qu'il n'entretenait aucune relation avec un assureur social qui aurait pu requérir un avis sur sa situation médicale. Enfin, le demandeur a été incarcéré dès le 5 février 2007, de sorte que la question d'une éventuelle capacité de travail était caduque à compter de cette date. c) Autre est la question de savoir si les limitations décrites ci-dessus ont perduré au-delà de la phase de décompensation psychotique, laquelle a pris fin, selon les constatations rapportées par le docteur S._____ dans son rapport du mois de mars 2010, à la fin de l'année 2007. aa) Dans les rapports qu'ils ont établis à l'attention des organes de l'assurance-invalidité, les médecins traitants du demandeur,

- 22 - les docteurs S._____ (rapport de mars 2010) et A.A._____ (rapport du 28 avril 2011), ont souligné qu'un retour dans le monde du travail était envisageable, pour autant que celui-ci se fasse de manière progressive et avec un niveau de stress et d'exigence adapté. Tout en envisageant la possibilité que le demandeur exerce une activité à plein temps, moyennant une éventuelle diminution de rendement qui restait toutefois difficile à évaluer, ces médecins ont souligné l'importance d'évaluer la reprise étape par étape. D'une note téléphonique établie par l'office AI le 4 août 2011, il ressort que le docteur A.A._____ a dans un premier temps reconnu une capacité de travail de 50 %, tout en précisant qu'elle pourrait évoluer favorablement vers un 100 %, mais pas avant un délai de un à trois ans. bb) Dans le cadre des démarches visant sa réintégration sur le marché du travail, le demandeur a fait l'objet d'une évaluation du 7 juin au 30 septembre 2010 au sein des Ateliers C._____ auprès de la Fondation K._____ à Q._____. Effectué à 50 %, le processus d'évaluation a mis en évidence que le demandeur avait un rendement situé entre 60 et 80 % dans les tâches qui lui avaient été confiées. Il a effectué ensuite du 1er octobre au 31 décembre 2010 un stage au sein de l'entreprise L._____ SA à E._____ à raison de trois heures par jour, au cours duquel des tâches administratives simples (classement ; recherche des fournisseurs via le programme Profil ; scannage des bulletins de livraison ; organisation du stock matériel bureautique ; ouverture des classeurs pour l'année

2011) lui ont été confiées, tâches qui « ont été correctement exécuté[e]s avec l'encadrement du personnel en place ». cc) Dans une appréciation datée du 25 août 2011, le docteur E.E. _____, médecin-conseil auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, a estimé que le demandeur n'était pas en mesure de déployer une capacité de gain durable dans le monde de l'économie ; n'était en revanche pas contraindre une activité simple, subalterne, manuelle, répétitive en atelier ou dans le domaine agricole ou l'horticulture dans un milieu acceptant la différence.

- 23 - dd) Afin de lever la contradiction entre l'avis des médecins traitants, apparemment conforté par les premiers stages que le demandeur avait effectués, et le point de vue de son médecin conseil, l'office AI a mis en œuvre un stage d'observation et d'évaluation qui s'est déroulé du 17 avril au 6 juillet 2012 auprès de l'ORIF à un taux de 50 %. A l'issue du stage, les responsables du centre ont mis en évidence que le demandeur n'était pas en mesure d'intégrer une entreprise de l'économie libre, en raison notamment d'un manque de flexibilité et une résistance au changement, ainsi que de difficultés de compréhension des consignes nécessitant un accompagnement. ee) Estimant que le demandeur était tout au plus en mesure d'exercer une activité d'employé de bureau dans une structure protégée, l'office AI lui a alloué une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 84 %. ff) Contrairement à ce qu'affirme la défenderesse, il n'y a pas lieu de retenir que les limitations à une reprise d'une activité professionnelle ne sont pas d'ordre médical ou liées à l'état de santé du demandeur, mais ont trait à des lacunes d'ordre professionnel, scolaire et comportemental. Dans son rapport de mars 2010, le docteur S. _____ a souligné que la schizophrénie entraînait souvent des problèmes au travail et quelques difficultés de concentration et d'organisation, une fatigabilité importante ou encore une résistance faible au stress. Or, outre des problèmes liés à d'importantes lacunes scolaires et à un champ de compétences limité, les responsables de l'ORIF ont également mis en évidence plusieurs éléments qui se recoupent avec les difficultés mentionnées par le docteur S. _____, tels que le manque de flexibilité ou la résistance au changement. Il convient d'admettre que ces limitations sont d'ordre médical, sinon quoi on peine à comprendre les raisons pour lesquelles les organes de l'assurance-invalidité auraient alloué une rente entière d'invalidité au demandeur. d) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité est survenue pendant les

