

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 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. 4 et 73 LPP ; art. 9 LCA ; art. 7 et 8 LPGGA.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : le demandeur), né en 1963, titulaire du brevet d'avocat, a travaillé au sein de la société Z._____ Sàrl. A ce titre, il a été affilié par cet employeur à l'Institution de prévoyance R._____ dès le 1^{er} janvier 2005. Il a quitté cette institution le 30 novembre 2007, ayant mis un terme à son activité salariée pour devenir indépendant.

Le 28 mars 2008, le demandeur, qui exerçait l'activité d'avocat à F._____, a rempli une demande d'offre à l'attention de la Caisse [...] (ci-après : la Caisse de pension S._____, la Caisse de pension ou la défenderesse). Dans la formule y relative, il a indiqué la date du 1^{er} février 2008 en tant que début de l'assurance, le cercle des personnes assurées étant le personnel et le propriétaire de l'étude. Il a en outre choisi un délai d'attente de douze mois pour la rente d'invalidité.

Par lettre du 1^{er} avril 2008, la défenderesse a fait parvenir diverses pièces au demandeur et lui a indiqué que, selon l'art. 8 al. 2 de son règlement de prévoyance, un indépendant était en général assuré depuis le jour stipulé sur l'annonce mais au plus tôt au premier jour du mois où la Caisse de pension avait reçu cette déclaration, raison pour laquelle la date d'entrée dans la Caisse avait été fixée dans le cas particulier au 1^{er} avril 2008. La défenderesse a ajouté qu'un examen de santé était exigé par son réassureur (la N._____, [...] [ci-après : la N._____]) lorsque le salaire annuel était supérieur à 159'120 fr., de même que lorsque le salaire annuel supérieur à 159'120 fr. était augmenté de 20% ou plus.

Le demandeur a complété une annonce d'entrée le 10 avril 2008. Dans ce formulaire, il a mentionné que son salaire annuel probable s'élevait à 80'000 fr. pour un taux d'occupation de 100%. Sous la rubrique « *Prestations de libre-passage (de précédentes institutions de prévoyance)* », il a répondu par un trait à côté de la mention « *Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente* ». Il a en outre répondu

par la négative à la question « *Etiez-vous jusqu'ici assujetti à l'assurance obligatoire selon la LPP* », ainsi qu'à la question « *Bénéficiez-vous de prestations de libre-passage* ». Sous la rubrique consacrée à l'état de santé, le demandeur a coché la case « *oui* » à la question « *Jouissez-vous de la pleine capacité de travail, respectivement de gain ?* ». Il a par ailleurs répondu non aux questions « *Existe-t-il déjà une invalidité auprès d'une autre assurance sociale (par exemple AI, M, AM) ? [...]* » et « *Existe-t-il une réserve pour raisons de santé dans votre dernière institution de prévoyance ?* ».

Le 18 avril 2008, la défenderesse a confirmé au demandeur que son affiliation prenait effet au 1^{er} avril 2008, lui transmettant par la même occasion une convention d'affiliation ainsi qu'un certificat d'assuré.

Selon l'art. 3 de la « *Convention d'affiliation LPP - Nouveau contrat* » signée les 10 et 18 avril 2008 par les parties, le plan de prévoyance applicable prévoyait un délai d'attente de douze mois pour la rente d'invalidité. En outre, l'art. 4 de ladite convention précisait que le cercle des personnes assurées, le type et l'étendue des prestations de prévoyance, le montant des cotisations ainsi que les droits et obligations des bénéficiaires étaient fixés dans le règlement de prévoyance ainsi que dans l'annexe du plan de prévoyance choisi.

Selon le certificat d'assuré au 1^{er} avril 2008 établi le 18 avril 2008 par la défenderesse, l'avoir de vieillesse projeté au 1^{er} décembre 2028 s'élevait à 269'863 fr. et la rente entière d'invalidité à 22'728 francs. Les mêmes montants seront indiqués sur un certificat ultérieurement établi le 6 octobre 2008.

Par lettre du 6 août 2008, le demandeur a annoncé à la défenderesse qu'il se trouvait en incapacité de travail depuis fin avril 2008. Il a par ailleurs signalé avoir conclu une assurance perte de gain maladie qui lui versait des prestations sur une base forfaitaire de 150'000 fr. par an et qui courait 730 jours, précisant encore ne pas avoir eu le temps d'adapter la couverture « *M. _____* » après l'affiliation.

A ce courrier étaient annexés trois certificats d'arrêt de travail établis les 23 avril, 6 juin et 4 juillet 2008 par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mentionnant une incapacité de travail de 50% du 22 avril au 31 mai 2008, puis de 80% du 1^{er} au 30 juin 2008 et enfin de 100% du 1^{er} juillet au 31 août 2008.

Le 20 août 2008, le demandeur a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à des mesures de réadaptation professionnelle et à l'octroi d'une rente, au motif d'une perte de concentration et de mémoire.

Dans un rapport du 10 septembre 2008 destiné à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr P._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble délirant et hallucinatoire persistant depuis avril 2008. Dans le cadre de ses observations, il a notamment exposé ce qui suit :

"Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour)
Homme divorcé, père de 4 enfants, vivant en bonne entente avec une femme secrétaire, elle-même divorcée et mère de 2 enfants. Pas d'antécédents pathologiques notoires, ni drogue ni prise d'alcool. Quelques hallucinations passagères à l'adolescence. A noter surtout une dépression par épuisement de type burn-out en 2002 (surcharge professionnelle et souffrance liée à l'éclatement de la famille) ayant nécessité 6 mois d'arrêt de travail. Il reprend son travail d'avocat à un rythme normal conscient qu'il lui faut se ménager pour ne pas retomber dans l'épuisement. Mais au printemps 2008, ceci sans circonstances particulières, le sujet va avoir progressivement l'impression que ses pensées sont « poussées dehors » puis, petit à petit[,] M. V._____ va être sujet à des hallucinations complexes qui vont prendre un caractère envahissant et aboutir à un épuisement nerveux avec notoirement des troubles cognitifs nécessitant un arrêt de travail prolongé.

[...]

Indications subjectives par le patient/constat objectif
Orientation en ordre, contact sympathique et correct. Hallucinations complexes de nature auditive, visuelle, kinesthésique et psychique prenant un caractère envahissant et impérieux. Toutefois, le sujet reste relativement capable a posteriori de distinguer le caractère hallucinatoire « de ses créatures » et il n'y a pas d'état dissociatif notoire. Il n'y a pas de lutte anxieuse et le sujet vit curieusement entre deux mondes. L'humeur est relativement calme mais avec un certain symptôme de dépressivité et d'anxiété ; le sujet est inquiet

naturellement de son avenir car il a dû cesser sa profession d'avocat en raison d'une fatigue nerveuse majeure comprenant : difficultés de concentration, de mémorisation, de stratégie, de raisonnement. On peut remarquer qu'au bout d'une demi-heure, il perd le focus d'attention, et il faut parfois répéter plusieurs fois les choses pour qu'il comprenne mais au début de l'entretien il n'y a pas de trouble du cours de la pensée.

Il y a donc un syndrome hallucinatoire-déirant envahissant (peu interprété, vécu passivement à la manière d'un spectateur impuissant et médusé) d'une part, sans dissociation caractérisée mais entraînant un épuisement nerveux majeur (bilan neuro-psychologique au Centre hospitalier H. _____ ci-joint) d'autre part.

Pronostic

Il s'agit d'un syndrome psychotique atypique de survenue tardive (autrefois on parlait de psychose hallucinatoire chronique). Le problème n'est pas tant du côté du syndrome hallucinatoire très productif que de l'épuisement nerveux associé avec troubles cognitifs notoires et faible empan de capacité d'attention. Le pronostic est réservé ; il paraît toutefois fort improbable que le sujet puisse reprendre un jour sa profession d'avocat indépendant."

A ce rapport était joint un compte-rendu établi le 27 août 2008 par le Prof. J. _____, du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier H. _____), posant le diagnostic de troubles mnésiques attentionnels et exécutifs chez un patient présentant une psychose hallucinatoire chronique non traitée. Le Prof. J. _____ indiquait en outre ce qui suit :

"Anamnèse : Dans les hérédopathies du patient, relevons que son père est décédé d'une SLA, sa mère est en bonne santé, fils unique il a 4 enfants en bonne santé, il a fait 2 mariages. Dans les facteurs de risques cardio-vasculaires on trouve un tabagisme à 1 paq / année depuis 20 ans.

Avocat, il vient de fermer son étude en raison de ses troubles mnésiques et exécutifs, suite à une erreur importante il a pris cette décision, Il est droitier. Il est né à [...], vit actuellement avec sa secrétaire. Il n'a pas d'antécédents pré-/péri-/post-nataux, de trouble du développement psychomoteur. A l'âge de 16 ans, suite à un accident de vélo, il a fait un TCC avec une perte de connaissance, a été hospitalisé, mais n'a apparemment pas eu de séquelle.

Depuis l'adolescence, il a des hallucinations visuelles et depuis 2-3 semaines auditives pour lesquelles vous lui suivez, mais n'a jamais voulu prendre de neuroleptique. Il n'y a pas d'élément déirant, de trouble du comportement selon son amie, en-dehors de la difficulté de parler de lui même et d'une alexithimie.

Depuis le mois d'avril 2008, il présente des troubles de la concentration, certaines lettres n'étaient pas envoyées, ne se rappelle plus de ce qu'il faut faire avec les clients, a commis des erreurs. Il a des difficultés plutôt pour les choses récentes, se souvient bien des choses anciennes, il n'y a pas de fluctuation. Il a des difficultés attentionnelles majeures, n'arrive plus à faire deux

choses à la fois, doit se concentrer en fermant les yeux et n'arrive plus à lire un journal ou un livre pour cette raison. Il a rarement un manque du mot ou du nom, il comprend bien ce qu'on lui dit, mais reste parfois un peu perplexe avec une latence à la réponse. Il a eu quelques difficultés pour certains rendez-vous, il a laissé des portes ouvertes, acheté des choses plusieurs fois, il a un peu de peine à se rappeler l'actualité, à suivre les conversations longtemps, il note tout, il n'arrive plus à apprendre des choses nouvelles. Il est sensible à l'interférence, est devenu beaucoup moins efficace. Il conduit encore dans le trafic, mais pas longtemps. Son raisonnement et son jugement se sont modifiés. Il panique facilement sur des choses imprévues et il a une difficulté à planifier et à s'organiser. Il arrive encore à calculer, mais a de la peine à se concentrer.

