

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 11 décembre 2020

---

Composition : M. PIGUET, président  
MM. Neu, juge et Berthoud, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.P.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, demandeur, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

**FONDS DE PRÉVOYANCE F.**\_\_\_\_\_, à V.\_\_\_\_\_, défendeur, représenté par Me Céline Moullet, avocate à Genève.

---

**Art. 4 et 6 LCA**

**E n f a i t :**

**A.** A.P.\_\_\_\_\_, né en 1960, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010 en qualité de comptable responsable administratif auprès de la société M.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était affilié pour la prévoyance professionnelle auprès du Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ et était assuré dans le plan de prévoyance « F.\_\_\_\_\_ - [...], variante 1 ».

Le 14 mai 2013, A.P.\_\_\_\_\_ a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) thalamique gauche avec hémisyndrome sensitif facio-brachio-crural droit d'origine lacunaire. Il a été hospitalisé du 14 au 18 mai 2013 au sein du service de neurologie de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, puis, après quinze jours d'incapacité de travail, a repris son activité professionnelle habituelle à temps complet. Il a toutefois gardé des séquelles de son AVC sous la forme d'importantes douleurs de l'hémicorps droit. Les traitements médicaux qu'il a entrepris par la suite auprès de divers médecins n'ont pas permis d'atténuer la symptomatologie douloureuse.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015, A.P.\_\_\_\_\_ a été assuré dans le plan de prévoyance amélioré « F.\_\_\_\_\_ - [...], variante 2 ». Dans le cadre de son passage dans ce nouveau plan de prévoyance, il a rempli et signé un questionnaire de santé en date du 23 mars 2015 dont la teneur est la suivante :

**DÉCLARATION DE SANTÉ**

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Jouissez-vous actuellement de votre pleine capacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une incapacité de travail, partielle ou totale, supérieure à trois semaines pour cause de maladie ou d'accident, au cours des douze derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous, à votre connaissance, bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, d'une infirmité, d'une maladie ou des suites d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous droit actuellement à une rente d'invalidité de l'AI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A.P.\_\_\_\_\_ s'est trouvé en incapacité totale de travailler à compter du 27 avril 2015.

Le 6 octobre 2015, A.P.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements médicaux auprès des docteurs T.\_\_\_\_\_, médecin traitant (rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015), et C.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant (rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015), et fait verser à la procédure le dossier de l'assurance perte de gain en cas de maladie de l'assuré, S.\_\_\_\_\_ SA.

Malgré la présence au dossier d'une expertise bidisciplinaire établie par la Clinique D.\_\_\_\_\_ (rapport du 29 avril 2016, complété les 25 juillet 2016 et 27 janvier 2017), l'office AI a, au vu des divergences avec les avis exprimés par les médecins traitants de l'assuré (rapports des docteurs C.\_\_\_\_\_ des 10 juin et 21 octobre 2016, W.\_\_\_\_\_ du 5 septembre 2016 et T.\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2016), confié la réalisation d'une nouvelle expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) au Centre d'Expertises B.\_\_\_\_\_ de G.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 9 mars 2017, les docteurs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble de l'humeur persistant, sans précision, et de somatisation, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de status après AVC lacunaire thalamique gauche le 14 mai 2013, de discret syndrome thalamique persistant (hypodysesthésie hémicorporelle droite modérée), d'hypertension artérielle et d'hyperlipidémie. Leurs conclusions avaient la teneur suivante :

#### Situation actuelle et conclusions

Sur le plan neurologique, actuellement, Monsieur A.P.\_\_\_\_\_ se plaint de la persistance de douleurs permanentes au niveau de l'hémicorps droit, exacerbées par le mouvement et le contact du

tissu et même la parole. Les douleurs sont situées à 8-9/10 au repos montant jusqu'à 10/10 en bougeant. Les douleurs sont décrites comme des phénomènes de brûlures et de chocs électriques. Le patient pense qu'il ne peut pas travailler en raison de l'importance des douleurs induisant notamment des troubles de la concentration incompatibles avec son activité de comptable.

En résumé, chez un patient apparemment collaborant et non-démonstratif, l'examen neurologique ne révèle qu'une discrète hypoesthésie brachio-tronco-crutale droite avec possiblement une discrète dysesthésie au niveau du membre supérieur droit mais sans réelle intolérance au toucher-contact et sans altération majeure de la sensibilité thermique. Pour le reste, les quelques troubles moteurs observés lors de l'hospitalisation de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_ ont totalement régressé, il n'y a pas non plus d'atteinte de la coordination.

Nous avons revu les documents radiologiques à disposition. Ces derniers ne laissent aucun doute quant à l'existence d'un AVC ischémique thalamique gauche survenu à la mi-2013 avec encore actuellement une petite lacune thalamique gauche séquellaire, sans autre élément pathologique significatif.

*En conclusion*, il n'y a pas de doute que Monsieur A.P.\_\_\_\_\_ a présenté à mi-mai 2013 un AVC ischémique thalamique gauche à caractère lacunaire (occlusion d'un petit vaisseau liée à l'hypertension artérielle, à l'hyperlipidémie et au tabagisme) à l'origine d'un discret hémisyndrome sensitivo-moteur droit d'évolution initialement objectivement tout à fait favorable avec persistance uniquement de quelques paresthésies. Néanmoins, comme cela peut classiquement être le cas, dans un deuxième temps, cette atteinte s'est exprimée par des phénomènes algiques-dysesthésiques hémicorporels droits évoquant un syndrome thalamique.

