

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 30 mai 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Thalmann, juge, et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

A._____, à O._____, demandeur, représenté par Me Nicolas
Mattenberger, avocat à Vevey,

et

CAISSE DE PENSIONS DE LA BANQUE V._____, à Lausanne,
défenderesse, représentée par Me Anne Troillet, avocate à Genève.

Art. 23 al. 1 let. a et 24 al. 1 let. a LPP ; 4 et 6 LCA

E n f a i t :

A. **a)** A._____, né en 1979, a effectué entre les mois d'août 1996 et juin 2000 un apprentissage auprès de la Banque B._____, à l'issue duquel il a obtenu un certificat fédéral de capacité d'employé de bureau. Il a ensuite travaillé pour le compte de cet établissement en qualité de conseiller à la clientèle jusqu'au 31 mai 2002.

b) Après un séjour à l'étranger et une période de chômage, A._____ a débuté à compter du 1^{er} octobre 2003 une nouvelle activité pour le compte de la Banque X._____.

 Au cours de l'automne 2004 et sur l'initiative de son père, qui s'inquiétait d'une agressivité excessive de son fils, A._____ a fait l'objet d'un suivi du 9 septembre au 7 octobre 2004 auprès de la consultation psychiatrique du Centre T._____ à O._____. Au terme de ce suivi, le diagnostic de difficultés dans les relations avec les parents a été retenu.

 Au mois d'octobre 2004, A._____ a quitté le domicile familial pour emménager dans son propre appartement. Très vite après son déménagement, son état psychique s'est dégradé. Il a commencé à douter de la paternité de son père, tout en estimant beaucoup ressembler à l'un de ses collègues.

 Face aux dénégations de ses parents, il a coupé tout contact avec eux et donné sa démission de son poste avec effet immédiat le 2 décembre 2004. Il s'est alors replié sur lui-même, avec un sentiment permanent de persécution et des troubles du sommeil.

 Vu l'état de santé de leur fils, les parents de A._____ ont contacté la Justice de paix afin de dénoncer la situation. La Justice de paix a ordonné la réalisation d'une expertise psychiatrique en vue d'une mise sous tutelle et d'un placement.

A la suite du premier entretien avec l'expert psychiatre, A._____ s'est rendu chez son père afin de lui demander des explications au sujet de sa filiation. La discussion a pris une tournure violente et nécessité l'intervention de la police. A._____ a alors été hospitalisé sur une base non volontaire à l'Hôpital psychiatrique H._____, établissement dans lequel il a séjourné du 26 avril au 4 juillet 2005. Le diagnostic de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques a été posé.

A sa sortie, A._____ a accepté la proposition de ses parents d'aller revivre chez eux et un suivi ambulatoire a été mis en place auprès de la Polyclinique F._____, lequel se poursuivra du mois de juillet 2005 au mois de janvier 2006, date correspondant au départ de sa thérapeute. Il a décidé ensuite de poursuivre son traitement auprès du docteur N._____, traitement qui sera interrompu au mois de juillet 2006 après quelques entretiens, l'intéressé n'y voyant plus d'utilité.

c) Le 1^{er} janvier 2006, A._____ a débuté une nouvelle activité professionnelle auprès de la Banque V._____. Au mois de janvier 2007, il a donné sa démission avec effet au 31 janvier 2007. Le dernier jour de travail effectif a été le 12 janvier 2007.

Dans sa lettre de démission du 9 janvier 2007, il a expliqué les motifs de son départ de la manière suivante :

Les raisons de ce départ sont les suivantes :

1. je n'arrive plus à me concentrer à mon poste
2. je me sens observé 24h sur 24h par tous mes collègues
3. je n'es[t] pas fait un apprentissage de banque pour faire des photocopies toute la journée
4. la raison principale est un mal de tête permanent pendant et après les heures.
5. en tant que nouveau collaborateur je ne trouve pas logique de me donner à faire des matchings de sociétés beaucoup plus compliqué[s] que la normale.

d) Le 5 février 2007, A._____ a frappé son père en dessous du cœur au moyen d'un couteau de cuisine. Aux experts psychiatres mandatés afin d'évaluer sa responsabilité au moment des faits, il a décrit

les événements de la manière suivante (rapport d'expertise du 12 septembre 2007 du professeur Z. _____ et du docteur J. _____) :

M. A. _____ explique qu'il était chez lui, en train de lire et de se préparer à manger, lorsque tout d'un coup il entend frapper à la porte d'entrée. La personne s'annonce par son nom sans toutefois préciser sa fonction. M. A. _____ regarde alors par le trou de la serrure et voit un homme en habit de gendarme « pas conforme (sans képi) ». Ce dernier dit à l'expertisé : « j'aimerais vous parler à propos d'une affaire qui vous concerne et votre père aussi ». M. A. _____ refuse, précisant qu'il n'a rien à dire et le gendarme insiste. Plus tard, l'expertisé s'aperçoit qu'il y a deux gendarmes vers la porte de derrière, l'expertisé ayant bloqué celle de devant avec un meuble. Par la suite, le père de l'expertisé pénètre à l'intérieur du logement de son fils et lui dit : « tu es malade A. _____, il faut qu'on te soigne ». Il se dirige vers l'expertisé, lève la main dans sa direction, en le regardant « bizarre, méchant, en fronçant les sourcils ».

M. A. _____ ressent alors un sentiment de peur, s'énerve et se dit « je vais aller à l'Hôpital psychiatrique H. _____, atomisé de médicaments » et a peur pour sa vie. Par la suite, il précise « avoir senti sa vie en danger, avoir craint pour le reste de sa vie, craint pour sa liberté » qu'il sentait menacée (« j'avais peur qu'il fasse ce qu'il veut avec moi, qu'il puisse me mettre à l'hôpital, de nouveau commencer à me harceler en disant c'est moi qui peux te sortir de l'hôpital, puis à ma sortie, me retrouver chez mes parents, me bagarrer à nouveau avec mon père, avoir des histoires... »).