Il n'y aurait pas eu de changement de personnalité ou de caractère voire de comportement. Il est triste, un peu pessimiste, anhédonique, un peu des idées de ruine, il est anxieux, il lui arrive de pleurer. Il n'a pas de trouble de la reconnaissance des gens ou des endroits ni à l'utilisation d'objet.

[...]

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

M. V._____ présente donc des troubles mnésiques sur le stade précoce au niveau de la tension et de la concentration ainsi que de l'encodage, mais aussi sur le stockage avec des fausses reconnaissances ainsi que des troubles exécutifs, le tout s'accompagnant d'hallucinations depuis l'adolescence. Les troubles ont été suffisamment importants pour qu'il ferme son étude d'avocat après avoir fait des erreurs n'arrivant plus à se concentrer sur son travail.

Je vais organiser un bilan débutant d'abord par une IRM, un débit sanguin cérébral, un examen neuropsychologique."

Dans un questionnaire complété le 16 septembre 2008 à l'attention de la N._____, le Dr P._____ a indiqué que le demandeur était en traitement chez lui depuis le 22 avril 2008 et a posé le diagnostic d'« *(ex) psychose hallucinatoire chronique* ». Il a précisé qu'il s'agissait d'un syndrome psychotique hallucinatoire envahissant variable, sans dissociation ni trouble de l'humeur, mais avec des troubles cognitifs perturbants au niveau de la mémoire, de la concentration et des stratégies de raisonnement.

Le 31 octobre 2008, le Dr P._____ a écrit au Prof. J._____ notamment ce qui suit :

"M. V._____ est venu vous consulter le 21 août dernier pour un bilan neuropsychologique dans le contexte d'une PHC.

Dans votre compte rendu, vous laissez entendre qu'il est symptomatique depuis longtemps et qu'il n'est pas traité ce qui risque de poser de sérieux problèmes au plan asséculoologique. En fait, s'il a présenté effectivement quelques « *rêveries éveillées* », et autres « *perceptions extrasensorielles* » depuis longue date, ceci n'avait lieu jusqu'ici (avril 2008) que d'une manière très sporadique et ne perturbant en rien son fonctionnement cognitif.

Les véritables hallucinations à caractère pathologique n'ont en fait démarré qu'au printemps 2008. Elles n'ont jamais présenté un caractère envahissant ni angoissant et, le sujet pouvant garder une distance critique satisfaisante, il n'y a jamais eu de dissociation de la personnalité. En fait, le problème majeur est la fatigue nerveuse massive qui a nécessité rapidement une incapacité partielle puis complète de continuer son travail d'avocat ; et cela avec d'importantes pertes financières. C'est pourquoi un bilan neuropsychologique a été demandé."

Dans un rapport du 26 novembre 2008 adressé à l'OAI, le Dr P._____ a indiqué que l'évolution clinique était relativement stable. Il a mentionné la disparition des hallucinations mais la persistance de la fatigue mentale avec des troubles cognitifs. En guise de diagnostic, il a retenu des troubles psychiques atypiques non organiques, avec syndrome déficitaire persistant (F28). S'agissant des limitations fonctionnelles, il a évoqué une fatigabilité nerveuse majeure avec des troubles de la concentration, de la mémoire, de la stratégie de raisonnement et de la capacité décisionnelle, ainsi qu'un grand besoin de calme, le tout étant incompatible avec la profession d'avocat. Pour le Dr P._____, il paraissait en outre bien problématique d'évaluer une capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 24 avril 2009, le Prof. J._____ a écrit au Dr P._____ ce qui suit :

"Le patient qui a eu connaissance des lettres du 21.08 et 20.11.2008 est en désaccord avec ce qui a été écrit en ce qui concerne les hallucinations qu'il aurait présentées depuis l'adolescence. Il comprend a posteriori qu'il avait répondu de façon erronée à cette question et que s'il a bien eu des « *rêveries* » occasionnelles depuis sa jeunesse, les symptômes ne s'apparentaient pas à des hallucinations et qu'elles sont apparues en 2^{ème} moitié du mois d'avril 2008, qu'il a pu reconstituer avec précision à partir des mails qu'il a envoyés à ses connaissances et dont il a donné copie à son médecin traitant, point sur lequel sa compagne peut aussi donner confirmation."

Dans un rapport non daté établi sur requête de l'OAI, le Prof. J._____ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels ainsi que de psychose hallucinatoire. Il a également signalé une entière incapacité de travail dans l'activité d'avocat.

La défenderesse a mandaté le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'établir une expertise sur pièces. Ce dernier a fait part de ses observations dans un rapport du 1^{er} juin 2009 rédigé en allemand et dont la traduction française - ultérieurement produite par la défenderesse - a notamment la teneur suivante :

"B. Évaluation

1. Question:

Il s'agit de clarifier la compétence, *i.e.* le point de savoir si la réduction de la capacité de travail est la conséquence d'une aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ou si elle est due à une atteinte à la santé nouvellement survenue. Dans le cas d'une atteinte à la santé nouvellement survenue, la question se pose de savoir si elle a commencé avant ou après le 22.04.08.

2. Considérations :

Afin de pouvoir répondre, 4 questions doivent être éclaircies :

1. De quelle maladie s'agit-il?
2. Quand a-t-elle commencé?
3. A quel moment a-t-elle été détectée?
4. Peut-elle influencer la capacité de travail?

2.1. De quelle maladie s'agit-il?

Les données à disposition ne suffisent pas pour poser un diagnostic avec certitude. Un diagnostic différentiel peut seulement être discuté.

Le Dr P._____ et le Dr J._____ ont les deux posé le diagnostic F28 : psychose hallucinatoire chronique ou synonyme : autres troubles psychotiques non organiques. Dans la CIM-10, il y a la description suivante: « Troubles délirants ou hallucinatoires ne justifiant pas un diagnostic de schizophrénie (F20.-), de trouble délirant persistant (F22.-), de trouble psychotique aigu ou transitoire (F23.-), d'épisode maniaque, type psychotique (F30.2) ou d'épisode dépressif grave, type psychotique (F32.3) » (cité d'après la CIM-10, Navigateur Médecine, ORIS, version 4.0, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2001). Malheureusement, il n'y a ni description concernant le genre précis des hallucinations, sauf qu'elles seraient

visuelles, respectivement auditives, ni sur le déroulement temporel et les circonstances dans lesquelles elles se produiraient.

Au premier plan, il existe en tous les cas une maladie de type schizophrène, mais il n'est plus question de trouble psychotique aigu ou transitoire (F 23) pour des raisons de durée, car quelques symptômes sont manifestement restés inchangés. Cette dernière affection se distingue d'ailleurs par un début très rapide, mais également par une rémission rapide. Dans la CIM-10, il y a la description suivante : « Groupe hétérogène de troubles caractérisés par la survenue aiguë de symptômes psychotiques tels que des idées délirantes, des hallucinations, des perturbations des perceptions et par une désorganisation massive du comportement normal. Une survenue aiguë est définie comme étant l'apparition allant crescendo, d'un tableau clinique manifestement pathologique, en deux semaines au plus. Ces troubles ne comportent aucun élément en faveur d'une étiologie organique. Ils s'accompagnent souvent d'une perplexité ou d'une hébétude, mais les perturbations de l'orientation dans le temps, dans l'espace, et quant à la personne, ne sont pas suffisamment persistantes ou graves pour répondre aux critères d'un delirium d'origine organique (F05.-). En général, ces troubles guérissent complètement en moins de quelques mois, souvent en quelques semaines ou jours. Le diagnostic doit être modifié si le trouble persiste. Le trouble peut être associé à un facteur aigu de stress, c'est-à-dire habituellement à des événements stressants survenus une ou deux semaines avant le début du trouble » (cité d'après la CIM-10, Navigateur Médecine, ORIS, version 4.0, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2001).

Une schizophrénie paranoïde-hallucinatoire pourrait entrer en cause (F20.0), mais il manque des informations sur d'autres symptômes et une description détaillée des hallucinations, pour poser ce diagnostic ou l'exclure. La CIM-10 contient la description suivante : « Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. L'évolution des troubles schizophréniques peut être continue, épisodique avec survenue d'un déficit progressif ou stable, ou bien elle peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou incomplète[»] (cité d'après la CIM-10, Navigateur Médecine, ORIS, version 4.0, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2001).

Dans le cas d'espèce, il y a lieu d'admettre que le début des troubles remonte à l'adolescence, comme usuellement, compte tenu du fait que le Prof. Dr J. _____ a également mentionné des hallucinations visuelles depuis l'adolescence. En faveur de cette hypothèse, il y a aussi le fait que son amie a décrit une alexithymie et des difficultés à parler de lui-même, selon le rapport du Dr

J._____. Il y avait déjà en 2001 et 2002 une longue incapacité de travail, jusque-là connue comme un burn-out, affection derrière laquelle peut très bien se cacher une psychose. Les troubles de la concentration et de la mémoire pourraient être un symptôme de la schizophrénie. Un tel déroulement avec des hallucinations présentes depuis longtemps, mais presque aucun autre symptôme d'une schizophrénie, qui s'accroît n'importe quand, est parfaitement possible. Mais une telle aggravation se développe presque toujours sur une plus longue période de plusieurs semaines à plusieurs années.

Subjectivement, il existe une fatigabilité, des troubles de la concentration, de la mémoire et des perturbations motrices à l'avant plan. Cela pourrait également correspondre à une neurasthénie qui est décrite ainsi dans la CIM-10 : « Il existe des variations culturelles importantes dans les manifestations de ce trouble, qui comporte deux types essentiels, ayant de nombreux points communs. Dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à faire face aux tâches quotidiennes. La fatigabilité mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une difficulté à se détendre. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, telles que des sensations vertigineuses, des céphalées de tension et une impression d'instabilité globale. Il existe par ailleurs souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineures. Il existe souvent une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit ou une hypersomnie » (cité d'après la CIM-10, Navigateur Médecine, ORIS, version 4.0, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2001). En l'espèce, il s'agit plutôt du premier type. Cela pourrait également être compatible avec la donnée selon laquelle il a été traité précédemment en raison d'un burn-out, qui ne constitue pas un diagnostic psychiatrique, et a été limité dans sa capacité de travail. Cette maladie se développe également plutôt lentement sur une plus longue période.