Si la nature somatique/l'épine organique des troubles paraît indubitable, on est en revanche étonné par l'importance subjective de la symptomatologie et sa répercussion sur l'activité personnelle et professionnelle de Monsieur A.P.\_\_\_\_\_ par rapport aux constatations cliniques objectivement modestes avec notamment une hypoesthésie actuellement très discrète, l'absence de franche altération de la sensibilité thermique et algique et l'absence d'intolérance significative à l'attouchement de la zone spontanément douloureuse contrairement à ce que l'on observe habituellement lors de syndromes thalamiques importants. Du point de vue strictement neurologique, il existe donc une épine organique mais une dissociation apparente entre l'importance des troubles et leur répercussion sur la vie personnelle et professionnelle de Monsieur A.P.\_\_\_\_\_ d'une part et la discrétion des éléments objectifs d'autre part, ce qui ne permet pas d'écarter des facteurs de majoration des symptômes en relation avec la situation professionnelle et psychologique actuelle du sujet.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuel selon les directives du Dr W.\_\_\_\_\_. Il est néanmoins à craindre, au vu du résultat médiocre des différentes tentatives de traitement effectuées jusqu'ici, que la poursuite des traitements et

d'autres tentatives thérapeutiques connaîtront peu de succès. Dans le cas présent, une stimulation cérébrale antalgique n'entre pas en ligne de compte au vu de la discrétion objective de l'atteinte et du contexte global.

Sur le plan de la capacité de travail, même s'il existe encore actuellement une épine organique à l'origine des troubles, on ne peut admettre une incapacité de travail significative persistante en relation avec la composante somatique de ce syndrome thalamique, raison pour laquelle, je ne retiendrai pas également, du point de vue strictement neurologique, une incapacité de travail dans l'activité de comptable de même que dans toute autre activité potentielle.

Si Monsieur A.P. \_\_\_\_\_ devait à nouveau déclarer que l'importance de ces douleurs l'empêche de se concentrer et de travailler comme comptable, on pourrait se tourner vers une activité plus simple, ne nécessitant pas une concentration/une activité intellectuelle aussi importante.

Sur le plan psychique, la présente évaluation a mis en évidence un tableau complexe mêlant une atteinte thymique, anxieuse et un trouble psychosomatique. D'une manière générale il a été difficile de préciser l'intensité des troubles en lien avec la présentation particulière de l'expertisé.

Tout d'abord en ce qui concerne l'humeur, si l'on se réfère à ce qui est observé, on relève une thymie triste stablement installée, avec une apparence très dépressive de sa posture/mimique, une grande fatigue, un désintérêt avec perte de motivation marquée, une perte de plaisir totale dans l'existence et des troubles cognitifs, mais il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, ni vraiment de culpabilité ou de vision négative de lui-même, ou encore d'idéation suicidaire.

Au premier abord apparaissent donc des éléments subjectifs de gravité, surtout au vu de l'importance et de l'intensité de ses plaintes, avec une apparence lors de l'examen d'une personne plutôt atteinte de dépression sévère, mais d'autre part nombre d'éléments constatés lors de l'évaluation posent aussi question, ou en tout cas sont atypiques, faisant fortement suspecter une forme d'amplification symptomatique, comme le fait que sur le plan cognitif il ne se rappelle pas des dates de décès de ses parents, la présence d'une alternance entre hypersomnie (le plus souvent) et insomnie, un plaisir à manger préservé (mais avec des comportements boulimiques), l'ampleur et la rapidité d'installation des conduites régressives où il ne fait plus rien au domicile, etc.

Cette présentation clinique doublée d'une évolution qui reste entièrement négative, que ce soit sur le plan somatique, comme psychique, peut être comprise comme étant liée au choc quasi traumatique du vécu d'un AVC, avec le développement secondaire de tendances hypochondriaques, dans lesquelles Monsieur A.P. \_\_\_\_\_ scrute son corps et amplifie ses perceptions qui signent et lui confirment la gravité de son atteinte initiale. L'amplification est en fait un processus d'invalidation avec au premier plan un comportement démonstratif, d'allégation des symptômes induisant un contrôle du sujet sur lui-même et les autres, y inclus les

soignants, qui dans ce cas sont « contrecarrés » dans leurs multiples tentatives de soin.

Dans le cas de Monsieur A.P. \_\_\_\_\_ il est important de préciser que ce processus est inconscient (donc pas délibéré) et largement renforcé par le comportement de son entourage.

De plus durant l'entretien, il exprime très clairement la croyance que l'atteinte liée à l'AVC est grave, qu'elle échappe à toute maîtrise et il a ainsi adopté un comportement de résignation/régression majeure.

Enfin sur le plan de l'anxiété, il cite la présence de tensions, de ruminations interrogatives et inquiètes qui seraient envahissantes mais pas de crises anxieuses.

Cette anxiété est aussi à inclure dans le cadre de préoccupations hypochondriaques concernant sa santé précitées.