- 24 - rapports de travail auprès de la Banque V. _____ et qu'elle a perduré depuis lors sans amélioration notable, respectivement sans que n'ait été mise en évidence une interruption d'une durée propre à rompre le lien de connexité temporelle avec l'invalidité.

E. 6

A titre subsidiaire, la défenderesse allègue que la capacité de travail à l'origine de l'invalidité serait survenue à une époque antérieure aux rapports de prévoyance, à savoir au moment de l'hospitalisation non volontaire survenue entre le 26 avril et le 4 juillet 2005. La période durant laquelle le demandeur avait travaillé pour le compte de la Banque V. _____ ne pouvait pas être considérée comme étant suffisamment longue pour admettre que sa capacité de travail s'était rétablie de façon suffisamment durable pour rompre le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail survenue en 2005. a) Au début du printemps 2005, le demandeur a fait l'objet d'une première décompensation psychotique qui a nécessité une hospitalisation non volontaire du 26 avril au 4 juillet 2005 à l'Hôpital psychiatrique H. _____. A sa sortie, un suivi ambulatoire a été mis en place auprès du Centre T. _____ à O. _____, lequel s'est poursuivi jusqu'au mois de

janvier 2006, période correspondant au départ de sa thérapeute. Le demandeur a ensuite poursuivi son traitement auprès du docteur N._____, traitement auquel il a mis un terme au mois de juillet 2006, faute de lui trouver une utilité. Entre-temps, il avait débuté une nouvelle activité professionnelle auprès de la Banque V._____. b) L'allégation selon laquelle la reprise d'activité constituait tout au plus une tentative de réinsertion n'est étayée par aucune explication circonstanciée ; au contraire, celle-ci est contredite à la fois par la durée d'activité exercée sans interruption notable par le demandeur – un peu plus d'une année avec six jours d'absence – et par l'absence d'indices laissant apparaître que le demandeur aurait travaillé avec un rendement abaissé ou fait l'objet de remarques ou d'avertissements de la part de son employeur. D'après le certificat de travail établi le 7 novembre 2006 par la Banque V._____, les qualités du demandeur se révélaient

- 25 - par l'engagement dont il faisait preuve dans l'accomplissement de ses tâches ainsi que par son respect des délais ; il s'acquittait par ailleurs avec précision des missions qui lui étaient confiées. De nature agréable, apprécié pour son esprit d'équipe, sa disponibilité et sa motivation, il entretenait de bonnes relations tant avec ses supérieurs hiérarchiques et ses collègues que ses différents interlocuteurs internes et externes. c) Il est vrai que les particularités de l'affection dont il avait déjà souffert pouvaient laisser craindre à tout moment qu'il fasse une décompensation, ce d'autant qu'il avait apparemment mis un terme à tout traitement à compter du mois de juillet 2006. Un pronostic défavorable quant à l'évolution de la maladie ne saurait toutefois servir de critère pour examiner la question du rapport de connexité temporelle, sauf à poser la présomption qu'une interruption du rapport de connexité temporelle est exclue en présence de certaines maladies (TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 4.2). De même, les différents exemples jurisprudentiels évoqués par la défenderesse (TFA B 65/00 du 29 novembre 2001 et B 22/99 du 6 août 2001) ne sont d'aucune utilité pour examiner la cause, dès lors que seules les circonstances du cas particulier sont déterminantes pour juger de la situation concrète.