En outre, les diagnostics différentiels de la M._____ entrent en considération : Une tumeur cérébrale, une infection ou une maladie dégénérative du cerveau. S'agissant de ces affections, seule l'évolution pourrait apporter un éclaircissement, mais un statut neurologique banal et une IRM correspondant à l'âge rendent une tumeur cérébrale ou par exemple une sclérose en plaques plutôt improbables, tandis que l'évolution parle en défaveur d'une infection, bien qu'une maladie à prions ou une infection HIV soient encore possibles. S'agissant d'une démence, il n'y a que le MMSE de 27/30 qui pourrait parler en faveur de ce diagnostic, mais la valeur est toujours dans la fourchette normale et le test de l'horloge est sans particularité. Même dans ces maladies, les symptômes se

développent plutôt sur une plus longue période. Cette question ne pourra vraisemblablement être éclaircie qu'au moyen d'une expertise polydisciplinaire par un COMAI.

2.2 Quand a débuté la symptomatique ?

S'agissant de cette question, les données ne sont malheureusement pas univoques. Ainsi, l'assuré a attesté dans son annonce d'entrée, reçue le 16.04.08, qu'il était pleinement capable de travailler. Il a cependant déjà commencé un traitement le 22.04.08 auprès d'un psychiatre, où il a montré une symptomatique déjà tellement marquée qu'il a été jugé incapable de travailler à 50%. Un développement de la maladie si rapide, menant dans un délai de 14 jours d'un état de pleine santé à un tableau maladif chronique avec une limitation nette de la capacité de travail ne serait pas complètement exclu, mais pour le moins très inhabituel. La probabilité est inférieure à 1%. A l'encontre d'une telle évolution, l'on peut aussi retenir la symptomatique antérieure dont fait état le dossier (burn-out et hallucinations). Une dégradation si rapide de la santé devrait être réservée, au cas où la preuve d'une pleine capacité de travail dans les 3 premières semaines d'avril pourrait être rapportée.

2.3. A quel moment la maladie a-t-elle été détectée ?

Une maladie avec une telle symptomatique et un commencement insidieux, comme en l'espèce, est difficile à détecter pendant longtemps, car elle demeure une longue période à un niveau subsyndromal. Puisque la majeure partie de la symptomatique consiste en des données subjectives, comme la capacité de concentration et les hallucinations, et non en des constatations objectives, l'on doit partir du principe que l'assuré a dû être frappé par certaines aberrations, du moins certaines particularités, depuis longtemps. La maladie a été « inscrite » seulement au 22.04.08, mais elle existait déjà avant avec une haute vraisemblance. Le fait qu'il ait vendu sa Sàrl déjà en 2007, éventuellement parce qu'il éprouvait déjà des doutes quant à son efficacité présente et future, et qu'il pouvait vendre son affaire avec une réputation intacte encore à un bon prix, est un indice supplémentaire dans ce sens.

2.4. La maladie peut-elle influencer la capacité de travail?

Cette question n'a pour l'instant pas de réponse, dans la mesure où le diagnostic n'est pas encore établi, la question se pose toutefois de savoir si une incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est exclue et également comment doit être estimée la capacité de travail dans une activité adaptée. J'aimerais seulement apporter quelques indications :

Fondamentalement, une psychose a toujours des effets sur l'état de santé et souvent, mais pas toujours, également sur la capacité de travail. Je connais des patients avec une schizophrénie chronique qui, malgré des récives, exercent une activité académique exigeante.

Le Tribunal fédéral s'est prononcé comme suit dans son arrêt I 70/07 du 14 avril 2008 sur la qualification de la neurasthénie : « La

neurasthénie et le syndrome de fatigue chronique sont à compter parmi les troubles somatoformes et appartiennent au même complexe de syndromes que les troubles de conversion, les troubles de somatisation, les troubles douloureux, l'hypocondrie, notamment. Comme dans le cas de la fibromyalgie, l'étiologie du syndrome de fatigue chronique est inconnue. Avec le syndrome du côlon irritable, le syndrome de fatigue chronique et le syndrome de fibromyalgie représentent une unité de symptômes, dans laquelle les signes cliniques typiques du syndrome de fibromyalgie ou du syndrome de fatigue chronique ou du syndrome du côlon irritable peuvent apparaître au premier plan, selon l'évolution. Dans les trois états, les mêmes troubles végétatifs, fonctionnels et psychiques apparaissent et, par ailleurs, il n'existe pas de grandes différences par rapport à l'application des stratégies thérapeutiques (Peter A. Berg, Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom, 2^{ème} édition, Berlin, 2002, p. 227). Du point de vue du droit des assurances sociales, il est indiqué de soumettre l'ensemble des syndromes sans fondement organique, dont la pathogénique-étiologie est floue, aux mêmes exigences. Comme l'a considéré la II^{ème} Cour de droit des assurances sociales dans le cas I 1000/06 du 24 avril 2007, aucun argument ne saurait faire obstacle à l'application par analogie des principes développés dans le domaine des troubles somatoformes douloureux au syndrome de fatigue chronique ou à la neurasthénie ».

C. Recommandation

En résumé, je recommanderais à votre Caisse de rendre une décision selon laquelle il n'y a pas d'obligation de prester, car l'atteinte à la santé existait avec une vraisemblance très prépondérante déjà avant la conclusion de l'assurance. La question se pose aussi de savoir si des déclarations volontairement fallacieuses n'ont pas été faites lors de la conclusion de l'assurance et si des démarches juridiques, à l'instar d'une plainte, seraient indiquées."

Il résulte du rapport d'expertise du 23 juin 2009 des Drs B._____ et W._____, respectivement médecin adjoint et médecin interne au Département de psychiatrie des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux X._____), mandatés par l'OAI, notamment ce qui suit :

"Évolution de la maladie et résultats des thérapies

Dans sa petite enfance l'assuré avait une tendance marquée à la rêverie, particulièrement durant la phase d'endormissement : il avait alors l'impression de voir s'animer ses jouets. Ces visions étaient appréciées et n'étaient pas confondues avec la réalité.

En 1979 une chute à bicyclette a provoqué un traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance, L'assuré a été hospitalisé, mais n'en a pas gardé de séquelles.

En 2002, dans le contexte décrit ci-dessus, il a présenté un épisode dépressif avec un sentiment d'oppression, de l'insomnie, de la fatigue et une anhédonie. Il n'a jamais eu d'idées de suicide. Le Dr K._____ lui a prescrit un traitement antidépresseur pendant quelques mois. Cet épisode thymique avait été précédé d'une phase d'hyperactivité présentant certaines caractéristiques hypomaniaques, sans symptômes psychotiques. La rémission a été totale en moins d'une année, sans rechute.

En début d'année 2008 l'assuré a subitement développé des hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques, sans facteur déclenchant identifiable. De petites créatures fantastiques et bienveillantes (lutins, animaux parlants, etc.) lui apparaissaient, par exemple sur le tableau de bord de sa voiture, l'assistant dans la conduite, Il était conscient d'être seul à percevoir ces phénomènes, mais il n'a pas cherché pour autant à en comprendre la cause. Il ne doutait pas de la réalité de ces phénomènes, toutefois, à l'occasion d'une amende pour excès de vitesse, en avril 2008, il s'est interrogé sur le caractère bienveillant de ces créatures.

A la même époque sont apparus des troubles de la concentration et de l'attention : l'assuré oubliait de poster des courriers, il achetait plusieurs fois les mêmes choses, commettait des erreurs et parfois ne savait plus ce qu'il convenait de faire avec les clients. L'imprévu le déstabilisait. Il comprenait bien ce qu'on lui disait, mais restait perplexe, avec un temps de latence avant de répondre. Il devait fermer les yeux pour se concentrer et n'arrivait plus à lire un journal ou un livre. Il avait aussi des difficultés à planifier et organiser séquentiellement son activité (sensibilité à l'interférence), à suivre longtemps une conversation. Il ne parvenait plus à apprendre des choses nouvelles et devait tout noter. Ces troubles de la mémoire des faits récents contrastaient avec une impression de se souvenir mieux du passé lointain.

Inquiété par ces troubles cognitifs, il a consulté le Dr P._____, psychiatre. Un diagnostic de trouble délirant et hallucinatoire persistant (F22.8) fut retenu et un traitement neuroleptique (Abilify®, 10mg/j) lui fut prescrit, qui amena la disparition des hallucinations. En raison d'effets secondaires (nausées, céphalées, mais aussi des effets inhabituels, comme l'impression d'avoir le corps enflé ou entouré de coton) le traitement antipsychotique a été stoppé après un mois. Le Dr P._____ a estimé que son patient avait une incapacité de travail de 50% du 22 avril au 31 mai 2008, de 80% en juin et de 100% à partir du 1^{er} juillet 2008.

[...]

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

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

F28 Autres troubles psychotiques non organiques

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

F17.2 Tabagisme chronique

- Status post traumatisme crânio-cérébral avec perte de connaissance (à seize ans)

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

2.1 Les limitations psychiques décrites ci-dessus (déficit de mémoire de travail et de raisonnement, fatigabilité, manque d'énergie, aboulie) privent totalement l'assuré de la capacité d'exercer la profession d'avocat.

2.2 Il n'y a pas de capacité résiduelle de travail dans la profession d'avocat.

2.3 Non.

2.4 -

2.5 Depuis le 22 avril 2008 (selon l'évaluation du Dr P. _____).

2.6 La capacité de travail a constamment diminué depuis l'apparition des symptômes, elle est devenue totale à partir du 1er juillet 2008, sans changement depuis lors.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Compte tenu de la complexité du métier d'avocat, les troubles actuels ne permettent pas à l'assuré de s'adapter à son environnement professionnel.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Les troubles psychiatriques actuels réduisent les chances de réussite d'une réadaptation professionnelle. L'assuré aimerait cependant exercer une activité lucrative et il est prêt à s'investir dans un stage d'évaluation. Il pourrait soutenir un rythme de travail allégé et une activité simple ne nécessitant pas d'importants efforts de concentration.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

3.1 Cf. point C1.

3.2 Dans l'état clinique actuel de l'assuré, une activité adaptée à ses limitations est exigible à raison de trois à quatre heures par jour au maximum ; elle devrait sans doute être entrecoupée par des pauses[.]

3.3 Oui, même à un taux d'activité de 50%, le rendement serait diminué, Il devrait atteindre, dans une activité simple et adaptée, environ 70% d'un rendement maximum."