Pour l'expertisé, son père venait dans le but de lui faire du mal (« il me fait peur »). Il précise que quelques jours avant les faits, son père lui avait dit : « tu vas finir tes jours à l'Hôpital psychiatrique H. _____ ». Il lui avait également dit une autre fois « encore vivant, que fais-tu là ? », ce que l'expertisé a pensé être des menaces de mort. Il saisit alors un couteau et agresse son père (« j'ai pris le couteau dans le but de me protéger, de l'assommer, de le tuer »).

M. A. _____ explique qu'au moment où son père est rentré chez lui, souhaitant que son fils soit hospitalisé et qu'il a levé la main, il était énervé, et se sentait en danger (« je n'avais pas envie de finir à l'hôpital psychiatrique »). L'expertisé signale qu'il souhaitait prendre sa vie en main et qu'il s'est senti comme pris par quelque chose, une force qui le manipulait et lui a fait planter le couteau (« j'ai senti quelqu'un qui se concentrait sur moi, il fallait faire cela, je me sentais poussé par quelqu'un, quelqu'un qui essaie de me commander, de faire ce qu'il veut, de mettre ses pensées dans ma tête »).

M. A. _____ précise qu'à son avis son père « n'a rien du tout », expliquant qu'il n'a pas vu de sang, ni par terre, ni sur le couteau et que son père pouvait marcher, ce qu'il trouve très étrange. Il ajoute : « c'est un complot entre la police, mon vrai père et lui » (« c'est un complot, pour me faire réagir... »). Il signale que « son père savait qu'il allait s'énerver, qu'il était mal et a voulu provoquer une erreur de sa part ».

L'expertisé signale que son père est venu chez lui avec deux gendarmes pour braquer la porte, pour l'hospitaliser, alors qu'il n'y avait aucune raison valable (« mon père débarque chez moi, veut appeler le médecin, me mettre à l'Hôpital psychiatrique H. _____, ce qui n'est pas normal »). Selon lui, il s'est défendu d'un danger qui le menaçait (« j'ai pris ma vie en main, j'ai pas envie d'être dans ce lieu, j'ai envie de garder ma tête, et j'ai préservé ma santé en faisant cela. Il faut qu'il me laisse mon indépendance, je suis responsable, autonome »). Il signale que son père lui veut du mal car « il a beaucoup de choses à me reprocher, il n'est pas mon vrai père et ne me l'a jamais dit, il a beaucoup d'argent sur un compte en banque et moi je n'ai pas un radis, il est jaloux de mon vrai père qui a plus que lui certainement ».

L'expertisé qualifie sa réaction de normale. « C'est un enchaînement d'événements survenus et je ne pouvais pas réagir autrement ».

Incarcéré dans un premier temps à la Prison M. _____ à U. _____, il a ensuite été transféré à l'Unité Carcérale Psychiatrique I. _____ du 12 au 22 février 2007. Il a séjourné ensuite à l'Unité psychiatrique de la Prison D. _____ à R. _____, séjour entrecoupé par un passage à l'Unité Carcérale Psychiatrique I. _____ du 23 au 30 mai 2007.

Par arrêt du 11 février 2008, le Tribunal d'accusation du Tribunal cantonal du canton de Vaud a prononcé un non-lieu pour cause d'irresponsabilité au plan pénal et ordonné une mesure de traitement institutionnel.

Par décision d'application du 21 avril 2008, l'Office d'exécution des peines a ordonné le placement institutionnel de A. _____ dans un établissement pénitentiaire et la poursuite du traitement thérapeutique entrepris auprès du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire. Dans un premier temps, il a continué à séjourner à la Prison D. _____ à R. _____, avant d'être transféré au mois de mai 2008 à la Prison M. _____ à U. _____, puis à compter du 24 juillet 2008 aux Etablissements Y. _____. Le 14 octobre 2009, il a été transféré au Foyer G. _____ à [...], le traitement thérapeutique se poursuivant auprès de la Consultation psychiatrique P. _____.

Bénéficiant depuis le 28 mai 2010 du régime de travail externe, A._____ a eu l'occasion de travailler aux Ateliers C._____ auprès de la Fondation K._____ à Q._____ du 7 juin au 30 septembre 2010, puis pour le compte de l'entreprise L._____ SA à E._____ du 1^{er} octobre au 31 décembre 2010.

Par jugement du 12 mai 2011, le juge d'application des peines a libéré conditionnellement A._____ de l'exécution de la mesure thérapeutique institutionnelle ordonnée le 11 février 2008, fixé à trois ans la durée du délai d'épreuve et ordonné, à titre de règle de conduite, qu'il se soumette au suivi ambulatoire initié à la Consultation psychiatrique P._____, y compris à la prise régulière de la médication prescrite.

B. Le 25 février 2009, A._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir les docteurs S._____ (rapport du 2 mars 2010) et A.A._____ (rapports des 19 mars 2010, 28 avril 2011 et 1^{er} septembre 2011).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a pris en charge les frais d'un stage d'observation et d'évaluation qui s'est déroulé du 17 avril au 6 juillet 2012 au Centre de formation ORIF de B.B._____. Le rapport de synthèse établi le 2 juillet 2012 à l'issue de ce stage contient les observations suivantes :

Par l'intermédiaire de ce stage, il s'agissait de recueillir des informations sur la capacité de M. A._____ à assumer sur le long terme les exigences liées à la reprise d'une activité professionnelle dans le secteur bureau commerce. Sur le plan théorique, votre assuré présente des lacunes scolaires importantes, particulièrement en arithmétique commerciale.

Au bénéfice d'une formation d'employé de bureau, option banque, M. A._____ possède un champ de compétence limité au domaine bancaire. En ce qui concerne le secteur bureau commerce, votre assuré est en mesure de fournir un travail satisfaisant pour autant que les travaux soient simples et répétitifs et que la consigne lui soit clairement explicitée.

En effet, M. A. _____ présente des difficultés de compréhension qui diminuent son autonomie professionnelle, ce qui nécessite un accompagnement de départ. Quant au rendement de votre assuré, nous n'avons pas constaté de retard dans l'exécution des tâches, sous réserve d'éclaircissements relatifs à la consigne, bien que les tâches confiées aient été pour la plupart nouvelles.

Enfin, M. A. _____ présente un manque de flexibilité et une résistance au changement, qui se manifestent notamment dans l'exercice des activités qui ne retiennent pas son intérêt. Ces différents éléments représentent un obstacle à une réinsertion professionnelle dans une entreprise de l'économie libre, car M. A. _____ n'est pas prêt à répondre aux exigences actuelles. En revanche, une activité d'employé de bureau dans une structure protégée serait adaptée à la situation actuelle de votre assuré.

Estimant que A. _____ n'était pas en mesure d'intégrer une entreprise de l'économie libre, l'office AI a, par décisions des 19 novembre 2012 et 21 janvier 2013 (confirmées après révision le 19 novembre 2015), alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2011.

C. Par courrier du 27 novembre 2015, A. _____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Mattenberger, sollicité le versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la Caisse de pensions de la Banque V. _____ et requis, dans l'attente de sa réponse, une déclaration de renonciation à la prescription.

Par courrier du 23 décembre 2015, la Caisse de pensions de la Banque V. _____ a informé l'assuré qu'elle renonçait à invoquer la prescription, pour autant que celle-ci ne fût pas déjà acquise à ce jour.

Après consultation du dossier de l'assurance-invalidité, la Caisse de pensions de la Banque V. _____ a, par courrier du 13 janvier 2016, communiqué à l'assuré la résiliation de sa couverture de prévoyance surobligatoire selon les termes suivants :

En date du 27 décembre 2005, en prévision de votre affiliation auprès de la Caisse de pensions de la Banque V. _____, vous avez rempli et signé une demande d'admission, qui comportait une déclaration de santé.

Les réponses que vous avez faites figurer sur votre déclaration de santé étaient importantes et déterminantes pour l'octroi de la

couverture de prévoyance surobligatoire auprès de notre Caisse, ce qui ressortait expressément de la déclaration de santé.

Cependant, des informations viennent de nous parvenir, selon lesquelles il apparaît que vous n'avez pas répondu correctement et de manière véridique à certaines questions de la déclaration de santé.

En effet, selon les informations en notre possession, vous avez été hospitalisé d'office à l'Hôpital psychiatrique H._____ du 26 avril 2005 au 4 juillet 2005, soit durant plus de deux mois, séjour au terme duquel le diagnostic de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques a été retenu.

Suite à cette hospitalisation, un suivi au Centre T._____ à O._____ a été organisé, où vous avez été suivi par le Dr C.C._____ et Mme D.D._____, thérapeute, jusqu'au mois de janvier 2006 au moins. Par la suite, vous avez consulté le Dr N._____, psychiatre et psychothérapeute, jusqu'en juillet 2006.

Sur le plan médicamenteux, vous avez bénéficié à cette époque d'un traitement psychotrope de Zyprexa, de Dalmadorm et de Temesta.

Or, à la **question n° 2** de la déclaration de santé « *Etes-vous actuellement en traitement médical* », vous avez répondu par la négative en cochant la case « *Non* ».

Vous avez donc omis de déclarer qu'en décembre 2005, vous étiez suivi au Centre T._____, à la suite d'une hospitalisation psychiatrique de plus de deux mois, et que vous bénéficiiez d'un traitement médical psychotrope en raison de vos troubles psychiques.

De surcroît, selon les informations en notre possession, vous avez été suivi du 9 septembre 2004 au 7 octobre 2004, soit durant près d'un mois, à la Consultation psychiatrique du Centre T._____ à O._____.

De même, comme indiqué ci-dessus, vous avez été hospitalisé à l'Hôpital psychiatrique H._____ du 26 avril 2005 au 4 juillet 2005, soit durant plus de deux mois.

Or, vous avez répondu par la négative, en cochant la case « *Non* » à la **question n° 3** de la déclaration de santé « *Avez-vous eu des problèmes de santé durant les 5 dernières années qui ont conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à 3 semaines* ».

Vous avez donc omis de déclarer les problèmes de santé rencontrés en 2004 et 2005, soit durant les cinq années précédant la déclaration de santé, qui ont conduit à une hospitalisation de plusieurs semaines.

Vu ce qui précède, vous n'avez pas respecté votre devoir et vos obligations de déclaration et d'information portant sur des faits importants qu'il vous revenait de mentionner. Vous avez donc commis une réticence.

Par conséquent, nous résilions par la présente toutes les couvertures de prévoyance subobligatoire auprès de la Caisse de pensions de la Banque V._____.

Par courrier du même jour adressé au mandataire de l'assuré, la Caisse de pensions de la Banque V._____ a expliqué :

En ce qui concerne la demande de versement d'une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, nous précisons que notre Caisse n'est pas liée par les constatations et appréciations de l'Office de l'assurance-invalidité.

Nous avons examiné le dossier reçu de l'assurance-invalidité et considérons que les conditions du droit à des prestations de la part de notre Caisse ne sont pas réalisées dans le cas de M. A._____. Il ne ressort pas des éléments en notre possession qu'une incapacité de travail dont la cause serait à l'origine d'une invalidité serait survenue alors que votre mandant était assuré auprès de notre Caisse.

Nous ne pouvons par conséquent pas donner de suite favorable à la demande de votre mandant.

Invitée à détailler les motifs du refus de prester, la Caisse de pensions de la Banque V._____ a, par courrier du 23 mars 2016, expliqué que l'atteinte à la santé de l'assuré était bien antérieure à son entrée en service auprès de la Banque V._____, puisqu'il avait notamment été hospitalisé du 26 avril au 4 juillet 2005 en raison de l'atteinte à la santé ayant mené à l'invalidité. Par ailleurs, aucun certificat médical n'attestait d'une incapacité de travail pendant la période postérieure à son affiliation auprès de la Caisse de pensions de la Banque V._____, ce qui était propre à rompre tout lien de connexité temporelle.

D. a) Par demande du 25 mai 2016, A._____ a, par l'intermédiaire de Me Nicolas Mattenberger, ouvert action contre la Caisse de pensions de la Banque V._____ et formulé les conclusions suivantes :

I.-

Constater que la survenance d'une incapacité de travail durable à l'origine de l'invalidité du demandeur A._____ est survenue lorsqu'il était assuré auprès de la Caisse de pensions de la Banque V._____.

II.-

Condamner la Caisse de pensions de la Banque V. _____ à verser au demandeur A. _____ une rente selon l'assurance LPP, fixée à dire de justice, en raison de l'invalidité présentée par lui.

D'après lui, il n'était pas contestable qu'il avait subi depuis le 5 février 2007, date à laquelle il avait été incarcéré et hospitalisé à la suite de l'agression commise envers son père, une incapacité de travail due à des troubles psychiques, durable et importante, ayant entraîné son invalidité. L'ensemble des avis médicaux établis entre 2007 et 2014 faisaient tous état d'une diminution bien supérieure à 20 % de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusqu'alors. S'agissant de la connexité matérielle, il fallait constater que la schizophrénie paranoïde était à la base aussi bien de l'incapacité de travail ayant débuté le 5 février 2007 que de l'invalidité. Preuve en était que les éléments figurant dans le dossier de l'office AI faisaient ressortir une identité parfaite entre le tableau clinique ayant trait à l'incapacité de travail survenue le 5 février 2007 et celui relatif à l'invalidité. S'agissant de la connexité temporelle, il n'existait aucun indice concret propre à démontrer que la diminution de rendement se soit prolongée au-delà de sa sortie de l'Hôpital psychiatrique H. _____. Il avait retrouvé une activité professionnelle au sein de la Banque V. _____ dès le 1^{er} janvier 2006 et avait occupé son poste jusqu'au 31 janvier 2007. Au cours de cette période, il n'avait manqué que très sporadiquement son travail pour cause de maladie, à savoir durant six jours au total. Selon le certificat de travail intermédiaire établi au mois de novembre 2006, son employeur était pleinement satisfait de la qualité du travail fourni. Dans ces conditions, la période courant du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2007 ne pouvait être considérée comme une simple tentative de reprise de travail. Il convenait par conséquent de retenir qu'il n'existait pas de relation d'étroite connexité temporelle entre l'incapacité de travail, respectivement la diminution de rendement survenue à la fin du mois d'avril 2005, et l'invalidité.

b) Dans sa réponse du 29 août 2016, la Caisse de pensions de la Banque V. _____, représentée par Mes Anne Troillet et Pascal Giorgis, a pris les conclusions suivantes :

Principalement

- Déboute M. A. _____ de toutes ses conclusions.
- Condamne M. A. _____ en tous les frais de l'instance.
- Déboute M. A. _____ de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions.

Subsidiairement

- Dise et constate que les prestations qui seraient le cas échéant dues par la Caisse de pensions de la Banque V. _____ sont limitées aux prestations minimales LPP, à l'exclusion de toutes prestations réglementaires.
- Dise et constate que la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle le cas échéant due par la Caisse de pensions de la Banque V. _____ ne saurait excéder une demi-rente.
- Dise et constate que la rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle le cas échéant due par la Caisse de pensions de la Banque V. _____ n'est due qu'à compter du mois de mai 2011 au plus tôt.
- Dise et constate que dans tous les cas, les prestations exigibles antérieurement au 23 décembre 2010 sont prescrites.
- Réserve dans les cas une éventuelle surindemnisation ainsi que la restitution par M. A. _____ de sa prestation de libre passage.
- Condamne M. A. _____ en tous les frais de l'instance.
- Déboute M. A. _____ de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions.

Après avoir souligné que la décision d'octroi de rente de l'assurance-invalidité ainsi que les constatations qui en découlaient n'avaient aucune force contraignante à son encontre, la Caisse de pensions de la Banque V. _____ a allégué qu'il était hautement contestable que le demandeur ait subi une incapacité de travail durable et importante à compter du 5 février 2007. Il n'existait en effet aucun document médical établi à l'époque déterminante qui attestait d'une incapacité de travail. Le premier document de nature médicale figurant au dossier de l'assurance-invalidité était une expertise judiciaire datée du 12 septembre 2007, dont il ressortait qu'il n'était certes pas en mesure d'exercer une activité lucrative, mais ceci uniquement en raison de son incarcération, et que ce n'est qu'à partir de la fin du mois d'avril 2007, soit après la fin des rapports de prévoyance, que son état de santé s'était dégradé. Dès la fin de l'année 2007, les médecins traitants du demandeur avaient attesté une disparition complète de la symptomatologie ainsi que l'existence d'une capacité de travail dans un milieu concurrentiel, sous réserve d'une limitation à une exposition trop importante au stress. Le stage auprès de l'ORIF avait d'ailleurs démontré que les éventuelles limitations à une reprise d'une activité professionnelle n'étaient pas d'ordre médical ou liées à l'état de santé du demandeur, mais avaient trait

à des lacunes d'ordre professionnel, scolaire et comportemental. La raison pour laquelle la question d'une reprise d'activité ne s'était pas posée à cette époque résultait de ce que le demandeur était alors frappé d'une mesure de placement institutionnel prononcée par la justice pénale. Pour autant qu'une incapacité de gain de longue durée puisse être admise, la perte des possibilités de gain à compter de la fin de l'année 2007 ne résultait pas d'une atteinte à la santé, mais de la privation de liberté ordonnée par les autorités pénales. Il n'existait par conséquent pas d'invalidité au sens de la prévoyance professionnelle obligatoire.

Dans l'hypothèse où le Tribunal cantonal devait conclure à l'existence d'une incapacité de travail invalidante au sens de l'art. 23 LPP, il faudrait alors retenir que l'incapacité de travail remontait à une époque antérieure aux rapports de prévoyance. Au moment où le demandeur avait été engagé par la Banque V._____, il ne s'était pas véritablement remis des troubles qui l'avaient préalablement affecté au point de justifier un séjour hospitalier forcé de plusieurs semaines et la mise en place d'un suivi médical et d'un traitement médicamenteux. Il n'avait ainsi pas retrouvé une capacité de travail suffisamment durable lorsqu'il a exercé son activité pour le compte de la Banque V._____, activité qui devait donc être considérée comme une tentative échouée de remise au travail. Le rapport de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue en 2005 et la survenance de l'éventuelle invalidité n'avait pas été interrompu.

A titre subsidiaire, la Caisse de pensions soutenait que le demandeur avait commis une réticence lorsqu'il avait répondu aux questions de la déclaration de santé annexée à la demande d'admission ; qu'il ne pouvait en tout état de cause prétendre à une rente allant au-delà d'une demi-rente de la prévoyance professionnelle obligatoire, étant donné que l'atteinte à la santé était en rémission complète, que les médecins n'émettaient aucune réserve s'agissant d'une reprise d'une activité lucrative et que le demandeur avait effectivement travaillé et perçu des allocations de l'assurance-chômage ; qu'il fallait constater qu'elle était autorisée le cas échéant à suspendre et à refuser tout

versement de la rente jusqu'au mois d'avril 2011 compris, dans la mesure où le demandeur avait subi un régime de détention de février 2007 à mai 2011 ; et que les créances éventuelles du demandeur qui auraient été exigibles avant le 23 décembre 2010 étaient en tout état de cause prescrites.

c) Par réplique du 21 octobre 2016, A. _____ a complété ses conclusions en requérant le versement d'intérêts moratoires à 5 % dès l'ouverture de l'action.

Sur le fond, le demandeur a indiqué que l'absence de certificat médical établi en temps réel pour attester des effets de la schizophrénie paranoïde - manifestation décompensée début 2007 - sur sa capacité de travail ne pouvait lui être reprochée, car cela résultait précisément de la nature de cette maladie - les personnes atteintes vivant parfois une forme de déni de leur maladie - et de son incarcération. L'ensemble des éléments au dossier permettait au contraire d'attester que la suppression de la capacité de travail à compter du 1^{er} février 2007 était due à la pathologie psychiatrique. Il était notamment possible d'inférer de la résiliation des rapports de travail qu'il avait volontairement diminué - ou plutôt même - supprimé sa charge de travail, démarche qui était inextricablement liée et dictée par des raisons de santé.

Les allégations de la défenderesse selon lesquelles l'absence d'invalidité ressortait des attestations médicales établies par les médecins traitants ne résistaient pas à l'examen, compte tenu de la prudence et de l'incertitude dont faisaient preuve ces médecins.

Pour le reste, le demandeur maintenait son point de vue selon lequel la capacité de travail s'était rétablie de façon suffisamment durable pour rompre le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail survenue en 2005.

d) Par duplique du 8 décembre 2016, la Caisse de pensions de la Banque V. _____ a maintenu intégralement la position défendue dans sa réponse du 29 août 2016.

e) Le dossier de l'assurance-invalidité a été versé à la présente cause.

E n d r o i t :

1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]).

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

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En l'espèce, l'action du demandeur, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu du siège de la défenderesse, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

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

3. a) Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (art. 24 al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005).

b) Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 115 V 103 consid. 4b).

c) Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 130 V 270 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5), dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En revanche, si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans

les procédures régies par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2).

Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères (ATF 118 V 35 consid. 2b/aa; 115 V 208 consid. 2c).

d) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

e) L'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références citées). Cependant, pour que l'institution de prévoyance

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

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

et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

g) Est déterminante pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP dont la cause est à l'origine de l'invalidité la perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. La relation de connexité temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité survenue ultérieurement se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement d'après la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références; voir également la définition légale de l'art. 6 LPGa, disposition qui ne s'applique toutefois pas en matière de prévoyance professionnelle). Cette activité doit cependant permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3).

h) Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la personne assurée a présenté une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TFA B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.2, in SVR 2005 BVG n° 5 p. 15). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérés comme conformes à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire ainsi que la

teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TF B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références). Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

i) Lorsqu'il s'agit d'apprécier l'existence d'un rapport de connexité temporelle entre l'incapacité de travail originelle et l'invalidité ultérieure, il convient d'être attentif à la nature particulière de certaines maladies - comme la sclérose en plaques ou la schizophrénie - dont les tableaux cliniques sont caractérisés par des symptômes évoluant par poussées, avec des périodes d'exacerbation aiguë et de rémission. L'application d'une échelle stricte en matière d'appréciation de la connexité temporelle en présence de telles maladies aboutirait à ce que, régulièrement, l'institution de prévoyance qui était tenue à prestation lors du déclenchement de la maladie aurait à payer des prestations sous forme de rente lors de crises ultérieures de nature invalidante, et ce quand bien même il y aurait eu, entre-temps, des périodes durant lesquelles la capacité de travail se serait rétablie et aurait été exploitée dans le cadre de plusieurs rapports de travail. Un tel résultat ne serait, du point de vue de la protection d'assurance dans la prévoyance professionnelle, pas souhaitable et même choquant pour les cas dans lesquels la maladie se déclare à un moment où la couverture d'assurance fait défaut. C'est

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

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

5. Afin de déterminer si le demandeur a droit à des prestations de la part de la défenderesse, il convient en premier lieu d'examiner si le demandeur a présenté une incapacité de travail invalidante au cours des rapports de prévoyance et s'il présente une invalidité au sens de la LPP.

a) En l'occurrence, il faut constater que le demandeur a présenté les premiers symptômes avérés d'une décompensation psychotique vers la fin de l'année 2006 et le début de l'année 2007, ainsi que l'attestent la teneur de la lettre de résiliation que le demandeur a adressée le 9 janvier 2007 à son employeur (« je me sens observé 24h sur 24h par tous mes collègues ») et les propos qu'il a rapportés aux experts chargés d'évaluer sa responsabilité pénale au moment des faits (rapport d'expertise du professeur Z._____ et du docteur J._____ du 12 septembre 2007, p. 11). Cette phase de décompensation a atteint un paroxysme par l'agression au couteau dont le demandeur s'est fait l'auteur sur la personne de son père. A la suite de son incarcération, les symptômes psychotiques ont perduré, ce qui a nécessité son hospitalisation du 12 au 22 février 2007 dans une unité carcérale spécialisée dans les soins psychiatriques, à savoir l'Unité Carcérale Psychiatrique I._____. Il a séjourné ensuite jusqu'à son jugement à l'Unité psychiatrique de la Prison D._____ à R._____, séjour entrecoupé par un nouveau passage à l'Unité Carcérale Psychiatrique I._____ du 23 au 30 mai 2007.

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

c) Autre est la question de savoir si les limitations décrites ci-dessus ont perduré au-delà de la phase de décompensation psychotique, laquelle a pris fin, selon les constatations rapportées par le docteur S._____ dans son rapport du mois de mars 2010, à la fin de l'année 2007.

aa) Dans les rapports qu'ils ont établis à l'attention des organes de l'assurance-invalidité, les médecins traitants du demandeur,

les docteurs S._____ (rapport de mars 2010) et A.A._____ (rapport du 28 avril 2011), ont souligné qu'un retour dans le monde du travail était envisageable, pour autant que celui-ci se fasse de manière progressive et avec un niveau de stress et d'exigence adapté. Tout en envisageant la possibilité que le demandeur exerce une activité à plein temps, moyennant une éventuelle diminution de rendement qui restait toutefois difficile à évaluer, ces médecins ont souligné l'importance d'évaluer la reprise étape par étape. D'une note téléphonique établie par l'office AI le 4 août 2011, il ressort que le docteur A.A._____ a dans un premier temps reconnu une capacité de travail de 50 %, tout en précisant qu'elle pourrait évoluer favorablement vers un 100 %, mais pas avant un délai de un à trois ans.

bb) Dans le cadre des démarches visant sa réintégration sur le marché du travail, le demandeur a fait l'objet d'une évaluation du 7 juin au 30 septembre 2010 au sein des Ateliers C._____ auprès de la Fondation K._____ à Q._____. Effectué à 50 %, le processus d'évaluation a mis en évidence que le demandeur avait un rendement situé entre 60 et 80 % dans les tâches qui lui avaient été confiées. Il a effectué ensuite du 1^{er} octobre au 31 décembre 2010 un stage au sein de l'entreprise L._____ SA à E._____ à raison de trois heures par jour, au cours duquel des tâches administratives simples (classement ; recherche des fournisseurs via le programme Profil ; scannage des bulletins de livraison ; organisation du stock matériel bureautique ; ouverture des classeurs pour l'année 2011) lui ont été confiées, tâches qui « ont été correctement exécuté[e]s avec l'encadrement du personnel en place ».

cc) Dans une appréciation datée du 25 août 2011, le docteur E.E._____, médecin-conseil auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, a estimé que le demandeur n'était pas en mesure de déployer une capacité de gain durable dans le monde de l'économie ; n'était en revanche pas contraindiquée une activité simple, subalterne, manuelle, répétitive en atelier ou dans le domaine agricole ou l'horticulture dans un milieu acceptant la différence.

dd) Afin de lever la contradiction entre l'avis des médecins traitants, apparemment conforté par les premiers stages que le demandeur avait effectués, et le point de vue de son médecin conseil, l'office AI a mis en œuvre un stage d'observation et d'évaluation qui s'est déroulé du 17 avril au 6 juillet 2012 auprès de l'ORIF à un taux de 50 %. A l'issue du stage, les responsables du centre ont mis en évidence que le demandeur n'était pas en mesure d'intégrer une entreprise de l'économie libre, en raison notamment d'un manque de flexibilité et une résistance au changement, ainsi que de difficultés de compréhension des consignes nécessitant un accompagnement.

ee) Estimant que le demandeur était tout au plus en mesure d'exercer une activité d'employé de bureau dans une structure protégée, l'office AI lui a alloué une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 84 %.

ff) Contrairement à ce qu'affirme la défenderesse, il n'y a pas lieu de retenir que les limitations à une reprise d'une activité professionnelle ne sont pas d'ordre médical ou liées à l'état de santé du demandeur, mais ont trait à des lacunes d'ordre professionnel, scolaire et comportemental. Dans son rapport de mars 2010, le docteur S._____ a souligné que la schizophrénie entraînait souvent des problèmes au travail et quelques difficultés de concentration et d'organisation, une fatigabilité importante ou encore une résistance faible au stress. Or, outre des problèmes liés à d'importantes lacunes scolaires et à un champ de compétences limité, les responsables de l'ORIF ont également mis en évidence plusieurs éléments qui se recoupent avec les difficultés mentionnées par le docteur S._____, tels que le manque de flexibilité ou la résistance au changement. Il convient d'admettre que ces limitations sont d'ordre médical, sinon quoi on peine à comprendre les raisons pour lesquelles les organes de l'assurance-invalidité auraient alloué une rente entière d'invalidité au demandeur.

d) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité est survenue pendant les

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

6. A titre subsidiaire, la défenderesse allègue que la capacité de travail à l'origine de l'invalidité serait survenue à une époque antérieure aux rapports de prévoyance, à savoir au moment de l'hospitalisation non volontaire survenue entre le 26 avril et le 4 juillet 2005. La période durant laquelle le demandeur avait travaillé pour le compte de la Banque V._____ ne pouvait pas être considérée comme étant suffisamment longue pour admettre que sa capacité de travail s'était rétablie de façon suffisamment durable pour rompre le lien de connexité temporelle avec l'incapacité de travail survenue en 2005.

a) Au début du printemps 2005, le demandeur a fait l'objet d'une première décompensation psychotique qui a nécessité une hospitalisation non volontaire du 26 avril au 4 juillet 2005 à l'Hôpital psychiatrique H._____. A sa sortie, un suivi ambulatoire a été mis en place auprès du Centre T._____ à O._____, lequel s'est poursuivi jusqu'au mois de janvier 2006, période correspondant au départ de sa thérapeute. Le demandeur a ensuite poursuivi son traitement auprès du docteur N._____, traitement auquel il a mis un terme au mois de juillet 2006, faute de lui trouver une utilité. Entre-temps, il avait débuté une nouvelle activité professionnelle auprès de la Banque V._____.

b) L'allégation selon laquelle la reprise d'activité constituait tout au plus une tentative de réinsertion n'est étayée par aucune explication circonstanciée ; au contraire, celle-ci est contredite à la fois par la durée d'activité exercée sans interruption notable par le demandeur - un peu plus d'une année avec six jours d'absence - et par l'absence d'indices laissant apparaître que le demandeur aurait travaillé avec un rendement abaissé ou fait l'objet de remarques ou d'avertissements de la part de son employeur. D'après le certificat de travail établi le 7 novembre 2006 par la Banque V._____, les qualités du demandeur se révélaient

par l'engagement dont il faisait preuve dans l'accomplissement de ses tâches ainsi que par son respect des délais ; il s'acquittait par ailleurs avec précision des missions qui lui étaient confiées. De nature agréable, apprécié pour son esprit d'équipe, sa disponibilité et sa motivation, il entretenait de bonnes relations tant avec ses supérieurs hiérarchiques et ses collègues que ses différents interlocuteurs internes et externes.

c) Il est vrai que les particularités de l'affection dont il avait déjà souffert pouvaient laisser craindre à tout moment qu'il fasse une décompensation, ce d'autant qu'il avait apparemment mis un terme à tout traitement à compter du mois de juillet 2006. Un pronostic défavorable quant à l'évolution de la maladie ne saurait toutefois servir de critère pour examiner la question du rapport de connexité temporelle, sauf à poser la présomption qu'une interruption du rapport de connexité temporelle est exclue en présence de certaines maladies (TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 4.2). De même, les différents exemples jurisprudentiels évoqués par la défenderesse (TFA B 65/00 du 29 novembre 2001 et B 22/99 du 6 août 2001) ne sont d'aucune utilité pour examiner la cause, dès lors que seules les circonstances du cas particulier sont déterminantes pour juger de la situation concrète.

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

a) La réticence de l'assuré et ses conséquences s'apprécient selon les dispositions statutaires ou réglementaires de l'institution de prévoyance, les art. 4 ss LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) s'appliquant par analogie en l'absence de telles dispositions (cf. Hermann Walser, in Commentaire LPP et LFLP, 2010, n. 11 ad art. 14 LFLP).

b) En l'espèce, le règlement de prévoyance de la défenderesse prévoit à son art. 4 ce qui suit :

1. Sur la base de la déclaration de santé ou selon le résultat de l'examen médical, la Caisse peut imposer une ou plusieurs réserves pour l'assurance invalidité et/ou décès.
2. Les effets de ces réserves seront limités à la part des prestations dépassant celles des prestations minimales selon la LPP. La durée des réserves n'excédera pas 5 ans, le temps de réserve éventuellement déjà écoulé dans l'ancienne institution de prévoyance pour le(s) même(s) motif(s) inclus.
3. Lorsqu'une incapacité de travail ou un décès, dont la cause existait avant la couverture d'assurance et était connue de l'assuré, interviennent avant l'exécution de l'examen de santé, seules les prestations de risque minimales selon la LPP seront dues, même après les 5 ans suivant l'affiliation.
4. Si un décès ou une incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité interviennent pendant la durée des réserves, aucune prestation réglementaire ne sera versée, même après l'échéance des réserves. Seules les prestations minimales selon la LPP seront dues.
5. Si les causes d'une invalidité ou d'un décès sont autres que celles qui avaient motivé l'imposition de réserves, ces dernières sont sans effet.
6. Si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), il convient d'opérer la distinction suivante :
 - a. si le risque assuré n'est pas encore réalisé au moment de la découverte de la réticence par la Caisse, les réserves peuvent être faites ultérieurement avec effet rétroactif à l'admission, dans les 6 mois dès la découverte de la réticence.
 - b. si le risque assuré est déjà réalisé, la partie surobligatoire peut être exclue de la couverture de prévoyance dans les 4 semaines suivant la réception du dossier de l'assurance invalidité.

c) Le règlement de prévoyance de la défenderesse ne diffère pas des règles prévues par la LCA.

aa) Selon l'art. 4 al. 1 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque ; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3).

bb) Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.3). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles : il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (TF 4A_579/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.5).

cc) Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du

risque (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur à conclure le contrat ou à le conclure aux conditions convenues (art. 4 al 2 LCA). Pour faciliter la décision, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il fait l'objet d'une question écrite de l'assureur. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b).

dd) S'agissant des réticences survenues postérieurement au 1^{er} janvier 2006, l'art. 6 LCA a été modifié et exige, pour que l'assureur puisse refuser sa prestation (ATF 138 III 416 consid. 6), que l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 al. 3 LCA). Pour les réticences qui ont eu lieu avant le 1^{er} janvier 2006, cette exigence n'existe pas et l'assureur peut refuser sa prestation même si le fait qui lui a été dissimulé n'a joué absolument aucun rôle dans la survenance du sinistre ou n'exerce aucune influence sur l'étendue de son obligation (cf. sur l'ensemble de la question : ATF 136 III 334 consid. 2.2).

ee) Les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit : l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA). Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou répéter ce qu'il a déjà payé pour un tel sinistre (art. 6 al. 3 LCA).

ff) L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance (TF 4A_54/2011 du 27 avril 2011 consid. 2.4). Le comportement de l'assureur peut cependant être

considéré comme abusif s'il a eu la possibilité de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence longtemps auparavant sur la base des renseignements en sa possession (TF 4A_177/2008 du 14 octobre 2008 consid. 6). Lorsque plusieurs réticences sont découvertes successivement, un délai autonome pour s'en prévaloir court à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de l'une d'elles, sans égard au fait qu'il n'aurait pas respecté le délai pour les autres (ATF 116 II 338 consid. 2a ; 109 II 159 consid. 2).

gg) La résiliation doit intervenir par écrit (art. 6 al. 1 LCA). Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2). Il convient de se montrer strict lorsqu'il y a lieu de procéder à l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation de contrat d'assurance, au vu des conséquences sévères qu'entraîne pour l'assuré la réticence. Si la loi impose au proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur, qui invoque la réticence de l'assuré, qu'il précise à quelle interrogation celui-ci n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (TF 4A_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2).

d)

aa) Sur le fond, force est de constater que le demandeur a commis une réticence en lien avec les troubles psychiques qu'il avait présentés en 2005 et qui avait notamment nécessité une hospitalisation du 26 avril au 4 juillet 2005, puis un suivi thérapeutique jusqu'au milieu de l'année 2006. Il a en effet répondu par la négative aux questions nos 2 (« Etes-vous actuellement en traitement médical ? ») et 3 (« Avez-vous eu des problèmes de santé durant les 5 dernières années qui ont conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à 3 semaines ? ») figurant sur la demande d'admission auprès de la défenderesse, questions qui pourtant étaient sans équivoque. La dissimulation des troubles

psychiques n'était au demeurant pas sans importance, car il ne fait guère de doute que la défenderesse n'aurait vraisemblablement pas conclu le contrat la liant au demandeur aux mêmes conditions si elle avait eu connaissance de la pathologie en cause.

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

8. a) Selon la jurisprudence, l'exécution d'une peine privative de liberté ou d'une mesure ne confère pas à l'assuré un statut juridique particulier justifiant le refus des prestations de la prévoyance professionnelle. Le droit à certaines de ces prestations - le versement des rentes en particulier - est néanmoins suspendu pendant l'exécution de la peine ou de la mesure; cette suspension est notamment justifiée par le souci d'éviter que le détenu, qui est entretenu par la collectivité publique, ne retire un avantage économique en raison de l'exécution de sa peine durant laquelle, qu'il soit ou non invalide, il perd, en règle générale, son salaire ou ses gains professionnels (TFA B 63/05 du 31 août 2006 consid. 1.5; voir aussi l'art. 21 al. 5 LPGA).

b) En l'occurrence, le demandeur a été placé en détention, respectivement a été soumis à une mesure thérapeutique institutionnelle du 5 février 2007 au 12 mai 2011, si bien qu'il ne saurait prétendre à des prestations au cours de cette période. Ce constat rend sans objet la question de la prescription des créances qui auraient été exigibles antérieurement au 23 décembre 2010.

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

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

b) Le demandeur, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés à 3'000 fr. et mis à la charge de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le demandeur dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Nicolas Mattenberger. Me Mattenberger a produit le 1^{er} février 2017 le relevé des opérations effectuées pour le compte du demandeur. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être

arrêtée à 28 heures et 6 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), soit une indemnité de 5'058 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 83 fr. 30 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'552 fr. 75 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par la défenderesse, de sorte que le solde à hauteur de 2'552 fr. 75 est provisoirement supporté par l'Etat. Le demandeur est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'552 fr. 75 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. La demande déposée le 25 mai 2016 par A._____ contre la Caisse de pensions de la Banque V._____ est admise.

- II.** La Caisse de pensions de la Banque V. _____ est condamnée à verser à A. _____ une pension d'invalidité complète réduite aux prestations minimales LPP dès le 12 mai 2011, avec intérêt moratoire de 5% l'an dès le 25 mai 2016.

- III.** La Caisse de pensions de la Banque V. _____ est invitée à fixer le montant des prestations à servir.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- V.** Une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à verser à A. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de la Caisse de pensions de la Banque V. _____.

- VI.** L'indemnité d'office de Me Nicolas Mattenberger, conseil du demandeur, est arrêtée à 5'552 fr. 75 (cinq mille cinq cent cinquante-deux francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VII.** Le montant de 2'552 fr. 75 (deux mille cinq cent cinquante-deux francs et septante-cinq centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- VIII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Nicolas Mattenberger, avocat (pour A. _____),
- Me Anne Troillet, avocate (pour la Caisse de pensions de la Banque V. _____),
- 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).

Le greffier :