Tenant compte du précité, le soussigné a retenu comme diagnostics :

- Un trouble de l'humeur persistant, sans précision (F 34.9) car la dysphorie est présente de manière continue depuis le printemps 2015 et sans aucune modification malgré les traitements prodigués, la quantification de son intensité reste comme précité très aléatoire. Alors que son psychiatre que ce soit dans son rapport médical de décembre 2015 ou celui d'octobre 2016, soit à une année de distance évoque toujours un état dépressif d'intensité sévère, lors de l'expertise à la Clinique D. \_\_\_\_\_ en avril 2016 il avait été retenu un *épisode dépressif moyen (F32.1) étant actuellement en status post* sans limitations psychiques en lien avec ce diagnostic, que ce soit sur le plan des capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation, que sur le plan du rythme du travail. Le sous signé estimant tenant compte des conduites régressives et d'une composante de majoration que l'intensité de la dysphorie est au maximum légère.
- D'après l'expert neurologue, s'il existe bel et bien des séquelles d'un AVC thalamique, ces dernières ne permettent pas de rendre compte ni de la nature et encore moins de la gravité des symptômes présentés par Monsieur A.P. \_\_\_\_\_. Dans ce sens il existe donc un trouble somatoforme, avec non seulement une conviction chez l'expertisé d'être atteint d'un trouble grave et évolutif caractéristiques qui se retrouvent en général dans un trouble hypochondriaque, mais aussi une composante algique majeure. Il faut préciser que dans un premier temps suite à son AVC l'expertisé avait repris son travail et que c'est après avoir subi une forme de mobbing (ce qui correspond à un contexte de difficultés psychosociales et de conflit émotionnel) que l'expertisé s'est à nouveau retrouvé en incapacité de travail qui a mené à son licenciement. Dans ce sens on peut donc aussi parler d'un syndrome douloureux somatoforme persistant présent depuis 2013.
- Si lors de l'expertise à la Clinique D. \_\_\_\_\_ il avait été retenu un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, le sous signé a constaté une forme mixte, soit un mélange de trouble

hypochondriaque (avec la préoccupation persistante vis-à-vis de l'AVC qui traduit un trouble grave et évolutif) et de douleur somatoforme. Dans ce sens avec une présence de plaintes somatiques touchant différents systèmes avec des perturbations comportementales il s'agirait de parler de somatisation (F 45.0). A relever que selon la CIM-10 ce trouble s'accompagne habituellement de symptômes dépressifs et anxieux, qu'il n'est pas nécessaire de spécifier ce type de symptômes sauf s'ils sont suffisamment sévères ou persistants (ils sont chroniques dans le cas présent).

#### Appréciation de la capacité de travail

Comme déjà précité la pathologie présentée par Monsieur A.P. \_\_\_\_\_ est avant tout un processus d'invalidation, de pronostic négatif et peu accessible au traitement, même s'il se montre parfaitement compliant à ce dernier.

En lien avec la jurisprudence, nous avons été attentifs à évaluer les différents points mentionnés dans l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 concernant les affections psychosomatiques.

L'expertisé dit n'être plus capable de fonctionner au quotidien, il est devenu largement dépendant des membres de sa famille en particulier de son épouse. Il n'aurait plus aucun plaisir dans l'existence et est devenu très largement inactif. Dans son fonctionnement social on note un repli sur soi, il ne conserve que des relations avec les membres de sa famille directe (alors qu'il n'y a pas de perturbation claire à interagir avec autrui) qui reste sa seule ressource disponible sur le plan social. Il est chroniquement fatigué, démotivé, régressé et il existe un mécanisme de déshabitude dans tous les domaines.

Son fonctionnement cognitif comme sa thymie, sont difficilement évaluables, en lien avec des discordances entre subjectif-objectif.

On ne note pas de trouble de la personnalité préexistant, Monsieur A.P. \_\_\_\_\_ a eu les ressources nécessaires durant des années, pour fonctionner correctement sur le plan professionnel, élever ses enfants et avoir une vie affective stable. Il n'y a pas de co-morbidité grave accompagnant le syndrome somatoforme.

En ce qui concerne le traitement, celui-ci s'est avéré peu efficace malgré la prescription de Duloxétine et des séances de psychothérapies, le tableau clinique ne s'est pas modifié sur ces trois dernières années.

Compte tenu de ce tableau complexe, parfois contradictoire, dans lequel il existe donc quelques incohérences, auxquelles participe l'enjeu de l'évaluation, avec un facteur financier, il est difficile de statuer sur la capacité de travail réelle de Monsieur A.P. \_\_\_\_\_, de ce fait le soussigné propose qu'on admette une incapacité de travail transitoire en attendant que des mesures socio-professionnelles soient mises en place, de type entraînement progressif et à l'endurance par l'Assurance Invalidité pour clarifier cet aspect, cela le plus rapidement possible avant que le processus ne soit par trop avancé.

Par projet de décision du 13 juillet 2017, l'office AI a informé A.P.\_\_\_\_\_ qu'il entendait lui allouer, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 %, une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2016.

Par courrier du 15 août 2017, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ a sollicité auprès de l'office AI une copie du dossier de l'assuré afin de pouvoir se déterminer sur le droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle.

Le dossier sous format de CD-ROM a été transmis par courrier du 18 août 2017. Quant au mot de passe permettant d'accéder aux données figurant sur le CD-ROM, il a été transmis le 21 août 2017.

Par décision du 16 novembre 2017, l'office AI a alloué à A.P.\_\_\_\_\_ une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2016.

**B.** Par courrier du 18 mai 2018, A.P.\_\_\_\_\_ s'est adressé au Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ afin de réclamer le versement d'une rente d'invalidité en sa faveur. Il s'étonnait en particulier qu'aucune suite n'ait été donnée à son dossier, alors même que le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ avait demandé à l'office AI une copie de son dossier au mois d'août 2017 et que ledit office lui avait notifié sa décision du 16 novembre 2017.

Par courrier du 7 juin 2018, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ a sollicité une nouvelle fois auprès de l'office AI une copie du dossier de l'assuré. Le dossier sous format de CD-ROM ainsi que le mot de passe lui ont été transmis par courrier du 12 juin 2018.

Par courrier du 13 juin 2018, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ a informé l'assuré que le dossier qu'il avait réclamé auprès de l'office AI au mois d'août 2017 ne lui était jamais parvenu et qu'il avait demandé à ce qu'un nouvel exemplaire lui soit transmis.

Le 24 juillet 2018, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ a pris position sur la demande de prestations de l'assuré de la manière suivante :

Après examen de votre dossier, nous devons constater que, sur la déclaration de santé que vous avez signée en date du 23 mars 2015 lors du changement de plan de prévoyance de F.\_\_\_\_\_ - [...], variante 1, à F.\_\_\_\_\_ - [...], variante 2, par votre ancien employeur M.\_\_\_\_\_ SA, vous avez affirmé que bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, vous ne souffriez, à votre connaissance, ni d'une infirmité, ni d'une maladie, ni des suites d'un accident.

Or, il ressort du dossier AI que votre incapacité de travail résulte des conséquences de l'AVC dont vous avez été victime en 2013.

Dans ces conditions, vous ne pouviez, de bonne foi, répondre par la négative à la question précitée. Le renseignement que vous nous avez donné était donc inexact. Vous avez ainsi commis une réticence au sens de l'art. 6, al. 5 du règlement dont la teneur est la suivante :

*« Si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), la partie subrogatoire peut être exclue du contrat de prévoyance, dans les trois mois dès la découverte de la réticence. »*

Etant donné que vous avez été assuré dans le fonds au plan F.\_\_\_\_\_ - [...], variante 1 jusqu'au 31 décembre 2014, nous vous verserons les prestations d'invalidité sur la base des prestations réglementaires inhérentes au plan précité.

Par courriers des 14 et 27 septembre 2018, A.P.\_\_\_\_\_ a contesté avoir commis une réticence, respectivement relevé que celle-ci avait été invoquée tardivement.

Il s'en est suivi un intense échange de courriers entre A.P.\_\_\_\_\_ et le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_, au terme duquel les positions respectives n'ont pas évolué.

**C. a)** Par demande du 16 avril 2019, A.P.\_\_\_\_\_ a, par l'intermédiaire de son représentant, Me Gilles-Antoine Hofstetter, ouvert action contre le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ et pris, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

I. La demande est admise.

- II. Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ doit verser à A.P.\_\_\_\_\_ une rente annuelle [recte : mensuelle] d'invalidité de CHF 4'464.- dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, avec intérêts à 5 % l'an courant sur les arriérés dès ce jour, les indexations légales et conventionnelles étant dues en sus.
- III. Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ doit verser à A.P.\_\_\_\_\_ une rente d'enfant(s) d'invalidité de CHF 1'116.- par mois dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, avec intérêts à 5 % l'an courant sur les arriérés dès ce jour, les indexations légales et conventionnelles étant dues en sus, ce jusqu'au 26 mars 2021, date correspondant à la majorité de B.P.\_\_\_\_\_, alternativement, en cas de formation, jusqu'au 26 mars 2028 (25 ans).
- IV. Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ doit verser à A.P.\_\_\_\_\_ une rente d'enfant(s) d'invalidité de CHF 1'116.- par mois sur la période écoulée du mois d'avril 2017 au mois d'octobre 2018, soit CHF 21'204.-.
- V. Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ est débiteur de A.P.\_\_\_\_\_ et doit lui verser la somme de CHF 26'781.-, avec intérêts de 5 % l'an courant dès le 1<sup>er</sup> avril 2018, les indexations légales et conventionnelles étant dues en sus.
- VI. Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ est débiteur de A.P.\_\_\_\_\_ et doit lui verser la somme de CHF 1'116.-, avec intérêts de 5 % l'an courant dès le 1<sup>er</sup> avril 2019.

A son avis, il ne souffrait, en date du 23 mars 2015, jour où il a rempli le questionnaire de santé, ni d'une infirmité ni d'une maladie ni d'un trouble d'origine accidentel ; il ne s'était retrouvé en incapacité de travail qu'à compter du 27 avril 2015. Certes avait-il été victime d'un AVC en 2013. Ce trouble avait toutefois connu une évolution favorable, puisqu'il avait pu reprendre une activité professionnelle à plein temps quinze jours après la survenance de l'AVC. Il pouvait également de bonne foi considérer qu'il n'avait pas à signaler l'AVC, dès lors qu'aucune question en lien avec un trouble antérieur ne lui avait été posée. Par ailleurs, il n'était nullement établi que l'incapacité de travail résultait des conséquences de l'AVC ; au contraire, il apparaissait que l'incapacité de travail résultait quasi exclusivement de troubles d'ordre psychique/psychologique, troubles dont il ne souffrait pas au jour où il avait complété le questionnaire de santé.

En outre, il convenait de retenir que c'était tardivement que le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ avait invoqué la réticence. C'est à

compter du mois de juillet 2017 que celui-ci aurait dû investiguer l'origine de l'incapacité de travail qui lui avait été signalée par l'office AI. Il l'a d'ailleurs fait, puisqu'il a sollicité la production du dossier de l'assurance-invalidité, dossier qui lui a été envoyé le 21 août 2017. C'est ainsi au plus tard au mois d'août/septembre 2017 que le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ avait pris connaissance - ou aurait dû prendre connaissance - du dossier de l'assurance-invalidité. Contrairement à ce que soutenait le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_, aucun élément du dossier n'attestait que cet envoi n'était pas parvenu à destination. Celui-ci a d'ailleurs admis qu'il avait reçu le mot de passe transmis par l'office AI. Or, s'il n'avait pas reçu le dossier, il aurait dû le signaler à l'office AI, ce qu'il s'est abstenu de faire. En tout état de cause, il aurait dû réagir à réception de la décision de l'office AI du 16 novembre 2017.

**b)** Dans sa réponse du 20 août 2019, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_, représenté par Me Céline Moullet, a conclu au rejet de la demande.

En substance, il ressortait des pièces médicales versées au dossier qu'A.P.\_\_\_\_\_ souffrait d'un syndrome douloureux hémicorporel droit à la suite de l'AVC survenu au mois de mai 2013. En raison de cette symptomatologie douloureuse persistante, il avait fait l'objet d'un suivi médical auprès de plusieurs spécialistes. Par conséquent, ce syndrome avait manifestement valeur de maladie au vu des traitements mis en place pour soigner les douleurs. Aussi aurait-il dû répondre par l'affirmative à la question de savoir s'il souffrait, à sa connaissance, d'une maladie. En ne le faisant pas, il avait commis une réticence.

S'agissant de la question du délai pour invoquer la réticence, il ressortait clairement des pièces de son dossier qu'il avait uniquement reçu le mot de passe d'accès au CD-ROM de l'office AI. Il avait pour pratique de scanner et d'enregistrer dans son système de gestion électronique des dossiers tous les courriers reçus et envoyés. Dès lors, s'il avait reçu le courrier de l'office AI du 18 août 2017 lui transmettant le dossier sous forme de CD-ROM, celui-ci aurait été scanné et enregistré dans son

système informatique. Certes, il n'avait pas réagi au moment de la réception du mot de passe du CD-ROM. On ne pouvait toutefois lui reprocher une quelconque violation de son devoir de diligence. En effet, dans la mesure où il assurait plus de 30'000 personnes et pratiquait l'administration de masse, il ne disposait pas des ressources pour opérer un suivi continu de chaque assuré. Pour cette raison, les délais de traitement des demandes de rente étaient en son sein généralement de trois à six mois. En l'occurrence, il avait découvert la réticence au plus tôt au moment de la réception du dossier de l'assurance-invalidité, soit le 13 juin 2018, si bien que la déclaration de réticence du 24 juillet 2018 était intervenue dans le délai règlementaire de trois mois.

**c)** Dans sa réplique du 18 septembre 2019, A.P.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de demande du 16 avril 2019. De son point de vue, il n'était pas possible de considérer qu'il souffrait au mois de mars 2015 d'une maladie ; tout au plus pouvait-on admettre qu'il présentait des séquelles résiduelles de son AVC, soit des suites d'une maladie. Or le questionnaire de santé ne contenait aucune interpellation à ce propos. S'agissant de la question du délai pour invoquer la réticence, il constatait en substance que le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ s'était abstenu de procéder dans un délai raisonnable aux vérifications qui s'imposaient, de sorte que le droit d'invoquer la réticence s'était périmé. Au surplus, il relevait que le questionnaire de santé était antérieur à la survenance des troubles psychologiques/psychiques à l'origine de son incapacité de travail totale. Aussi fallait-il considérer que le risque à assurer ne s'était pas encore réalisé au moment de la commission - prétendue - de la réticence.

**d)** Par courrier du 20 septembre 2019, le juge instructeur a informé les parties que le dossier de l'assurance-invalidité avait été versé à la procédure et leur a imparti un délai pour venir consulter le dossier et transmettre leurs éventuelles déterminations.

**e)** Dans sa duplique du 6 novembre 2019, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ a maintenu ses conclusions et sa motivation. En

particulier, il estimait, au vu de la documentation médicale, qu'A.P.\_\_\_\_\_ ne pouvait être que pleinement conscient de l'existence et de l'intensité de son atteinte à la santé lorsqu'il avait rempli le questionnaire de santé le 25 mars 2015. Le syndrome dont souffrait A.P.\_\_\_\_\_ ne constituait par ailleurs pas un cas bagatelle qu'il aurait été en droit d'omettre, puisque plusieurs formes de traitement avaient été mises en place afin de combattre la symptomatologie douloureuse. Au surplus, il y avait lieu de retenir que tous les médecins psychiatres qui avaient examiné A.P.\_\_\_\_\_ avaient confirmé le lien de causalité entre le syndrome douloureux hémicorporel droit dont il souffrait depuis 2013 et les troubles psychiques à l'origine de l'incapacité de travail déterminante.

**f)** A.P.\_\_\_\_\_ a déposé des déterminations complémentaires le 21 novembre 2019.

**g)** Par courrier du 26 mai 2020, le juge instructeur a requis du Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_, après avoir constaté que le bordereau remis à l'appui de sa réponse constituait une sélection choisie de pièces de son dossier, la production du dossier complet d'A.P.\_\_\_\_\_.

**h)** Par courrier du 2 juillet 2020, le juge instructeur a informé A.P.\_\_\_\_\_ que le dossier complet du Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ avait été produit et lui a imparti un délai pour venir consulter le dossier et transmettre ses éventuelles déterminations.

**i)** Dans ses déterminations du 15 juillet 2020, A.P.\_\_\_\_\_ s'est plaint de la manière dont le dossier du Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ était organisé et émis des doutes quant la crédibilité et à la fiabilité de son système d'archivage.

**j)** Dans ses observations du 21 août 2020, le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ a pris position sur les remarques précédemment formulées par A.P.\_\_\_\_\_ concernant son dossier et son système d'archivage.

**k)** A.P. \_\_\_\_\_ a déposé d'ultimes déterminations le 6 octobre 2020 auxquelles le Fonds de prévoyance F. \_\_\_\_\_ a répondu le 26 octobre 2020.

### **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 ; BLV 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 de l'exploitation dans laquelle celui-ci a été engagé, est recevable à la forme. Il y a lieu d'entrer en matière.

**2.**           Le litige a pour objet le droit du demandeur à des prestations d'invalidité relevant de la prévoyance professionnelle, singulièrement la question de savoir si le défendeur a refusé à bon droit d'allouer des

prestations supérieures à celle découlant du régime réglementaire découlant du plan « F. \_\_\_\_\_ - [...], variante 1 », au motif que le demandeur avait commis une réticence en ne répondant pas de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (déclaration de santé) au moment de son affiliation au plan « F. \_\_\_\_\_ - [...], variante 2 ».

**3.** L'art. 6 du règlement de prévoyance du défendeur (dans sa teneur en vigueur au moment de l'affiliation du demandeur au plan de prévoyance « F. \_\_\_\_\_ - [...], variante 2 ») prévoyait ce qui suit :

1. L'admission d'une personne à assurer a lieu sur la base d'une demande d'affiliation comportant une déclaration sur son état de santé. Le cas échéant, elle doit remplir un questionnaire de santé. Il en est de même pour la personne qui ayant maintenu son compte individuel sans couverture des risques de décès et d'invalidité (article 9, alinéa 1) est de nouveau assurée pour ces risques.

2. Lorsque l'état de santé n'est pas satisfaisant, le fonds demande un examen médical à ses frais. Des réserves peuvent être faites pour la part des prestations de risque excédant celles rachetées par la prestation de libre passage apportée lors de l'entrée. Les prestations minimales selon la LPP restent garanties dans tous les cas. L'article 45 LPP est réservé.

La durée des réserves n'excédera pas cinq ans, y compris le temps de réserve éventuellement déjà écoulé dans l'institution de prévoyance précédente.

3. Après examen de la demande d'affiliation ou des conclusions de l'examen médical qu'il a exigé, le fonds notifie à l'assuré :

- a) si son état de santé n'est pas satisfaisant, l'admission avec réserve pour la couverture des risques de décès ou d'invalidité ;
- b) si son état de santé est satisfaisant, l'admission sans réserve.

Si le risque attaché à la réserve se produit pendant la durée de celle-ci, l'assuré n'a droit qu'aux prestations de l'assurance obligatoire selon la LPP. Dans ce cas, le droit aux prestations réglementaires ne renaît pas après l'échéance de la durée de la réserve.

4. L'aggravation de l'invalidité ou le décès d'un assuré au bénéfice de prestations d'invalidité de l'AI lors de son affiliation au fonds n'est pas couvert si la cause est la même que celle qui a conduit à l'invalidité.

5. 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 ne s'est pas encore réalisé au moment de la découverte de la réticence par le fonds, les réserves peuvent

- être faites ultérieurement avec effet rétroactif à l'admission, dans les trois mois dès la découverte de la réticence ;
- b) si le risque assuré s'est déjà réalisé, la partie subrogatoire peut être exclue du contrat de prévoyance, dans les trois mois dès la découverte de la réticence.

**4. a)** Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 in fine), sous réserve du cas particulier dans lequel le règlement ou les statuts en vigueur au moment de la déclaration de résiliation interdisent une telle résiliation (TF 9C\_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 et TFA B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2001 consid. 3c). Selon la jurisprudence (ATF 130 V 9), en l'absence de telles dispositions, les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence, par application analogique des art. 4 ss LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1).

**b)** 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).

**c)** 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 (cf. 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 (cf. 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<sup>er</sup> février 2010 consid. 2.5).

**d)** 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).

**e)** Pour les réticences survenues postérieurement au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 (sur l'ensemble de la question : ATF 136 III 334 consid. 2.2).

**f)** 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).

**g)** L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire selon les modalités prévues par le règlement de prévoyance (TFA B 106/05 du 7 décembre 2006 consid. 6.1) ou - en l'absence de disposition en la matière - dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA, applicable par analogie). 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).

**h)** 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 inexactly 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).

**5. a)** En l'occurrence, les organes de l'assurance-invalidité ont, sur la base des conclusions du rapport d'expertise établi le 9 mars 2017 par le Centre d'Expertises B.\_\_\_\_\_, retenu l'existence d'une incapacité totale de travailler pour des motifs psychiatriques, soit principalement un trouble de l'humeur sans précision (voir également l'avis médical du SMR du 5 juillet 2017).

**b)** Il n'est pas contesté par les parties que l'invalidité du demandeur se trouve dans un rapport de connexité temporel et matériel avec l'incapacité de travail apparue pendant la période d'affiliation auprès de la défenderesse.

**6.** A la question de savoir si le demandeur a commis une réticence au moment de changer de plan de prévoyance, il y a lieu de constater ce qui suit :

**a)** D'un point de vue général, il convient de constater que le questionnaire adressé par le demandeur au preneur d'assurance est, au regard du nombre de questions posées, particulièrement succinct. S'agissant plus particulièrement de la question litigieuse (« *Souffrez-vous, à votre connaissance, bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, d'une infirmité, d'une maladie ou des suites d'un accident ?* »), se pose la question de savoir comment le demandeur pouvait et/ou devait comprendre le terme de maladie.

**aa)** Pour juger si le preneur d'assurance a rempli ou non ses obligations quant aux déclarations à faire, il convient de tenir compte des

circonstances du cas particulier, notamment des qualités (intelligence, formation, expérience) et de la situation du preneur d'assurance. Ce qui est décisif, c'est de juger si et dans quelle mesure le preneur d'assurance pouvait donner de bonne foi une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation et, le cas échéant, selon les renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées (TFA B 106/04 du 16 mai 2006 consid. 5.1). Autrement dit, le preneur d'assurance doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur ; il n'est en revanche pas tenu de recueillir des renseignements sur l'existence d'un pareil fait. Le preneur d'assurance remplit l'obligation qui lui est imposée s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions posées (ATF 118 II 333 consid. 2b ; 116 II 338 consid. 1c).

**bb)** S'agissant plus particulièrement de la notion de maladie, la jurisprudence a précisé qu'il n'était pas admissible de se référer aux notions médicale et/ou juridique de la maladie, respectivement de renvoyer à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou à l'art. 3 LPGA. Seule était décisive la manière dont le preneur d'assurance pouvait de bonne foi comprendre la question (TFA B 106/04 du 16 mai 2006 consid. 5.1).

**b)** Contrairement à ce que soutient la défenderesse, il convient d'admettre que la question litigieuse (« *Souffrez-vous, à votre connaissance, bien que jouissant de votre pleine capacité de travail, d'une infirmité, d'une maladie ou des suites d'un accident ?* ») est particulièrement floue et évasive, puisqu'elle ne précise pas ce qu'il faut entendre par le terme maladie. Elle ne dit pas si, par maladie, il faut comprendre uniquement les affections qui nécessitent un traitement médical sur le long court ou si ce terme inclut l'ensemble des altérations – passagère ou durables – de l'état de santé de quelque nature que ce soit (sur la problématique, voir TFA K 2/04 du 14 février 2005 consid. 4). Quoiqu'il en soit, le demandeur ne pouvait pas de bonne foi répondre « non » à la question posée. Au moment où il a signé la déclaration de santé, il était

traité pour une hypertension artérielle ainsi que pour une hypercholestérolémie, principaux facteurs de risque de maladies cérébrovasculaires. A cela s'ajoutait que le demandeur souffrait, dans les suites de son AVC, de douleurs persistantes de l'hémicorps droit qui l'avaient incité à consulter à de nombreuses reprises afin de trouver un traitement adéquat. Par le fait même que ces douleurs avaient déterminé le demandeur à consulter de multiples spécialistes, elles étaient indéniablement une altération de l'état de santé qui répondait à la notion de maladie, et le demandeur devait s'en rendre compte à l'instar de toute personne normalement capable de discernement. Il est à cet égard sans importance que les investigations mises en œuvre n'aient pas permis d'objectiver les causes des douleurs. Les informations cachées n'étaient pas sans importance, car il ne fait guère de doute que le défendeur n'aurait pas contracté de la même manière avec le demandeur s'il avait eu connaissance de ces diverses affections.

**c)** Aussi faut-il constater que le demandeur a, sur le principe, commis une réticence au sens de l'art. 6 al. 5 du règlement de prévoyance en répondant par la négative à la troisième question de la déclaration de santé qui lui avait été soumise.

**7.** La question se pose ensuite de savoir si les faits qui ont été l'objet de la réticence ont influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (cf. *supra* consid. 4e).

**a)** A titre liminaire, il convient de rappeler que ce sont exclusivement des troubles psychiques qui sont la cause de l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité (cf. *supra* consid. 5a).

**b)** Il ressort du dossier que le demandeur a été hospitalisé du 14 au 18 mai 2013 au sein du service de neurologie de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, puis, après quinze jours d'incapacité de travail, qu'il a repris son activité professionnelle habituelle à temps complet. Il a toutefois gardé des séquelles de son AVC sous la forme d'importantes douleurs de l'hémicorps droit. Dans un rapport du 25 juillet 2013, le docteur K.\_\_\_\_\_,

spécialiste en neurologie, a indiqué que le demandeur était gêné par des paresthésies à type de fourmillements intéressant l'ensemble du membre supérieur droit, le tronc à droite et, au membre inférieur, une petite zone en regard du genou ; la symptomatologie était relativement constante et était associée parfois à une composante douloureuse, décrit plutôt comme des brûlures. Le demandeur a consulté de nombreux médecins et a été mis au bénéfice de différents traitements médicamenteux, tels que le Lyrica, le No tril en (rapport du Service de neurologie de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2014), le Cymbalta (rapport du docteur W. \_\_\_\_\_ du 16 avril 2014) ou encore le Palexia (rapport du docteur K. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2014). L'ensemble des traitements entrepris n'ont pas permis d'atténuer la symptomatologie douloureuse.

**c)** Aucun des rapports établis antérieurement à la survenance de l'incapacité de travail n'évoque une problématique de nature spécifiquement psychiatrique. Les différents médecins consultés par le demandeur ne font d'ailleurs pas mention de l'existence d'une quelconque surcharge psychologique. S'il est vrai que celui-ci s'est vu prescrire des antidépresseurs, il y a lieu de préciser qu'ils avaient pour but de traiter la douleur chronique. De fait, ce n'est que postérieurement à la survenance de l'incapacité de travail qu'un diagnostic psychiatrique a été posé chez le demandeur.

**d)** Dans ces conditions, on ne saurait considérer que le demandeur a commis une réticence en lien avec la problématique psychique à l'origine de son invalidité, dès lors que l'on ne peut lui reprocher d'avoir tu un fait qu'il ne pouvait pas connaître au moment de la signature de la déclaration de santé. Certes, le défendeur relève que plusieurs médecins ont indiqué que la problématique psychique est en rapport de causalité avec les séquelles de l'AVC dont le demandeur a été la victime. Dans un rapport du 27 novembre 2018, le docteur Z. \_\_\_\_\_, médecin-conseil du défendeur, a d'ailleurs expliqué que la maladie psychique dont souffrait le demandeur était une conséquence directe de l'AVC survenu au mois de mai 2013. Toutefois, ce médecin a clairement précisé qu'il n'aurait pas émis de réserve de santé d'ordre psychique car,

au moment où le demandeur a signé la déclaration de santé, il n'avait pas encore consulté de psychiatre et il n'y avait pas au dossier d'éléments parlant pour l'existence d'une maladie psychique.

**e)** En conséquence, le demandeur a droit aux prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, conformément au régime réglementaire découlant du plan « F. \_\_\_\_\_ - [...], variante 2 ».

**f)** Au vu de ce qui précède, la question de savoir si le défendeur a tardé à faire valoir la réticence peut souffrir de demeurer indécise.

**8. a)** Sur le vu de ce qui précède, la demande formée le 16 avril 2019 par le demandeur à l'encontre du défendeur doit être admise. Le demandeur a droit, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 (art. 24 al. 3 du règlement de prévoyance) aux prestations d'invalidité (rente complète d'invalidité et rentes d'enfant d'invalidité) servies par le défendeur, calculées conformément au plan « F. \_\_\_\_\_ - [...], variante 2 ».

**b)** Cela étant constaté, il convient d'inviter le défendeur à fixer le montant des prestations dues au demandeur. Il lui appartiendra de tenir compte, dans le cadre de ses calculs des prestations qu'il a déjà versées conformément au plan « F. \_\_\_\_\_ - [...], variante 1 ».

**c)** Conformément à l'art. 39 du règlement de prévoyance, disposition qui renvoie aux art. 15 al. 2 LPP et 12 let. j OPP 2 (ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1), le défendeur versera un intérêt moratoire fixé à 1 % à partir du 16 avril 2019, date de la demande en justice, sur les prestations qui sont dues au demandeur (cf. ATF 119 V 131 consid. 4c).

**9. 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 du défendeur (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. La demande déposée le 16 avril 2019 par A.P.\_\_\_\_\_ est admise.
  
- II. Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ est condamné à verser à A.P.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> avril 2017 une rente complète d'invalidité ainsi que les rentes d'enfant d'invalidité qui lui sont associées, calculées conformément au plan « F.\_\_\_\_\_ - [...], variante 2 ».

**III.** Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ est invité à fixer le montant des prestations à servir, conformément aux considérants.

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

**V.** Le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_ versera à A.P.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour A.P.\_\_\_\_\_),
- Me Céline Moullet, avocate (pour le Fonds de prévoyance F.\_\_\_\_\_),
- 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 :