Dans un rapport médical du 30 juillet 2009, le Dr Z._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que le rapport d'expertise précité était étayé et clair et que ses conclusions pouvaient être suivies. Sur cette base, il a retenu qu'une incapacité de travail durable avait débuté dès le 22 avril 2008, tout d'abord de 50% jusqu'au 31 mai 2008 puis de 80% du 1^{er} au 30 juin 2008, et que, depuis le 1^{er} juillet 2008, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle. Il a ajouté que, dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 50% avec un rendement de 70% dès la fin juin 2009, date du rapport d'expertise. Le Dr Z._____ a en outre signalé les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue, fatigabilité psychique, troubles de concentration et de mémoire, difficultés attentionnelles, déficit de mémoire de travail et de raisonnement, aboulie et manque d'énergie.

Le 13 juillet 2009, la défenderesse a écrit au demandeur notamment ce qui suit :

"Sans préjudice

Contrat n° [...] - Cas de réticence

Cher Confrère, Maître,

Par courrier reçu le 16 avril 2008, vous avez demandé votre affiliation à la Caisse de pension S._____ pour une assurance prévoyance professionnelle libre en tant qu'indépendant. Sur le formulaire de cette demande, vous avez indiqué jouir d'une pleine capacité de travail et de gain. Or, dans votre lettre du 6 août 2008 reçue le 12 août 2008, vous nous informiez d'une incapacité de travail de 50% pour des raisons psychiques, et ce à compter du 22 avril 2008.

Suite à votre demande de prestations auprès de notre réassureur, la N._____, nous avons sollicité un deuxième avis à un médecin indépendant, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert arrive à la conclusion, avec un degré de vraisemblance prépondérant, que l'atteinte à la santé préexistait à la conclusion de l'assurance.

A ce titre, nous vous renvoyons aux dispositions applicables en la matière :

1. D'une part, la convention d'affiliation entre la Caisse de pension S._____ et vous-même, en particulier la disposition suivante :

« La fondation décline, sous réserve des dispositions légales impératives, toute responsabilité en cas de violation de l'obligation de renseigner ou, si les informations, respectivement les communications, ne sont pas véridiques. En particulier quand l'employeur, la personne à assurer ou l'assuré occulte ou communique de manière erronée des faits importants, qu'ils connaissent ou qu'ils devaient connaître, la fondation est en droit de réduire ou de refuser les prestations, ceci pour autant qu'elle le communique dans un délai de six mois après avoir eu connaissance du cas de violation de l'obligation de renseigner. »

2. D'autre part, l'art. 9 al. 3 du Règlement de prévoyance dont le titre marginal est « Examen de santé et réserves » :

« 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. »

Au vu de tout ce qui précède, la Caisse de pension S. _____ considère qu'il s'agit d'un cas de réticence. Toutefois avant de rendre une décision sujette à recours nous aimerions vous proposer un règlement à l'amiable. Nous vous rendons attentif au fait que notre offre est faite sans aucun préjudice et ne saurait être invoquée en cas de procédure."

D'un rapport d'enquête économique pour les indépendants établi le 4 décembre 2009 par le Service des enquêtes de l'OAI, il résulte ce qui suit :

1. Données concernant la santé de l'assuré

Médecin(s) traitant(s) : Dr P. _____

Limitations fonctionnelles (sources : SMR, ...) :

-Fatigue, fatigabilité psychique, troubles de la concentration et de mémoire, difficultés attentionnelles, déficit de mémoire de travail et de raisonnement, aboulie, manque d'énergie

Selon avis SMR l'assuré présenterait une capacité de travail de 50% avec rendement de 70% dès fin juin 2009, dans une activité qui respecte les limitations susmentionnées.

Atteinte à la santé depuis le 22.04.2008

Incapacité de travail (date, taux), source d'informations (Caisse APG, médecin, ...)

50% du 22.04.2008 au 31.05.2008

80% du 1.06.2008 au 30.06.2008

100% dès le 1.07.2008

2. Formation, expérience professionnelle

Brevet d'avocat en [...]

3. Activité indépendante

3.1 Type d'entreprise :

Nom de l'entreprise (raison sociale) : Z. _____ Sàrl

Forme juridique : sàrl

Inscription au RC : oui le [...]

Activités de l'entreprise :

Conseils et coaching dans le domaine de la gestion patrimoine, d'assurance et de fiscalité, courtage en assurances, conseils juridiques

L'assuré a remis cette entreprise en septembre 2007, et poursuivi une pratique d'avocat conseil indépendante, qui selon CI et comptes, était exercée en parallèle dès 12.2005.

Selon les informations au dossier, l'assuré a également remis son cabinet d'avocat en août 2008.

3.2 Activité de l'assuré avant son atteinte à la santé :

Selon les pièces au dossier, l'assuré a, à l'issue de sa formation, exercé diverses activités salariées au sein d'administrations et d'assurances, puis a débuté une activité au sein d'une association. Jusqu'en 2001, revenus de Sfr. 160'000.—à Sfr. 170'000.—. Ensuite (2002) les revenus diminuent, et l'assuré traverse une période de chômage (+ burn-out de 6 mois selon pièces au dossier) puis est réengagé c/o E. _____ jusqu'en 2003, avec des activités annexes, qui permettent à l'assuré de réaliser un revenu de Sfr. 117'996.—selon les CI. En 2004 il fonde son entreprise de consulting, et dès 2005 cumule des activités au sein de sa société, ainsi que d'une étude d'avocat conseil. En 2007, l'entreprise de l'assuré est reprise et devient O. _____ Sàrl. Les problèmes de santé de l'assuré surviennent en avril 2008.

4. Données concernant le revenu de l'assuré

4.1 Tableau des comptes d'exploitation

Dans sa demande de prestations, l'assuré mentionne des revenus de Sfr. 100'000.— annuels de ses activités.

Nous ne disposons pas de la comptabilité complète des années d'activité de l'assuré, mais uniquement de celle de son activité d'avocat conseil. Dès lors que nous ne disposons pas des comptes de Z. _____ Sàrl, difficile de déterminer la marche des affaires, mais l'assuré a été en mesure de se salarier pour Sfr. 110'500.— en 2005 et Sfr. 87'737.— en 2006 (Année ou il effectuera une année complète en tant qu'avocat conseil). Nous fondant sur ces deux années et en cumulant les revenus de l'activité indépendante salariée (Sàrl) et de l'activité indépendante selon les comptes individuels, nous obtenons un revenu constant, et estimons que le RS de l'assuré peut être fixé à Sfr. 118'422.—, sur la base des éléments au dossier.

L'année 2007 ne nous semble pas devoir être prise en considération du fait que c'est à cette époque qu'il remet sa société et qu'il réorganise ses activités.

S'agissant de l'évaluation de son préjudice économique, il nous semble inutile de tenter d'obtenir des documents comptables dans cette situation, tant au vu de l'exigibilité que du fait que l'assuré a remis son cabinet, et n'a donc plus d'activité indépendante.

5.1 Relevé du CI

Années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Activités sal- ACI	170'001	102'378	117'966	16474			
Sàrl				34000	110500	87737	45326
Indépendant					8307	30'300	8698

5.2 Préjudice économique déterminé sur la base de l'examen des comptes :

L'assuré ayant remis son étude d'avocat, en nous fondant sur les limitations fonctionnelles, son incapacité de travail peut être considérée comme totale.

5.3 Remarques complémentaires :

Allocations perte de gains : Versées par la M. _____ (et la N. _____ ?), selon décompte M. _____, l'incapacité totale se poursuit. L'assuré touche une indemnité journalière de Sfr. 411.— par jour en cas d'IT totale. Gain assuré de Sfr. 150'000.—.

5. Conclusion, mesures de réadaptation

Le service médical retient une capacité de travail de 50% avec un rendement de 70%, soit une capacité de travail théorique de 35%. Au vu du revenu de l'assuré, et de ses limitations fonctionnelles, un préjudice économique important risque de survenir, mais la détermination de son revenu d'invalidé relève de la division réadaptation qui pourra également se positionner s'agissant de la mise en œuvre de mesures professionnelles.

Le 16 février 2010, l'OAI a informé le demandeur de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité. Copie de ce projet a été adressée notamment à la défenderesse.

Par décisions des 21 septembre 2010 et 7 février 2011, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

Depuis le 22 avril 2008 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

- Selon nos renseignements, vous avez travaillé en qualité d'avocat indépendant dans le conseil et coaching dans le domaine de la gestion [de] patrimoine, d'assurance et de fiscalité, courtage en assurances et conseils juridiques. Vous avez remis votre entreprise en septembre 2007 et poursuivi une pratique d'avocat conseil indépendant. Vous avez remis votre cabinet d'avocat en août 2008.
- Du point de vue médical votre dossier a fait l'objet d'un examen médical par le Service médical régional et nous constatons que votre incapacité de travail et de gain est complète dans votre activité habituelle d'avocat. Vous présentez une capacité de travail d'environ 50% en tenant compte d'une diminution de rendement dans une activité adaptée et cela depuis la fin du mois de juin 2009.
- Votre dossier a fait l'objet d'un examen par le service de réadaptation de notre Office et nous constatons que le seul revenu que vous pourriez réaliser est celui d'une activité en atelier protégé soit Fr. 4680.00 par année.
- Sur la base de ce qui précède, nous avons déterminé votre degré d'invalidité dont le calcul est le suivant :

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité	CHF 118'422.00	
avec invalidité	CHF 4'680.00	
La perte de gain	CHF 113'742.00	= un degré d'invalidité de
s'élève à		96%

Notre décision est par conséquent la suivante :

- Dès le 22 avril 2009, vous avez droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 96%."

Le 30 mars 2010, la défenderesse, par son conseil, a écrit ce qui suit au mandataire du demandeur :

"1. D'une part, à l'examen des pièces du dossier AI et du rapport du 1^{er} juin 2009 du Dr D. _____, psychiatre, consulté le 1^{er} juin 2009, il apparaît que l'atteinte psychique invalidante existait selon une très grande vraisemblance antérieurement à la demande d'affiliation du 10 avril 2010 [sic]. Je vous remets en annexe une copie de son rapport. D'autre part, cette haute vraisemblance est confirmée par le fait que depuis son problème de santé de 2001, qualifié alors de burn-out, Me V. _____ n'a jamais pu reprendre pleinement sa capacité de travail comme l'atteste la baisse sensible de son revenu de 2002 à 2007.

Pour cette première raison, la Caisse de pension S. _____ invoque la nullité du contrat conclu au motif que le risque était déjà réalisé au moment de la conclusion du contrat (cf. ATF 118 V 158).

Au demeurant, au sens de l'art. 23 al. 1 lettre a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité, les personnes qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Au sens de la jurisprudence, l'institution de prévoyance n'est pas tenue à verser [...] des prestations lorsque l'assuré est déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sa capacité de travail au moment de l'affiliation.