E. 7

La défenderesse soutient par ailleurs que le demandeur ne peut prétendre tout au plus qu'aux prestations qui relèvent du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle, dans la mesure où il avait commis une réticence au moment de son affiliation en ne répondant pas de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé.

- 26 - a) 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 Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 11 ad art. 14 LFLP). b) En l'espèce, le règlement de prévoyance de la défenderesse prévoit à son art. 4 ce qui suit : 1. Sur la base de la déclaration de santé ou selon le résultat de l'examen médical, la Caisse peut imposer une ou plusieurs réserves pour l'assurance invalidité et/ou décès. 2. Les effets de ces réserves seront limités à la part des prestations dépassant celles des prestations minimales selon la LPP. La durée des réserves n'excédera pas 5 ans, le temps de réserve éventuellement déjà écoulé dans l'ancienne institution de prévoyance pour le(s) même(s) motif(s) inclus. 3. Lorsqu'une incapacité de travail ou un décès, dont la cause existait avant la couverture d'assurance et était connue de l'assuré, interviennent avant l'exécution de l'examen de santé, seules les prestations de risque minimales selon la LPP seront dues, même après les 5 ans suivant l'affiliation. 4. Si un décès ou une incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité interviennent

pendant la durée des réserves, aucune prestation réglementaire ne sera versée, même après l'échéance des réserves. Seules les prestations minimales selon la LPP seront dues. 5. Si les causes d'une invalidité ou d'un décès sont autres que celles qui avaient motivé l'imposition de réserves, ces dernières sont sans effet. 6. Si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), il convient d'opérer la distinction suivante : a. si le risque assuré n'est pas encore réalisé au moment de la découverte de la réticence par la Caisse, les réserves peuvent être faites ultérieurement avec effet rétroactif à l'admission, dans les 6 mois dès la découverte de la réticence. b. si le risque assuré est déjà réalisé, la partie surobligatoire peut être exclue de la couverture de prévoyance dans les 4 semaines suivant la réception du dossier de l'assurance invalidité. c) Le règlement de prévoyance de la défenderesse ne diffère pas des règles prévues par la LCA.

- 27 - aa) Selon l'art. 4 al. 1 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque ; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3). bb) Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.3). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles : il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (TF 4A_579/2009 du 1er février 2010 consid. 2.5). cc) Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du

- 28 - risque (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur à conclure le contrat ou à le conclure aux conditions convenues (art. 4 al 2 LCA). Pour faciliter la décision, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il fait l'objet d'une question écrite de l'assureur. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des

symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b). dd) S'agissant des réticences survenues postérieurement au 1er janvier 2006, l'art. 6 LCA a été modifié et exige, pour que l'assureur puisse refuser sa prestation (ATF 138 III 416 consid. 6), que l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 al. 3 LCA). Pour les réticences qui ont eu lieu avant le 1er janvier 2006, cette exigence n'existe pas et l'assureur peut refuser sa prestation même si le fait qui lui a été dissimulé n'a joué absolument aucun rôle dans la survenance du sinistre ou n'exerce aucune influence sur l'étendue de son obligation (cf. sur l'ensemble de la question : ATF 136 III 334 consid. 2.2). ee) Les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit : l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA). Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou répéter ce qu'il a déjà payé pour un tel sinistre (art. 6 al. 3 LCA). ff) L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance (TF 4A_54/2011 du 27 avril 2011 consid. 2.4). Le comportement de l'assureur peut cependant être

- 29 - considéré comme abusif s'il a eu la possibilité de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence longtemps auparavant sur la base des renseignements en sa possession (TF 4A_177/2008 du 14 octobre 2008 consid. 6). Lorsque plusieurs réticences sont découvertes successivement, un délai autonome pour s'en prévaloir court à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de l'une d'elles, sans égard au fait qu'il n'aurait pas respecté le délai pour les autres (ATF 116 II 338 consid. 2a ; 109 II 159 consid. 2). gg) La résiliation doit intervenir par écrit (art. 6 al. 1 LCA). Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2). Il convient de se montrer strict lorsqu'il y a lieu de procéder à l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation de contrat d'assurance, au vu des conséquences sévères qu'entraîne pour l'assuré la réticence. Si la loi impose au proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur, qui invoque la réticence de l'assuré, qu'il précise à quelle interrogation celui-ci n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (TF 4A_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2). d) aa) Sur le fond, force est de constater que le demandeur a commis une réticence en lien avec les troubles psychiques qu'il avait présentés en 2005 et qui avait notamment nécessité une hospitalisation du 26 avril au 4 juillet 2005, puis un suivi thérapeutique jusqu'au milieu de l'année 2006. Il a en effet répondu par la négative aux questions nos 2 (« Etes-vous actuellement en traitement médical ? ») et 3 (« Avez-vous eu des problèmes de santé durant les 5 dernières années qui ont conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à 3 semaines ? ») figurant sur la demande d'admission auprès de la défenderesse, questions qui pourtant étaient sans équivoque. La dissimulation des troubles

- 30 - psychiques n'était au demeurant pas sans importance, car il ne fait guère de doute que la défenderesse n'aurait vraisemblablement pas conclu le contrat la liant au demandeur aux mêmes conditions si elle avait eu connaissance de la pathologie en cause. bb) Sur le plan formel, la déclaration de réticence, contenue dans le courrier de résiliation de la

défenderesse du 13 janvier 2016, est conforme aux exigences de la jurisprudence. Elle mentionne les questions auxquelles le demandeur a répondu de manière inexacte et précise en quoi consistent les faits importants non déclarés. Elle a par ailleurs été valablement invoquée dans le délai de quatre semaines suivant la réception par la défenderesse du dossier de l'assurance-invalidité, respectivement dans les quatre semaines après que la défenderesse a eu connaissance de la réticence.

E. 8

a) Selon la jurisprudence, l'exécution d'une peine privative de liberté ou d'une mesure ne confère pas à l'assuré un statut juridique particulier justifiant le refus des prestations de la prévoyance professionnelle. Le droit à certaines de ces prestations – le versement des rentes en particulier – est néanmoins suspendu pendant l'exécution de la peine ou de la mesure; cette suspension est notamment justifiée par le souci d'éviter que le détenu, qui est entretenu par la collectivité publique, ne retire un avantage économique en raison de l'exécution de sa peine durant laquelle, qu'il soit ou non invalide, il perd, en règle générale, son salaire ou ses gains professionnels (TFA B 63/05 du 31 août 2006 consid. 1.5; voir aussi l'art. 21 al. 5 LPGA). b) En l'occurrence, le demandeur a été placé en détention, respectivement a été soumis à une mesure thérapeutique institutionnelle du 5 février 2007 au 12 mai 2011, si bien qu'il ne saurait prétendre à des prestations au cours de cette période. Ce constat rend sans objet la question de la prescription des créances qui auraient été exigibles antérieurement au 23 décembre 2010.

- 31 -

E. 9

Sur le vu de ce qui précède, la demande formée le 25 mai 2016 par le demandeur à l'encontre de la défenderesse doit être admise. Le demandeur a droit à compter du 12 mai 2011 au versement d'une pension d'invalidité complète réduite aux prestations minimales LPP. La défenderesse versera au surplus un intérêt moratoire à partir du 25 mai 2016, date de la demande en justice, sur les prestations qui sont dues au demandeur ; le taux de l'intérêt est fixé à 5% en l'absence de dispositions réglementaires de la défenderesse sur ce point (cf. ATF 119 V 131 consid. 4d).

E. 10

a) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. b) Le demandeur, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés à 3'000 fr. et mis à la charge de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le demandeur dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Nicolas Mattenberger. Me Mattenberger a produit le 1er février 2017 le relevé des opérations effectuées pour le compte du demandeur. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de

l'accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être

- 32 - arrêtée à 28 heures et 6 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), soit une indemnité de 5'058 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 83 fr. 30 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'552 fr. 75 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par la défenderesse, de sorte que le solde à hauteur de 2'552 fr. 75 est provisoirement supporté par l'Etat. Le demandeur est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'552 fr. 75 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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