En l'occurrence, comme l'atteinte à la santé invalidante existait antérieurement à l'affiliation et avait des incidences importantes sur la capacité de travail de Me V. _____, ce dernier n'a droit ni aux prestations de l'assurance obligatoire LPP, ni à celles de l'assurance subobligatoire.

2. D'autre part, à l'examen du dossier AI, il apparaît, avec une haute vraisemblance qu'au moment de la demande d'affiliation, Me V. _____ a répondu de manière inexacte à la question : « Jouissez-vous de la pleine capacité de travail, respectivement de gain ? », en indiquant « oui ».

Or sur la base de la demande d'affiliation et des réponses apportées aux questions posées, la Caisse a affilié Me V. _____ à celle-ci avec effet au 1^{er} avril 2008, et ceci sans réserve.

A teneur de l'art. 9 chiffre 4 du règlement, si l'assuré est atteint dans sa santé lors de l'entrée dans la caisse, cette dernière peut formuler une réserve de santé, limitant ainsi l'assurance des risques décès et invalidité aux prestations minimales selon la LPP.

L'art. 9 chiffre 3 ajoute que si la Caisse de pension constate ultérieurement que l'annonce écrite contient des déclarations fausses ou incomplètes (réticence), elle ne peut assurer que les prestations minimales selon la LPP avec effet rétroactif au début de l'assujettissement.

En l'espèce, les pièces fiscales de 2004 à 2007, ainsi que le rapport de l'Office AI du 4 décembre 2009 établissent clairement depuis 2001, mais en particulier depuis le burn-out de 2002, une baisse importante de son revenu, soit :

- CHF 180'000 en 2001
- CHF 102'378 en 2002
- CHF 117'966 en 2003

- environ CHF 50'000.- en 2004
- environ CHF 119'000 en 2005
- environ CHF 118'000.- en 2006
- environ CHF 55'000.- en 2007.

Comment expliquer autrement cette baisse de revenu, si ce n'est par les conséquences de l'atteinte à la santé ? C'est d'ailleurs pour cette raison, que l'intéressé a vendu sa société de gestion de patrimoine, d'assurance, de fiscalité et de courtage en assurance en septembre 2007.

Pour ce deuxième motif, la Caisse de pension S._____ exclut de toute manière les prestations surobligatoires invalidité et décès, du fait que Me V._____ a indiqué sur le formulaire qu'il jouissait de la pleine capacité de travail, respectivement de gain, ce qui est erroné. En effet, il appert que depuis son burn-out de 2002, sa capacité de travail a été réduite."

Le 31 mai 2010, le demandeur, sous la plume de son conseil, a répondu ce qui suit :

"Je reviens vers vous dans le cadre du dossier cité sous rubrique ensuite de votre envoi du 30 mars dernier pour vous faire part de ce qui suit :

Le Dr D._____ n'a pas pris en compte, dans son rapport du 1^{er} juin 2009, l'expertise réalisée par les Drs B._____ et W._____, du Centre hospitalier H._____ [recte : des Hôpitaux X._____], dans le cadre de l'examen de la demande AI déposée par mon mandant.

De dite expertise, il ressort notamment ce qui suit :

- Me V._____ a connu un épisode dépressif en 2002 ; la rémission de cet épisode a été totale, en moins d'une année, sans rechute ;
- Subitement, en début d'année 2008, Me V._____ a développé des hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques, sans facteur déclenchant identifiable ;

Les Drs B._____ et W._____ ont confirmé, dans l'expertise précitée, le diagnostic de trouble psychotique atypique retenu par le Dr P._____, précisant que ce trouble ne semblait pas avoir de lien avec l'épisode dépressif de 2002. Les experts rejoignent également les conclusions du Dr P._____ quant au début de l'apparition de ce trouble, à savoir le 22 avril 2008.

Il m'apparaît, compte tenu de ce qui précède, que les conclusions du Dr D._____ ne sauraient être suivies.

L'atteinte actuelle de Me V._____ est sans lien avec l'épisode dépressif de 2002. Différents médecins ont confirmé que l'atteinte actuelle dont souffre Me V._____ était apparue de manière subite, à la fin avril 2008. Dès lors, au moment de signer la demande d'affiliation auprès de la Caisse de pension S._____, le 18 avril

2008 (et non le 18 avril 2010), mon mandant ne souffrait d'aucune atteinte à sa capacité de travail.

Quant à la baisse des revenus de Me V. _____ entre les années 2002 et 2007, il faut garder à l'esprit les éléments suivants.

Mon mandant a réalisé jusqu'en 2001, un revenu annuel moyen de l'ordre de 170'000 francs. En 2002, il connaît un épisode de dépressif. Ses revenus chutent (100'000 francs). Durant cette période Me V. _____ connaît également une période de chômage. Suite à ce problème de santé, il a ramené son activité professionnelle, qui était précédemment excessive, à un horaire hebdomadaire raisonnable (40 heures par semaine).

En 2003, Me V. _____ a retrouvé un emploi et a réalisé un revenu de l'ordre de 117'000 francs. Le résultat est, à peu de chose près, identique en 2004. Cette année-là, il a fondé une société de conseils. En 2007, dite société est vendue, Me V. _____ se recentrant sur son activité d'avocat (inscription au barreau). Il est plus qu'évident que, pour cette année précise, année de transition, les revenus de mon mandant aient chuté. Ce d'autant plus que le prix de la vente de la société de consulting n'a pas été comptabilisé fiscalement comme revenu, mais comme rapport à la fortune. Il convient de noter que l'Office AI en a d'ailleurs fait abstraction dans ses calculs.

Ainsi, la diminution de revenu de Me V. _____ s'explique parfaitement, sans être liée aux conséquences d'une atteinte à sa santé, puisque précisément, celle-ci n'existe pas à ce moment-là.

C'est également pour cette raison que Me V. _____ peut indiquer sur le formulaire qui lui a été soumis par votre mandante qu'il jouissait au début avril 2008 d'une pleine capacité de travail. La question du dit formulaire était tout sauf précise. En particulier, il n'était pas demandé si l'assuré avait déjà subi une atteinte à sa santé, ni s'il avait suivi, a[u] cours des années précédentes, un traitement médical de quelque nature que ce soit. La déclaration de Me V. _____ ne saurait être qualifiée de fausse ou d'incomplète.

La position exprimée par votre mandante ne peut être maintenue."

Par lettre du 16 novembre 2010, la défenderesse a maintenu son appréciation et refusé toute prestations au demandeur.

Le 13 avril 2011, le Dr P. _____ a posé le diagnostic incapacitant de psychose atypique stade résiduel modérément déficitaire. Il a mentionné en outre ce qui suit :

"Constat médical

Normalement orienté, discours cohérent et adapté à la réalité, thymie calme (sans stress) mais au bout d'un certain temps, en ce sens que le sujet se fatigue vite, il a de la peine à garder le focus d'attention et le discours se ralentit et tend à la dispersion. Le sujet

dit de lui-même qu'il ne peut désormais fonctionner « que par petits bouts ». Cela serait éventuellement à contrôler/mesurer par un nouveau bilan neuropsychologique."

Le Dr P. _____ estimait que le pronostic était réservé et que l'intéressé ne pourrait pas reprendre de fonctions dans le domaine juridique qui requérait d'être concentré et organisé.

Dans un courrier du 7 juin 2011 adressé au Dr T. _____ du SMR, le Dr P. _____ a encore précisé ce qui suit :

"Compte tenu du déficit cognitif modéré de l'état psychique du patient : vulnérabilité au stress, troubles de l'image de soi, « deuil » professionnel... tout ceci entraînant dévalorisation et désocialisation, je partage votre avis qu'il est en effet possible de tenter une réadaptation au rythme de départ proposé de 2 heures, 4 jours par semaine.

Reste le problème de base qu'il n'est plus en mesure d'assumer un quelconque travail dans son domaine de compétence et qu'une réinsertion ultérieure, même à 50%, me paraît bien improbable dans la conjoncture actuelle le plus souvent bien trop stressante pour un tel patient. A voir toutefois selon évolution."

Dans un rapport final du 4 novembre 2011, le Service de réadaptation de l'OAI a estimé que des mesures professionnelles étaient prématurées et a proposé de maintenir le droit à la rente entière.

Par communication du 10 février 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'à la suite de la révision effectuée, son degré d'invalidité était toujours de 96% et qu'il continuait donc de bénéficier de la même rente.

B. Par demande déposée le 6 mai 2011 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, V. _____, représenté par son conseil, a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à ce que des prestations d'invalidité de la Caisse de pension S. _____ lui soient allouées avec effet rétroactif au 1^{er} avril 2009, la défenderesse étant tenue de procéder au calcul de ces prestations sur la base d'un salaire annuel de 118'422 francs, subsidiairement à ce que la défenderesse procède audit calcul sur la base d'un salaire annuel de 80'000 francs et, plus subsidiairement encore, à ce qu'elle lui verse, à compter du 1^{er} avril

2009, les prestations minimales de la LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), à charge pour elle de les calculer. En substance, le demandeur fait valoir que sa capacité de travail a été réduite dès le 22 avril 2008, comme l'a considéré l'OAI, et soutient avoir rempli le formulaire d'affiliation à la défenderesse en toute bonne foi.

Par réponse du 11 juillet 2011, la défenderesse a conclu avec dépens au rejet de la demande. Elle allègue essentiellement que l'atteinte psychique invalidante existait selon une très grande vraisemblance antérieurement à la date d'affiliation du demandeur, se fondant à cet égard sur l'expertise du Dr D._____. Elle expose plus particulièrement que, depuis ses problèmes de santé en 2002, le demandeur n'a jamais pu reprendre pleinement sa capacité de travail ; elle en veut pour preuve le fait que l'intéressé a vendu sa société en septembre 2007, qu'il a choisi le plan permettant l'octroi le plus rapide de la rente d'invalidité et qu'il a été placé en arrêt de travail à partir du 22 avril 2008, soit un jour après avoir reçu la confirmation son affiliation. Elle maintient qu'il y a eu réticence et invoque la nullité du contrat. Elle considère également que la condition de la connexité temporelle n'est pas réalisée et estime ne pas être liée par la décision rendue par l'OAI.

Par réplique du 26 septembre 2011, le demandeur a maintenu ses conclusions. Il soutient avoir été contraint de vendre sa société dans la mesure où son titre d'avocat ne lui permettait plus, sous l'angle de la nouvelle loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance, d'exercer une telle activité. Concernant la baisse de ses revenus, il précise - en plus des explications données dans sa lettre du 31 mai 2010 - que 2007 a été une année de transition sur le plan professionnel, raison pour laquelle ses revenus ont été sensiblement plus bas ; il relève du reste que le revenu annuel obtenu depuis 2002 était relativement stable. Il en conclut que le rapport que souhaite faire la défenderesse entre problèmes de santé et revenus semble « *particulièrement ténu, pour ne pas dire plus* ». Il considère en outre que, contrairement à la position de la défenderesse, les constatations de l'OAI doivent à tout le moins constituer

des indices pour fonder l'appréciation de l'autorité amenée à statuer, dès lors que la date exacte du commencement de l'incapacité de travail est, quoi qu'en dise la Caisse de pension S._____, importante du point de vue de l'AI. Il conteste de surcroît que la défenderesse puisse se prévaloir de l'art. 9 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) ou de l'art. 23 LPP, et souligne d'ailleurs que l'invocation de la réticence est tardive. Enfin, le demandeur souligne que le calcul des prestations d'invalidité devra être effectué sur la base d'un salaire annuel de 118'422 fr., tel que retenu par l'OAI, le montant de 80'000 fr. indiqué dans le formulaire d'annonce rempli le 10 avril 2008 correspondant uniquement au salaire annuel probable.

Le demandeur a produit notamment les pièces suivantes :

- un questionnaire médical établi le 6 janvier 2004 par l'assurance Y._____ ;

- un rapport médical adressé le 19 février 2008 à cette assurance par le Dr G._____, spécialiste en médecine interne, et dont la teneur est la suivante :

"1. Depuis mon rapport du 13 janvier 2004, le patient n'a présenté aucun problème médical. Il n'y a pas eu de consultation à mon cabinet médical ou chez un autre médecin à l'exception d'un épisode de conjonctivite virale en 2005 traitée par l'Hôpital [...].

Il a été nécessaire d'effectuer une consultation médicale ce jour pour répondre à vos questions.
En résumé, pas de pathologie à noter depuis 2003.

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

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

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

5. Pronostic : excellent.

6. L'établissement de ce rapport a nécessité une consultation avec examen complet."

- une décision rendue le 15 décembre 2006 par la Commission fédérale de recours en matière de surveillance des assurances privées, dans la cause opposant la société Z._____ Sàrl et V._____ à l'Office fédéral des assurances privées (ci-après : l'OFAP). Il y était notamment fait référence à la disposition transitoire énoncée à l'art. 6 de l'ordonnance de l'OFAP du 9 novembre 2005 sur la surveillance des entreprises d'assurances privées (OS-OFAP ; RS 961.011.1), selon laquelle les intermédiaires d'assurance déjà actifs en tant que tels au 31 décembre 2005 étaient considérés comme possédant les qualifications professionnelles requises si, au 1^{er} janvier 2006, ils disposaient d'au moins cinq ans d'expérience professionnelle à titre d'occupation principale ou d'au moins huit ans d'expérience professionnelle à titre d'occupation accessoire dans le domaine de l'intermédiation d'assurance, les autres intermédiaires d'assurance tenus de s'inscrire ayant jusqu'au 31 décembre 2007 pour remédier à une lacune dans leurs qualifications professionnelles. Cela étant, l'autorité administrative a estimé dans sa décision que le demandeur n'avait pas les qualifications ni la durée d'expérience professionnelle requises, mais qu'il avait la possibilité de passer les examens nécessaires jusqu'à fin 2007 ;

- un prononcé d'amende adressé le 28 avril 2008 au demandeur, faisant état d'un excès de vitesse de 16 km/h le 25 avril 2008 à 22h57 sur la route principale [...].

Dans sa duplique du 18 octobre 2011, la défenderesse a maintenu ses conclusions.

C. En cours de procédure judiciaire, une expertise a été mise en œuvre auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 4 juin 2014, l'expert a signalé en particulier ce qui suit :

"Antécédents psychiatriques et affection actuelle

M. V._____ dit qu'il n'a pas présenté de trouble psychologique ou psychiatrique dans l'enfance, la petite enfance, l'adolescence et les débuts de l'âge adulte. Il dit qu'il n'a jamais été pris en soin par des

psychiatres ou psychothérapeutes ni reçu de médication psychotrope à l'époque.

Le Prof. J._____ relate néanmoins de façon explicite que les hallucinations visuelles remontent à l'adolescence dans son rapport médical du 27.08.2008, et du 13.12.2008 en se référant à ce que "le patient signale".

Le rapport d'expertise psychiatrique du 23.06.2009 relate que l'intéressé a présenté au cours de l'an 2000 une période d'hyperactivité "caractérisée par un sentiment de force, de créativité et d'euphorie". Selon l'intéressé, il s'agissait en fait de deux à trois années où il s'était très investi dans son emploi chez E._____. Il dit qu'il travaillait 60 à 70 heures par semaine. Il rentrait tard. Il se levait tôt.

Pour "se détendre" après le travail, l'intéressé dit qu'il buvait l'équivalent d'un à deux verres de vin le soir. Il dit qu'il ne recherchait pas l'ivresse et qu'il n'y a jamais eu d'excès. Dans le rapport psychiatrique du 23.06.2009, on peut néanmoins lire que l'intéressé avait "abusé d'alcool" à l'époque.

M. V._____ affirme que cette période de suractivité n'avait quant à lui pas induit un comportement fait d'incohérences et/ou de désorganisation. Son rendement professionnel aurait plutôt été augmenté. Il n'a pas demandé de traitement et on ne lui aurait pas suggéré d'en demander. Il réfute des symptômes maniaques francs.

Dans le contexte de sa séparation et de son récent divorce et des soucis économiques de l'entreprise au tout début des années 2000, l'assuré rapporte un "burnout". Selon les informations à disposition, il s'agissait d'une symptomatologie dépressive qui comprenait, selon les dires de l'assuré, la fatigue, la fatigabilité, des troubles du sommeil et un abaissement de l'humeur. D'après les informations à disposition, il n'y aurait pas eu de symptômes psychotiques ou du moins, d'exacerbation de troubles psychotiques préexistants.

L'assuré avait alors consulté au cabinet médical du Dr K._____[...], spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...]. Il aurait été pris en soins sur une période d'une demi-année environ, avec un suivi psychothérapeutique et une médication antidépressive. M. V._____ dit que ses troubles ont évolué vers la rémission, Il dit qu'il n'a plus eu de problèmes de santé psychique jusqu'en 2008.

Au printemps 2008, l'intéressé dit qu'il a eu l'impression d'avoir "pété un câble" et qu'il avait changé. Il dit être à même de donner une date précise sachant qu'il s'agissait du week-end avant la consultation chez le Dr V._____.

M. V._____ dit que les choses ont commencé le 19 ou le 20 avril 2008 par des problèmes de mémoire et d'attention. Il dit qu'il ne se rappelait plus s'il avait écrit une ou deux lettres et s'il les avait envoyées ou non. Il dit aussi qu'il n'arrivait plus à poursuivre après une heure - une heure trente de travail. Il dit avoir été confronté à des êtres fantastiques (lutins, animaux). Ceux-ci lui apparaissaient et lui parlaient en le tutoyant. Ces créatures étaient bienveillantes. Il pensait qu'elles lui venaient en aide!...].

Ces hallucinations ont disparu en quelques semaines vraisemblablement spontanément ou suite à une prescription neuroleptique de courte durée. M. V._____ affirme qu'elles ne seraient plus jamais réapparues par la suite.

Si on se réfère au dossier, l'intéressé aurait "signalé" au Prof. J._____ que ces hallucinations visuelles remontaient à l'adolescence. Son propre médecin psychiatre traitant aurait quant à lui rapporté une atteinte "similaire" à celle du début 2008 en 2001-2002 ce qui laisse aussi ouverte la possibilité d'éléments psychotiques au début des années 2000[...].

Après le week-end du 19 au 20.04.2008, l'assuré avait voulu prendre contact avec le confrère qui allait devenir son médecin de famille. Comme ce confrère n'avait pas de place, il aurait été d'emblée dirigé vers le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a pu le recevoir rapidement en date du 22.04.2006. Il a prescrit la médication neuroleptique et a attesté une première incapacité de travail.

L'assuré dit qu'il présentait des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, Il commettait des erreurs, Il était déstabilisé par l'imprévu et avait perdu ses capacités adaptatives usuelles. Il n'était pas capable de planifier et d'organiser. Il ne pouvait plus apprendre. Il devait tout noter. Il n'arrivait plus à apprécier les situations complexes. C'est dans ce contexte qu'il dit avoir fait sa "grosse connerie" et avoir perdu une grosse somme d'argent suite à une transaction de rue.

M. V._____ a fait l'objet d'investigations approfondies dans le service de neurologie du Centre hospitalier H._____ (Prof. J._____). Il a été l'objet d'un bilan neuropsychologique. Une affection cérébro organique a pu être raisonnablement exclue. La piste d'un trouble psychotique a par conséquent été confirmée.

Depuis lors, l'expertisé est resté régulièrement suivi par le Dr P._____, même si les consultations sont aujourd'hui très espacées. Il n'a plus eu de médication psychotrope. Sa maladie serait restée stable. M. V._____ n'a jamais repris le travail et il dit qu'il ne serait certainement plus capable de travailler.

[...]

Diagnostic

Au vu de ce qui précède, il est aujourd'hui justifié de retenir le diagnostic de :

• Trouble schizotypique (F21)

selon les critères et la dénomination exacte des ouvrages de référence

* * *

Appréciation finale

Résumé du cas

L'assuré est un avocat de 51 ans qui est deux fois divorcé et père de quatre enfants du premier lit. Les aînés vivent avec lui et les autres avec leur mère. M. V. _____ dit avoir une amie de coeur dont il garde domicile séparé.

L'expertisé ne rapporte pas un passé particulièrement traumatique ou carencé. Le développement, la scolarité et l'entrée dans la vie active se sont déroulés sans problème majeur.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, il y a la notion d'hallucinations visuelles depuis l'adolescence, compte tenu de ce que l'intéressé a signalé au Prof. J. _____ en 2008. Il y a une période d'hyperactivité et peut-être d'abus d'alcool au cours de l'année 2000 qui a posé la question d'une hypomanie. Il y a un "burnout" à savoir une symptomatologie principalement dépressive qui a nécessité un traitement spécialisé et plusieurs mois d'arrêt de travail en 2001- 2002. L'intéressé ne rapporte pas de nouveau trouble jusque dans la deuxième moitié des années 2000.

Au printemps 2008, M. V. _____ dit qu'il a eu l'impression d'avoir "pété un câble" et qu'il avait changé. Il rapporte un tableau clinique fait à la fois de plaintes du registre neuropsychologique et d'hallucinations visuelles. Ces hallucinations ont disparu en quelques semaines. La symptomatologie neuropsychologique paraît être restée globalement stable. C'est pour ce motif que l'intéressé dit qu'il n'a plus jamais repris son travail.

Actuellement, le traitement est réduit à sa portion congrue. L'assuré dit garder un lien avec son médecin psychiatre traitant, sans plus. Il n'a plus de médication psychotrope. Il n'en a d'ailleurs eue que sur une courte durée.

Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble schizotypique (F21)*, tel qu'il est défini dans la CIM-10.

- *Trouble schizotypique*

Dans son chapitre réservé à la schizophrénie et aux troubles délirants, la CIM-10^[...] retient le trouble schizotypique (F21). Cette entité diagnostique désigne des situations où les sujets ont un comportement excentrique, des anomalies de la pensée et des affects qui ressemblent à celles de la schizophrénie, sans comporter de signes ou symptômes schizophréniques manifestes ou caractéristiques à un moment quelconque de l'évolution.

Le DSM-IV-TR^[...] retient une entité clinique de même nom dans le chapitre des *troubles de la personnalité*. La définition du trouble est proche de celle de la CIM-10, sans lui être identique.

Le diagnostic de trouble schizotypique doit être posé avec prudence. Pour la CIM-10, il suppose au moins quatre des manifestations suivantes, à savoir:

- affect inapproprié ou abasé, le sujet paraissant froid et distant
- comportement ou présentation bizarre, excentrique ou singulière
- pauvreté du contact et tendance au retrait social
- croyances ou idées bizarres ou magiques
- méfiance ou idéation persécutoire
- ruminations à contenu dysmorpho-phobique, sexuel ou agressif
- perception inhabituelle dont des illusions somato-sensorielles, des expériences de dépersonnalisation ou de déréalisation
- pensée vague, circonstanciée, métaphorique, trop élaborée se traduisant par un discours bizarre
- épisodes transitoires occasionnels quasi psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres ou des idées d'allure délirante.

Dans le cas présent, l'appréciation diagnostique s'est avérée extrêmement difficile. Le soussigné a dû examiner l'intéressé à trois reprises. Il a dû lire et relire les pièces médicales du dossier. Il a pris contact avec le médecin psychiatre traitant actuel. Il a joint le Dr K._____, médecin psychiatre traitant de M. V._____ au début des années 2000. Il a complété son évaluation d'un examen neuropsychologique par spécialiste. Il a enfin effectué un examen sanguin de débrouillage qui permet d'exclure d'emblée certaines pathologies somatiques.

Pour l'expert, M. V._____ a collaboré dans la mesure de ce que permet sa pathologie psychiatrique. L'intéressé est partiellement anosognosique dans le sens que certains symptômes ne sont probablement pas reconnus par lui comme relevant d'une maladie psychiatrique. Il manque par ailleurs d'ancrage dans la réalité et présente des troubles de la pensée qui font qu'il a été difficile d'obtenir toutes les informations souhaitées. Il "défend" par ailleurs son dossier et minimise ses antécédents, ce que le soussigné considère être comme de bonne guerre.

En se référant à l'ensemble des données disponibles, on doit admettre que M. V._____ a présenté des *épisodes transitoires occasionnels quasi psychotiques* (hallucinations visuelles voire auditives vraisemblablement dès l'adolescence). Ces hallucinations ont pu alimenter des idées d'allure délirante comme celles de petits personnages qui étaient capable de le protéger, notamment lors de la conduite automobile.

Par ailleurs, l'intéressé a une *présentation bizarre et singulière* qui a également été constatée par la neuropsychologue qui l'a examiné en date du 13.05.2014.

Le contact est manifestement pauvre. La tendance au retrait social se confirme avec un sujet qui envisage de se retirer dans la montagne et qui aurait voulu se former comme berger d'alpage.

La présentation va dans le sens d'un sujet quelque peu apragmatique. *L'affectivité est abrasée*, même si l'intéressé n'est pas particulièrement froid et distant.

Plutôt que de véritables troubles attentionnels, l'intéressé relève davantage de symptômes psychotiques avec une *pensée parfois trop vague* et, en situation de stress, de *perceptions inhabituelles, d'hallucinations et brèves expériences de déréalisation* et qui peuvent expliquer ses mauvais résultats à l'examen neuropsychologique.

Au vu de la présentation générale de l'assuré, de son anamnèse psychiatrique depuis les débuts de l'âge adulte et de la présence de plus de quatre items requis pour le trouble, l'expert pose un diagnostic de *trouble schizotypique (F21)*, tel qu'il est décrit dans le chapitre de la CIM-10 réservé à la schizophrénie et aux troubles délirants.

Le soussigné considère qu'il est justifié d'exclure un trouble schizophrénique, sachant qu'il n'y a pas eu de symptômes de ce registre qui ont été suffisamment graves et durables pour qu'on doive retenir ce trouble.

L'expert considère qu'on doit exclure un trouble schizo affectif, même s'il y a eu des phases hyperactives suivies d'une phase dépressive. Le trouble schizo affectif est une maladie psychiatrique plus bruyante et plus grave que ce qui est observé dans ce cas. Il va en général de pair avec des situations de crise et des hospitalisations en milieu psychiatrique, ce qui n'est pas le cas ici.

Le médecin psychiatre traitant retient une psychose hallucinatoire chronique. Ce trouble n'est plus répertorié tel quel dans les ouvrages diagnostiques de référence. Il laisse une large place à la symptomatologie psychotique positive et aux hallucinations en particulier et ne correspond pas à la présentation actuelle de M. V._____.

- *Autres pathologies psychiatriques*

En l'état, il semble bien qu'il n'y ait pas lieu de retenir de difficultés avec l'alcool ou avec d'autres substances psycho actives. Le dossier ne mentionne aucun problème de ce type sur la durée. La présentation clinique de M. V._____ n'est pas celle d'un toxicomane ni celle d'un alcoolique grave. Les examens sanguins (formule sanguine, tests hépatiques, CDT) parlent contre un abus d'alcool.

La *neurasthénie* n'est pas répertoriée dans le DSM-IV-TR. Elle figure en tant que telle dans la CIM-10^[...], avec le code F48.0. Si ce diagnostic est actuellement peu utilisé en Amérique du Nord et en Europe, il est fréquemment posé en Chine et dans l'ancienne URSS. Les plaintes sont très proches de ce que veut désigner le controversé *syndrome de fatigue chronique*. Pour un médecin qui a pu examiner personnellement l'assuré, contrairement à l'expert D._____, il est évident que la neurasthénie n'a pas sa place ici. "L'asthénie" de l'assuré doit être associée aux symptômes psychotiques négatifs qui ont été décrits plus haut.

Tout indique qu'il n'y a pas lieu de retenir une pathologie cérébro organique et ce que désigne le *trouble cognitif léger (F06.7)*^[...], en particulier. Les investigations neurologiques extensives n'ont rien démontré en ce sens. Les tests neuropsychologiques parlent aussi contre un processus démentiel (atteinte cérébro organique), déjà parce que, le cas échéant, on s'attendrait à une aggravation manifeste depuis l'évaluation du Centre hospitalier H. _____ en 2008, ce qui n'est pas le cas.

Pour l'expert, les symptômes négatifs de psychose (alogie, apragmatisme) ainsi que les épisodes transitoires occasionnels quasi psychotiques comportant des illusions intenses, des hallucinations auditives ou autres ou des idées d'allure délirante peuvent aussi générer des troubles cognitifs et fonder les problèmes attentionnels et d'autres déficits neuropsychologiques constatés à l'examen spécialisé.

Appréciation sur le plan de la médecine des assurances

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble schizotypique (F21)*, tel qu'il est défini dans la CIM-10.

Le trouble schizotypique comprend une présentation bizarre, excentrique et parfois une perception altérée de la réalité qui peut gêner en situation sociale et susciter des comportements de rejet. Ces sujets ont souvent une pensée vague, circonscrite, métaphorique, trop élaborée et qui se traduit par un discours étrange. Un tel tableau n'inspire tout simplement pas le minimum de confiance requis pour nombre d'activités professionnelles et en particulier pour celles qui ont un caractère social.

Le trouble peut générer des comportements de méfiance excessive voire franchement paranoïdes, ce qui a des conséquences relationnelles très négatives.

Ces sujets peinent enfin à respecter les règles d'une activité professionnelle et à s'intégrer dans une organisation. Ils peuvent devenir difficilement supportables dans le monde ordinaire du travail.

Dans le cas présent, le trouble schizotypique de l'intéressé est plus grave que ce qu'on observe habituellement. Il implique ici des symptômes négatifs de psychose. Ces symptômes négatifs (aboulie, alogie^[...], apragmatisme) reflètent la diminution ou la perte de fonctions normales. Ils sont connus pour leurs conséquences particulièrement délétères sur les compétences sociales et l'activité professionnelle.

Le trouble schizotypique de l'intéressé comprend une pensée parfois trop vague et, en situation de stress, des perceptions inhabituelles voire des hallucinations et de brèves expériences de déréalisation. Associés aux symptômes négatifs de psychose, ces symptômes ont des conséquences négatives en termes de problèmes attentionnels et de mémoire, entre autres choses.

En l'état actuel des informations à disposition, on doit admettre que le trouble s'est aggravé en 2008 et qu'il a pris ses galons de chronicité.

En se référant à la Mini CIF-TAPP[...] qui tend à devenir une référence en la matière, on doit aujourd'hui admettre que l'intéressé aurait des difficultés à s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, qu'il rencontrerait de gros problèmes dans la planification et la structuration de ses tâches, qu'il manquerait de capacités adaptatives et qu'il pourrait être incapable de mettre correctement à profit ses connaissances professionnelles.

L'assuré a certainement des difficultés à prendre certaines décisions et à appréhender correctement la réalité, ce qui pourrait expliquer, au moins partiellement, l'incroyable épisode du change d'une grande somme d'argent en pleine rue.

M. V. _____ est limité en endurance, Il a des problèmes dans son contact avec les tiers et aurait des difficultés à s'intégrer dans une organisation.

L'expertisé conserve tout de même des ressources. Il est autonome pour ses activités de la vie quotidienne. Il est capable de se déplacer. Il semble entretenir de bonnes relations avec ses proches. Il est capable d'activités spontanées (aider sa mère, fitness, ping-pong, marche, cinéma, spectacles), même si celles-ci ne semblent pas prendre beaucoup de place dans sa vie de tous les jours. Ces ressources ne sont pourtant pas véritablement exploitables dans le monde ordinaire du travail pour les professions qui pourraient être proposées à l'intéressé.

Au vu de ces éléments, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir aujourd'hui une incapacité de travail psychiatrique de 100% dans l'activité d'avocat et dans toute activité similaire.

Evolution de l'état de santé de l'assuré

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.

Conclusions

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.

* * *

Réponse aux questions du tribunal

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

1. Anamnèse professionnelle et sociale.

Evolution de la maladie et résultats des thérapies. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle.

Voir texte du rapport médical.

2. Plaintes et données subjectives du demandeur

Voir la rubrique "Plaintes" du rapport médical.

3. Status clinique

Voir la rubrique "Observation" du rapport médical.

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail[.] Depuis quand sont-ils présents?

Trouble schizotypique (F21).

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:

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Les limitations ont été décrites plus haut.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

En l'état, le soussigné considère que l'intéressé n'a plus de capacité de travail significative dans son métier d'avocat, de juriste ou dans une profession similaire.

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.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?

Oui, il y a une importante diminution du rendement.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Il est difficile de répondre à cette question. Selon [le] 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 et 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.

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.

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

Sans objet.

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 générerait 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 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. 9 ch. 3 du Règlement de prévoyance, dans sa version applicable au 1^{er} janvier 2008. Pour rappel, cette disposition prévoit que « *[s]i 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 [...]* ».

Sur la seule base de cette nouvelle réticence, la Caisse de pension S._____ refuse donc de servir ses prestations en faveur de M. V._____ qui dépassent les prestations minimales LPP.

2. En tout état de cause, nous rappelons que votre mandant a nié, dans le formulaire d'annonce d'entrée auprès de la Caisse de pension S._____ complété en date du 10 avril 2008 :

- avoir eu une institution de prévoyance précédente ;
- avoir été assujetti à l'assurance obligatoire selon la LPP ;
- avoir fait l'objet d'une réserve pour raisons de santé dans sa dernière institution de prévoyance ; et
- bénéficier de prestations de libre passage.

Ces déclarations contraires à la vérité constituent une preuve supplémentaire du fait que M. V._____ était parfaitement conscient de ses troubles psychiatriques avant son affiliation auprès de la Caisse de pension S._____, et que sa capacité de travail était déjà largement diminuée à cette époque. Sachant qu'il n'obtiendrait pas de prestations réglementaires de l'institution de prévoyance R._____ au vu de la réserve du 8 février 2005, votre mandant a souhaité conclure un nouveau contrat de prévoyance auprès de la défenderesse, en cachant les éléments qui lui étaient défavorables.

Le cas d'assurance était toutefois déjà survenu avant son affiliation auprès de la Caisse de pension S._____, si bien que cette dernière ne saurait servir des prestations auxquelles votre mandant n'a manifestement pas droit.

De ce fait, la Caisse de pension S._____ ne peut que maintenir son refus de toute prestation, légale ou réglementaire, en faveur de votre mandant.

Compte tenu de l'importance de la présente, nous nous permettons de l'envoyer directement en copie à M. V._____ par courrier recommandé."

Dans sa prise de position du 20 mai 2015, le demandeur s'est déterminé comme il suit :

"Tout d'abord, mon client tient à relever qu'il a agi en toute transparence, puisqu'il a lui-même produit les premiers documents de la Fondation R._____ qui indiquaient, dans le questionnaire de santé, qu'il avait fait l'objet d'une réserve auprès de l'institution précédente. C'est dire que mon client n'a jamais voulu cacher quoi que ce soit.

Par ailleurs, le soussigné relève qu'il a lui-même demandé à la Fondation R._____ l'entier du dossier concernant son client pour être produit dans le cadre de la présente cause. Les documents transmis par la Fondation R._____ comportaient notamment le plan de prévoyance, les différents règlements applicables, les

questionnaires de santé, etc, mais ne comportaient pas la réserve de santé du 8 février 2005 produite seulement après interpellation spécifique de la part du Tribunal.

Tout en assumant la responsabilité de l'existence de cette réserve, mon client ne se souvient absolument pas avoir reçu la correspondance du 8 février 2005 de la Fondation R._____.

Dans tous les cas, lorsqu'il a fait la demande d'affiliation auprès de la Caisse de pension S._____, mon client ne disposait plus d'aucun document de la Fondation R._____, dès lors que ceux-ci étaient demeurés au sein de la société Z._____ Sàrl, qui a été remise en 2007, ainsi que l'atteste l'extrait de la FO SC, dont copie ci-jointe.

Cela étant et comme indiqué ci-dessus, V._____, qui a agi en toute transparence, assumera la responsabilité de l'existence de cette réserve.

La problématique reste cependant identique : la maladie qui a entraîné une incapacité de travail de mon client dès le 22 avril 2008, soit postérieurement à son affiliation à la Caisse de pension S._____ n'est pas consécutive à l'affection qui a fait l'objet de la réserve de la Fondation R._____ et de l'institution précédente, la Fondation I._____, réserve qui était fondée sur le burn-out dont a été victime mon client en 2002. Je renvoie sur cette question aux explications données en cours de procédure.

En conclusion, V._____ maintient que sa capacité de travail n'était pas réduite au moment de son affiliation auprès de la Caisse de pension S._____ et que le cas d'assurance n'était pas déjà survenu.

La question de l'annonce du burn-out dont mon client avait été victime en 2002-2003 ne saurait avoir des conséquences sur le principe même du droit aux prestations de mon client. Tout au plus devra-t-on considérer - et la question devra être tranchée par votre Tribunal - que les prestations dues à V._____ pourraient être réduites aux prestations minimales selon la LPP."

Etait joint à cette écriture l'extrait de la Feuille officielle suisse du commerce (FO SC) mentionné.

E n d r o i t :

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

b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de

prévoyance, employeurs et ayants droit (cf. art. 73 al. I LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. c LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (cf. ATF 118 V 158 consid. 1, 117 V 329 consid. 5d, 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; 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) L'action ouverte par le demandeur répond aux exigences de forme posées par les art. 106 ss LPA-VD et a été adressée au tribunal compétent pour se saisir du litige, le lieu d'exploitation dans lequel le demandeur travaillait étant sis dans le canton de Vaud. Elle est ainsi recevable.

2. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si, comme il le soutient, le demandeur a droit à une rente de la part de la défenderesse.

3. a) Selon la jurisprudence, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (cf. ATF 138 V 409 consid. 3.1 et les références). 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 (cf. ATF 129 V 150 consid. 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 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).

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 assujéti 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 bénéficiaire 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. 9 LCA.

a) Selon cette disposition, le contrat d'assurance est nul si, au moment où il a été conclu, le risque avait déjà disparu ou si le sinistre était déjà survenu.

En l'espèce, la défenderesse soutient qu'en raison de l'état de santé du demandeur, il faut considérer que le sinistre était déjà survenu au moment de la conclusion du contrat.

b) Par sinistre, il faut entendre la réalisation du risque assuré ; le sinistre est la survenance de l'événement redouté en vue duquel le contrat a été conclu (cf. 136 III 334 consid. 3).

En vertu de l'art. 9 LCA, le contrat est nul si l'événement redouté, contre lequel on veut s'assurer, est déjà survenu au moment de la conclusion du contrat (cf. TF 8C_324/2007 du 12 février 2008 consid. 4.1). Ce moyen ne doit pas être confondu avec la réticence ; il rend le contrat nul même si les parties ne savaient pas, au moment de la

conclusion, que le sinistre était déjà réalisé (cf. ATF 127 III 21 consid. 2b/aa ; cf. TF 5C.45/2004 du 9 juillet 2004 consid. 2.1.2). Dans le cas où un sinistre partiel est déjà survenu, il est possible de s'assurer contre le risque affectant l'autre partie, si la survenance de celui-ci est aléatoire (cf. ATF 127 III 21 consid. 2b/aa ; cf. TFA B 101/02 du 22 août 2003 consid. 4.5). Si une maladie s'est déjà déclarée, il n'est pas possible de l'assurer, même si elle ne se manifeste plus au moment de la conclusion du contrat, lorsque des rechutes ultérieures en apparaissent comme une évolution normale (cf. ATF 136 III 334 consid. 3 et 127 III 21 consid. 2b/aa ; cf. TF 5C.45/2004 déjà cité).

c) En l'espèce, le risque assuré est l'invalidité au sens de la LPGA, comme cela résulte de l'art. 21 du règlement de la défenderesse (concernant la rente d'invalidité [cf. consid. 3a supra]) – autrement dit l'incapacité de gain (cf. consid. 4a supra) comme dans l'ATF 136 III 334 précité. L'art. 8 ch. 6 dudit règlement mentionne de plus que pour les prestations d'invalidité, *« il est essentiel de déterminer si l'assuré était affilié à la Caisse de pension lors de la survenance de l'incapacité de travail considérable ayant causé l'invalidité »*.

Dans le cas présent, le Dr C. _____ a certes observé que la dépression était une comorbidité fréquente du trouble schizotypique, raison pour laquelle il a indiqué qu'il y avait un lien entre la dépression du demandeur en 2002 et le trouble schizotypique (cf. rapport d'expertise du 4 juin 2014 pp. 25 et 27). Cela ne signifie pas pour autant que ce trouble en tant que tel avait entraîné une incapacité de travail et de gain déjà à l'époque, en 2002. C'est du reste ce qui a conduit l'expert à retenir une incapacité de travail due au trouble schizotypique uniquement depuis le 22 avril 2008. Il n'a mentionné à aucun moment que cette affection constituerait une rechute. Ledit trouble n'était pas diagnostiqué au moment de la conclusion du contrat et le demandeur ignorait tout de cette pathologie. On ne se trouve dès lors pas dans un cas où, au moment de la conclusion du contrat d'assurance, il était d'ores et déjà certain que le sinistre allait survenir.

Les conditions posées par l'art. 9 LCA ne sont ainsi pas réalisées.

8. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, les compléments d'instruction requis par les parties doivent être rejetés. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

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.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. La demande est partiellement admise.

II. La Caisse de pension S._____ versera à V._____, dès le 22 avril 2009, une rente entière d'invalidité réduite aux prestations minimales LPP.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à verser à V._____ à titre de dépens, est mise à la charge de la Caisse de pension S._____.

V. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente:

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour V._____),
- Me Jean-Michel Duc (pour la Caisse de pension S._____),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :