

# **GE\_GERICHTE ATAS/680/2014 vom 5. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_680\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_680_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/680/2014 du 5 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/680/2014 del 5 giugno 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. b de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives à la prévoyance professionnelle opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, y compris en cas de divorce, ainsi qu'aux prétentions en responsabilité (art. 331 à 331e du Code des obligations [CO ; RS 220]; art. 52, 56a, al. 1, et art. 73 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle, vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP ; RS 831.40]; art. 142 du Code civil [CC ; RS 210]). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La demande respecte la forme prescrite par la loi, de sorte qu'elle est recevable (art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RSG E

### **E. 5**

a. Concernant l'institution de prévoyance compétente pour octroyer les prestations, ont droit à des prestations d'invalidité les invalides qui étaient assurés lors de la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (art. 23 LPP). Selon la jurisprudence, 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 statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références, 118 V 45 consid. 5). Cette interprétation littérale est conforme au sens et au but de la disposition légale en cause, laquelle vise à faire bénéficier de l'assurance le salarié qui, après une maladie d'une certaine durée, devient invalide alors qu'il n'est plus partie à un contrat de travail. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de

A/1268/2013 - 14/29 - prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 123 V 262 consid. 1a, 118 V 35 consid. 5). L'art. 23 LPP a aussi pour but de délimiter les responsabilités entre institutions de prévoyance, lorsque le travailleur, déjà atteint dans sa santé dans une mesure propre à influencer sur sa capacité de travail, entre au service d'un

nouvel employeur (en changeant en même temps d'institution de prévoyance) et est mis au bénéficiaire, ultérieurement, d'une rente de l'assurance-invalidité : le droit aux prestations ne découle pas du nouveau rapport de prévoyance ; les prestations d'invalidité sont dues par l'ancienne institution, auprès de laquelle l'intéressé était assuré lorsqu'est survenue l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité, à condition qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité (ATF 130 V 270 consid. 4.1). b. Il n'est pas contesté par les parties que le demandeur était assuré jusqu'au 31 décembre 2010 auprès des fondations collectives de la Nationale Suisse Vie SA. Par la suite, la raison sociale de ces fondations a changé et celles-ci sont devenues la Fondation collective Swiss Life BASIS et la Fondation collective Swiss Life PLUS avec effet au 1er janvier 2011. L'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité étant survenue le 1er décembre 2010, comme cela est admis par les parties et l'assurance-invalidité, ce sont par conséquent ces dernières fondations qui sont en principe compétentes pour fournir les prestations, sous réserve du transfert des assurés à la Fondation collective LPP Swiss Life .

#### **E. 6**

a. Selon l'art. 53e al. 4 LPP, entré en vigueur le 1er avril 2004, si l'employeur résilie le contrat d'affiliation avec son institution de prévoyance, le maintien des rentiers dans l'actuelle institution de prévoyance ou leur transfert à la nouvelle institution est réglé par accord entre l'ancienne institution de prévoyance et la nouvelle, dans la mesure où ledit contrat d'adhésion ne prévoit pas de règle particulière pour ce cas. En l'absence de règle ou d'un accord, les rentiers restent affiliés à la première. L'alinéa 4bis de cette disposition prescrit que si le contrat d'affiliation prévoit que les rentiers quittent l'ancienne institution de prévoyance lors de la résiliation du contrat d'affiliation, l'employeur peut résilier ce contrat uniquement si une nouvelle institution de prévoyance a confirmé par écrit qu'elle prend en charge ces personnes aux mêmes conditions. L'alinéa 6 prescrit que si les rentiers restent affiliés à l'ancienne institution, le contrat d'affiliation concernant les rentiers est maintenu. Cette règle s'applique aussi aux cas d'invalidité déclarés après la résiliation du contrat d'affiliation lorsque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue avant la résiliation du contrat d'affiliation.

A/1268/2013 - 15/29 - Sont déterminants pour le sort réservé à l'effectif des bénéficiaires, en cas de résiliation du contrat d'affiliation, les dispositions du contrat d'adhésion et l'accord intervenu entre l'ancienne et la nouvelle institution de prévoyance quant au maintien ou au transfert des rentiers, selon l'art. 53e al. 4 LPP. Il ne s'agit pas de solutions alternatives.

Ainsi, les institutions de prévoyance ne peuvent pas, par un accord, s'écarter d'une réglementation contenue dans le contrat d'affiliation (SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER, Commentaire LPP et LFLP, art. 53e N° 18). b. L'art. 6.5 al. 2 du contrat d'affiliation entre la Nationale Suisse Fondation collective LPP et B\_\_\_\_\_, valable dès le 1er janvier 2007 et relatif au contrat 2\_\_\_\_\_, prévoit ce qui suit: "A compter de la date de la résiliation du contrat, les personnes bénéficiant d'une rente de la Fondation restent assurées auprès de celle-ci dans la mesure où aucune reprise n'a été convenue entre la Fondation et la nouvelle institution de prévoyance. Les personnes présentant une incapacité de gain partielle ne sont soumises à cette règle que pour la part de la prévoyance correspondant au degré de l'incapacité de gain." Telle est également la teneur de l'art. 8.1.1 let. c du règlement de la Nationale Suisse Fondation collective LPP, valable dès le 1er janvier 2010, selon lequel les rapports de prévoyance des bénéficiaires de rentes sont transférés à la nouvelle institution de prévoyance, si un accord a été négocié avec celle-ci. La Fondation collective LPP Swiss

Life allègue par ailleurs qu'un accord était intervenu entre les Fondations collectives Swiss Life BASIS et PLUS, selon lequel l'ensemble des personnes assurées, y compris les rentiers, lui a été transféré. A l'appui de ses dires, elle produit une convention dans ce sens établie manifestement pour les besoins de la procédure, dès lors que cette convention n'est datée que du 28 février 2014. c. Il résulte de ce qui précède que le contrat d'affiliation entre B\_\_\_\_\_ et Nationale Suisse Fondation collective LPP, ainsi que le règlement de cette dernière ont réservé la possibilité de transférer à la nouvelle institution de prévoyance également les bénéficiaires de rentes. Par ailleurs, dans les faits, un accord était intervenu entre les Fondations collectives Swiss Life BASIS et PLUS, d'une part, et la Fondation collective LPP Swiss Life, d'autre part, quant au transfert des bénéficiaires de rentes à cette dernière. Certes, cet accord n'a pas fait l'objet d'une convention écrite à l'époque du changement de l'affiliation. Il n'en demeure pas moins qu'il s'est concrétisé dans la pratique par le transfert de la réserve mathématique pour l'ensemble des assurés et il a été confirmé par la convention écrite signée postérieurement entre toutes les fondations concernées. Un accord sur le transfert de l'effectif des rentiers ne fait ainsi pas de doute. Par ailleurs, l'art. 53e al. 5 LPP n'exige pas la forme écrite pour un tel accord. A cela s'ajoute qu'aucun préjudice ne

A/1268/2013 - 16/29 - résulte de ce transfert pour le demandeur, dès lors que les prestations résultant des anciens plans de prévoyance sont maintenues. Ainsi, il convient de constater que les bénéficiaires de rentes ont été valablement transférés à la Fondation collective LPP Swiss Life avec effet au 1er janvier 2012. Cela vaut également pour les cas d'invalidité déclarés après la résiliation du contrat d'affiliation, lorsque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue avant la résiliation du contrat d'affiliation (art. 53 al. 6 2ème phrase à contrario). Par conséquent, il y a lieu de rectifier la qualité de la partie défenderesse dans le sens que les Fondations collectives Swiss Life BASIS et PLUS deviennent la Fondation collective LPP Swiss Life.

#### **E. 7**

S'agissant d'une contestation qui relève de la prévoyance professionnelle plus étendue et qui oppose un affilié à une institution de prévoyance de droit privé, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (sui generis) dit de prévoyance (ATF 131 V 27 consid. 2.1). En tant que tel, le contrat de prévoyance est soumis aux règles du droit des obligations. Le règlement de prévoyance est le contenu préformé de ce contrat, savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concludants (ATF 131 V 27 consid. 2.1, 122 V 142 consid. 4b et les références).

#### **E. 8**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 9**

Le demandeur soutient que le l'institution de prévoyance n'est pas en droit de se départir du contrat, du moins initial, dans la mesure où une réserve ne peut être formulée que pour au maximum cinq ans et que cette durée est largement écoulée depuis la conclusion du contrat au moment de la déclaration de résiliation. a. Selon la jurisprudence, dans le domaine de la prévoyance plus étendue, l'institution de prévoyance est fondée, en l'absence de dispositions statutaires et réglementaires idoines, de se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence de l'assuré par application analogique de l'art. 4 ss de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1; ATF 130 V 9 consid. 4 et 5 p. 13 ss). Est applicable le règlement qui était valable

A/1268/2013 - 17/29 - lors de la déclaration de résiliation (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 70/00 du 17 décembre 2001 consid. 3c). L'art. 331c CO, selon lequel les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès pour une durée maximale de la réserve est de cinq ans, ne s'applique qu'à des réserves émises formellement par les institutions de prévoyance lors de l'affiliation de l'assuré et ne permet pas des réserves rétroactives lors de la découverte de la violation de l'obligation de renseignement, tel que cela était prévu dans l'ancienne loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident (LAMA) en vigueur jusqu'à fin 1995 (ATF 130 V 9 consid. 4.3 et 4.4 p. 14 s). Une réserve rétroactive étant impossible, l'institution de prévoyance a uniquement la possibilité de se départir du contrat. Est cependant réservé le cas où les dispositions statutaires et réglementaires applicables de l'institution de prévoyance interdisent la résiliation. Tel a été admis par le Tribunal fédéral des assurances lorsque le règlement de prévoyance rend caduques toutes les restrictions de prestations pour des raisons de santé après l'écoulement d'une durée de cinq ans (arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 70/00 du 17 décembre 2001 consid. 3d). Dans son arrêt B 56/05 du 6 décembre 2006, notre Haute Cour a considéré que lorsque le règlement prévoyait la possibilité d'émettre une réserve médicale lors de l'entrée d'un nouvel assuré dans la prévoyance plus étendue, les art. 4 ss LCA étaient applicables par analogie, si le règlement ne contenait aucune disposition sur les conséquences d'une éventuelle réticence de l'assuré (consid. 2.1). b. Tant le règlement de la Coop Vie qui était valable à l'entrée du demandeur dans l'institution de prévoyance en date du 1er janvier 2001 que celui valable au moment de la résiliation du contrat en date du 7 avril 2011 prévoient qu'une réserve ne peut être formulée que pour une durée de cinq ans. Cela est stipulé à l'art. 2.1.3 du règlement de la Fondation collective LPP de Coop Vie relatif au contrat 2\_\_\_\_\_ et à l'art. 14 ch. 4 du règlement d'assurance pour la prévoyance en faveur du personnel de B\_\_\_\_\_ relatif au contrat 1\_\_\_\_\_. L'art. 14 ch. 4 du règlement d'assurance de la Nationale Suisse Fondation collective PLUS, valable dès le 1er janvier 2001, a un libellé identique à l'art. 14 ch. 4 du règlement de la Coop Vie précité. Le règlement de la Nationale Suisse Fondation collective LPP, partie 2: dispositions générales, valable dès le 1er janvier 2010 prévoit à l'art. 2.1.3 ce qui suit: "La Fondation est habilitée à faire procéder à un examen de santé pour la partie des prestations de risque en cas de décès et d'incapacité de gain excédant le minimum légal. Elle fixe les modalités de l'examen que subira la personne à assurer et se réserve le droit d'émettre une réserve médicale pour les prestations versées en cas d'invalidité, d'incapacité de gain ou de décès excédant le minimum légal, voire d'exclure ces dernières. Les prestations acquises avec une éventuelle prestation de sortie apportée ne peuvent pas faire l'objet d'une nouvelle réserve médicale. Une

A/1268/2013 - 18/29 - éventuelle réserve médicale émise par l'institution de prévoyance précédente est reprise. La durée maximale d'une réserve médicale est de 5 ans au total. Si un cas de prévoyance imputable à une cause contenue dans la réserve survient pendant la durée de celle-ci, les prestations sont réduites, au-delà de la durée maximale de la réserve de cinq ans, jusqu'au terme réglementaire de la prestation. (...) Cette disposition s'applique par analogie aux prestations supplémentaires à assurer en cas d'augmentation des prestations de prévoyance." Aucune disposition de ces règlements n'a expressément trait aux conséquences d'une réticence. c. Dès lors que ces règlements permettent en l'espèce de formuler une réserve pour une durée de cinq ans, on pourrait se demander s'ils interdisent une résiliation du contrat d'assurance en raison d'une réticence après l'écoulement de cette durée. En effet, cela revient à rendre caduques toutes les restrictions de prestations pour des raisons de santé après l'écoulement d'une durée de cinq ans, comme dans le cas jugé par le Tribunal fédéral des assurances en date du 17 décembre 2001. Cependant, cela n'est pas l'interprétation du Tribunal fédéral des assurances dans son arrêt du 6 décembre 2006. Il sied ainsi de constater que les règlements applicables ne contiennent pas de dispositions sur les conséquences d'une réticence, si bien que les art. 4 ss LCA sont applicables par analogie même au-delà de la durée maximale possible d'une réserve que l'assureur aurait pu formuler.

#### **E. 10**

Aux termes de l'art. 4 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 tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). L'art. 6 LCA dispose que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2).

#### **E. 11**

Le demandeur conteste la validité de la résiliation du contrat surobligatoire par la Nationale Suisse Vie SA au motif d'une réticence, en faisant valoir que cette assurance n'avait pas de pouvoir de représentation des fondations LPP collectives de son groupe.

A/1268/2013 - 19/29 - L'art. 2 al. 1 du règlement d'assurance concernant le contrat 1 \_\_\_\_\_ prévoit expressément que la Nationale Suisse Fondation collective PLUS a conclu un contrat d'assurance collective avec la Nationale Suisse en vue de remplir le but de la Fondation, tout en précisant que ce contrat n'entraîne ni droits ni obligations pour les assurés ou les ayants droit. Cela est également stipulé à l'art. 1.2.2 du règlement de la Nationale Suisse Fondation collective LPP, partie 2: dispositions générales, lequel règlemente pour toutes les œuvres de prévoyance les droits et obligations que les personnes appartenant au cercle des personnes assurées en vertu du plan de prévoyance et leurs ayants droit à l'égard de la Fondation (art. 1.1.1 al. 3 et 2.1.1 al. 1 du règlement). La teneur de l'art

1.2.2 est la suivante: "La Fondation a conclu avec la Nationale Suisse Vie SA (...) un contrat collectif d'assurance en vue de garantir la prévoyance professionnelle. Ce contrat n'entraîne ni droits ni obligations pour les personnes assurées ou les ayants droit." Sur la base de ce règlement, un plan de prévoyance, contrat 2\_\_\_\_\_, est entré en vigueur le 1er janvier 2010 pour le demandeur (pce 14 déf.). Le demandeur déduit de l'absence de droits et d'obligations des assurés et ayants droit résultant du contrat collectif qu'il ne s'agit pas d'un contrat de gestion. Cet argument n'est pas fondé, dans la mesure où un contrat de gestion n'entraîne pas non plus des droits et obligations pour les assurés. Il s'agit en effet d'un contrat donnant les pouvoirs à une autre entité de gérer la prévoyance professionnelle et les relations avec les assurés, ainsi de représenter la fondation. Or, les droits et obligations dérivant d'un contrat fait au nom d'une autre personne par un représentant autorisé ne passent jamais au représentant, mais au représenté (art. 32 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse - CO, Code des obligations ; RS 220), ce qui explique que la partie à un contrat avec le représenté ne peut faire valoir des droits et obligation qu'envers ce dernier, mais non pas le représentant. La conclusion d'un contrat d'assurance entre les différentes fondations LPP de la Nationale Suisse Vie SA et cette dernière ne peut par ailleurs être considérée comme une réassurance, un tel contrat n'assurant en principe que des sinistres dépassant la capacité financière d'une compagnie d'assurance pour faire face aux pics de sinistralité. En l'occurrence, seule la gestion de la prévoyance professionnelle a été transférée à la Nationale Suisse Vie SA. Dans le cadre de la gestion, toutes les données concernant les assurés devaient être connues par la Nationale Suisse, de sorte qu'il ne peut être considéré que la protection des données et le secret professionnel ont été violés, comme le demandeur le fait valoir.

A/1268/2013 - 20/29 - A cela s'ajoute que le demandeur a accepté le transfert de la gestion à la Nationale Suisse Vie SA. En effet, l'attestation de prévoyance pour 2011 produite par le demandeur comporte certes la mention "Nationale Suisse Fondation collective LPP", mais indique pour celle-ci les coordonnées du service clients Vie collective de la Nationale Suisse. Or, il n'est pas établi que le demandeur se soit opposé à ce que les relations des assurés avec leurs fondations de prévoyance soient réglées par l'intermédiaire de cette assurance vie. Il résulte de ce qui précède que la Nationale Suisse Vie SA était habilitée à représenter ses fondations LPP, de sorte que le refus des prestations surobligatoires pour réticence est formellement valable.

## **E. 12**

Le demandeur fait ensuite valoir avoir déjà été admis sans réserve dans l'institution de prévoyance de son employeur après avoir signé le questionnaire en date du 26 juin 2001, dans lequel il n'avait du reste pas commis de réticence. Partant, il ne pouvait plus commettre une réticence dans le cadre du contrat de prévoyance professionnelle plus étendue en signant à nouveau un questionnaire de santé en août 2001. Cela étant, cette institution n'aurait plus pu émettre une réserve sur la base de l'examen médical et du questionnaire rempli le 28 août 2001. Concernant ses déclarations figurant dans le "Rapport de l'examen médical" qu'il a signées le 21 avril 2007, elles concernaient un autre rapport d'assurance, à savoir l'assurance perte de gain en cas de maladie, et non pas le contrat de prévoyance, de sorte que ce document ne pouvait pas non plus fonder une réticence dans le cadre des contrats de prévoyance plus étendue. a. L'art. 2.1.3 du règlement de la Fondation collective LPP de Coop Vie relatif au contrat 2\_\_\_\_\_, applicable en 2001 lors de l'entrée du demandeur dans cette fondation, a la teneur suivante: "La Fondation est habilitée à procéder

à un examen de santé pour la personne à assurer. Dans la mesure où les prestations à assurer sont supérieures aux prestations légales, la Fondation peut, selon le résultat de l'examen de santé, prononcer une réserve médicale ou une exclusion. Les prestations acquises par le biais de la prestation de sortie apportée ne peuvent être frappées d'une nouvelle réserve médicale; si une réserve médicale devait exister auprès de l'ancienne institution de prévoyance, celle-ci serait reprise. Une réserve médicale resp. une exclusion ne peut durer au maximum que 5 ans. Les frais médicaux occasionnés par l'examen de santé sont pris en charge par Coop Vie. – Cette disposition s'applique par analogie pour les prestations supplémentaires en cas d'augmentation des prestations de prévoyance." Dans le règlement d'assurance pour la prévoyance en faveur du personnel de B\_\_\_\_\_, contrat 1\_\_\_\_\_, de Coop Vie est stipulé à l'art. 14 ch. 4 ce qui suit:

A/1268/2013 - 21/29 - "Sur la base d'un examen de santé, une réserve peut être faite pour les nouvelles prestations à assurer selon le présent règlement. Les prestations acquises par le biais d'une prestation de sortie apportée ne peuvent être frappées d'une nouvelle réserve médicale; s'il y avait une réserve médicale auprès de l'ancienne institution de prévoyance, celle-ci est reprise. Une réserve médicale ne peut exister que pendant 5 ans. (...)" c.

S'agissant de la question de savoir à partir de quand le contrat de prévoyance professionnelle portant sur les prestations surobligatoires est conclu, le Tribunal fédéral a jugé, concernant la prévoyance professionnelle facultative des indépendants, que cela devait être examiné sur la base des circonstances de chaque cas concret, eu égard à la pratique d'affiliation diverse et des dispositions du CO sur la conclusion du contrat, étant précisé que le contrat de prévoyance professionnelle facultative des indépendants constitue un contrat innommé soumis en premier lieu aux dispositions du CO (ATF 116 V 218 consid. 2 et 3 p. 221 ss). b. En l'espèce, le demandeur a rempli et signé le 26 juin 2001 une proposition d'assurance se rapportant au contrat 1\_\_\_\_\_ de Coop Vie. Il ne peut être admis, tel que le demandeur semble le faire valoir, que le contrat a été conclu à la réception de de cette proposition. En effet, une proposition ne constitue qu'une offre de contracter qui doit être acceptée par le cocontractant, comme cela résulte de l'art. 1 LCA, ceci d'autant plus lorsque de nouveaux éléments sur l'état de santé sont portés à la connaissance de l'assureur. Cela résulte en particulier aussi du droit de formuler des réserves prévu expressément par les dispositions réglementaires susmentionnées, ainsi que par l'art. 331c CO. Enfin, le demandeur n'établit pas que cette proposition ait été acceptée par Coop Vie. Par la suite, le demandeur a fait l'objet d'un examen médical et a signé à nouveau un questionnaire de santé en date du 28 août 2001. Cela démontre que Coop Vie n'avait nullement l'intention de l'admettre dans la prévoyance professionnelle sur- obligatoire sur la seule base de la proposition du 26 juin 2001. Selon toute vraisemblance, cet examen médical a été demandé par l'institution de prévoyance en raison des réponses données par le demandeur dans cette proposition où il avait indiqué souffrir d'une hypertension depuis environ 10 ans et avoir subi un accident de la route qui avait provoqué des douleurs au dos. Cet examen médical s'inscrit donc, selon toute vraisemblance, dans la suite du premier questionnaire de santé signé par le recourant en juin 2001, même si cela n'est pas mentionné sur ce document. Il sied également de retenir que l'examen de santé a été demandé en l'occurrence pour la prévoyance professionnelle et non pas pour l'assurance perte de gain. En effet, il est stipulé à l'art. 5.11.4 du règlement relatif au contrat 2\_\_\_\_\_ de la Fondation collective LPP de Coop Vie que l'employeur a conclu une assurance indemnité journalière de maladie pour les personnes soumises à la LPP, assurance

A/1268/2013 - 22/29 - qui ne prévoit aucune restriction de couverture pour des maladies subies auparavant. Ainsi, un examen de santé n'aurait été d'aucune utilité pour cette assurance. La défenderesse n'a pas non plus admis que l'examen de santé et le questionnaire qui en fait partie intégrante, concernant l'assurance perte de gain, comme le demandeur le fait valoir, la défenderesse s'étant uniquement prévalu à titre subsidiaire d'une jurisprudence concernant la possibilité d'imputer une réticence, commise dans le cadre d'un autre contrat d'assurance du même groupe, à l'institution de prévoyance, pour le cas où il serait retenu que le questionnaire a été exigé pour l'assurance perte de gain. Enfin, certes une réserve ne peut être formulée que sur la base d'un examen de santé et non pas du seul questionnaire de santé, comme le soutient le demandeur. Cela ne relativise cependant pas l'importance des réponses données au questionnaire de santé. La réticence est en effet expressément sanctionnée par la loi. Cela tient au fait que la soumission à un examen de santé est décidée sur la base de ces réponses. Sur la proposition d'assurance que le demandeur a signée le 26 juin 2001, il est en outre expressément mentionné, au-dessus de la signature, que les soussignés confirment avoir répondu d'une manière véridique et que Coop Vie se réserve le droit de réduire, refuser ses prestations ou résilier le contrat en cas de manquement à l'obligation de déclaration de la personne à assurer. Une mention similaire figure dans le questionnaire que le demandeur a signé le 21 avril 2007. Sur ce dernier questionnaire sont mentionnés à la main les chiffres 2 \_\_\_\_\_ et 1 \_\_\_\_\_, correspondant aux contrats de prévoyance du demandeur. De ce fait, il n'est guère contestable qu'il s'agissait d'un questionnaire et d'un examen médical demandés dans le cadre des rapports de prévoyance. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le demandeur n'avait pas encore été admis dans la prévoyance plus étendue en 2001 avant d'avoir été soumis à l'examen médical et d'avoir signé les déclarations en août 2001. Les questionnaires de santé ont en outre été signés dans le cadre des rapports de prévoyance.

### **E. 13**

a) Celui qui veut s'assurer 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 (art. 4 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (art. 4 al. 3 LCA). Le proposant doit donc 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

A/1268/2013 - 23/29 - revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513). Il peut en particulier s'agir de faits propres à aggraver le risque assuré; l'aggravation du risque est décisive lorsqu'il faut admettre que l'assureur refuserait le contrat s'il connaissait le fait en question ou qu'il ne le conclurait qu'à d'autres conditions, plus restrictives ou plus onéreuses (cf. ATF 122 III 458 consid. 3b/aa p. 460). 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 p. 336; 134 III 511 consid. 3.3.4 p. 515). 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 p. 336 s.). b) La présomption de l'art. 4 al. 3 LCA tend à faciliter la preuve de l'importance d'un fait pour la conclusion du contrat aux conditions prévues, en renversant le fardeau de la preuve (ATF 118 II 333 consid. 2a et les références citées). Il demeure loisible au preneur d'assurance de prouver que les indications de fait qu'il a données n'ont eu en l'espèce aucune influence sur la détermination de la volonté de l'assureur, en d'autres termes que ce dernier aurait conclu le contrat aux conditions convenues même s'il avait connu le fait que le preneur d'assurance a omis de déclarer ou inexactement déclaré (ATF 99 II 67 consid. 4e p. 82; 92 II 342 consid. 5 p. 352; arrêt 5C.5/2005 du 23 juin 2005 consid. 2.4 non publié aux ATF 131 III 542). L'opinion contraire de CARRE (Loi fédérale sur le contrat d'assurance, art. 4 LCA, p. 142), selon laquelle il appartient à l'assureur de prouver que tel élément de fait, objet d'une question du formulaire de proposition, revêt en soi une importance pour l'appréciation du risque est contraire au texte de loi et à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle ne saurait être suivie (Arrêt du 28 mai 2008; 5C.262/2006). 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 p. 337). 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 p. 337; 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514). Il résulte clairement du texte des articles 4 et 6 LCA qu'il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner. En effet, la loi n'impose pas seulement au proposant de communiquer à l'assurance, en réponse aux questions correspondantes, les faits importants pour l'appréciation du risque qui lui sont effectivement connus, mais également ceux qu'il devait connaître. Ce qui est finalement décisif, c'est de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une

A/1268/2013 - 24/29 - réponse inexacte à 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. (ATF 118 II 333 consid. 2b ; ATF 116 V 226 consid. 5a et b ; 116 II 338 consid. 1c et les arrêts cités). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références). 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 (arrêt 4A\_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1).

#### **E. 14**

a) Sous l'art. 6 aLCA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration des faits importants pour l'appréciation des risques avait omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important

qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'était pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il avait eu connaissance de la réticence. Un lien de causalité entre le fait caché ou inexactly déclaré et le sinistre n'était pas nécessaire (cf. ATF 92 II 342 consid. 4; arrêt 5C.262/2006 du 25 mai 2009 consid 4.2, SJ 2008 I 400). A noter que les dispositions générales sur les vices du consentement (art. 23 ss CO) ne s'appliquent pas (cf. ATF 118 II 333 consid. 3d in fine; 61 II 281 consid. 1). Dans ce cas, l'assureur pouvait résilier le contrat avec effet rétroactif (ex tunc) et refuser les prestations pour un dommage déjà survenu même s'il n'était pas lié au fait à l'origine de la réticence (ATF 111 I 388 consid. 3a; ATF 109 II 60 consid. 3c; ATF 92 II 342 consid. 4, ATF 138 III 416, consid. 6.1). b) L'art. 6 LCA dispose désormais que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit ; la résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (al. 3). L'existence d'un lien de causalité entre le fait passé sous silence ou inexactly déclaré et le sinistre déjà survenu influe uniquement sur l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation à la suite d'une réticence (art. 6 al. 3 LCA), mais pas sur la validité de la résiliation du contrat en tant que tel, réglée à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA (ATF 138 III 416).

A/1268/2013 - 25/29 - c) La nouvelle teneur de l'art. 6 LCA s'applique aux réticences commises après le 1er janvier 2006 (ATF 138 III 416; arrêt 4A\_370/2012 du 4 décembre 2012). Le Tribunal fédéral a maintes fois confirmé que c'était le droit en vigueur lors de la conclusion du contrat qui était applicable. Ainsi, lorsque le contrat avait été conclu avant le 1er janvier 2006, mais résilié après cette date, l'art. 6 aLCA s'appliquait (cf. notamment arrêts non publiés 4A\_134/2013 du 11 septembre 2013; 4A\_427/2010 du 12 octobre 2010), la doctrine partageant le point de vue selon lequel l'ancien droit régissait tous les contrats conclus avant le 1er janvier 2006 (cf. en particulier Vincent BRULHART, *Droit des assurances privées*, Berne, 2008, page 227). d) Sous l'ancien et le nouveau droit, la jurisprudence exige que la déclaration - écrite (cf. art. 6 al. 1 LCA) - par laquelle l'assureur se départit du contrat décrive de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactly déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1 p. 714). Une déclaration de résiliation qui ne mentionne pas la question précise à laquelle il a été répondu inexactly n'est pas suffisamment détaillée (ausführlich) (ATF 129 III 713 ibidem, qui se réfère à l'arrêt 5C.229/1993 du 18 mars 1994 consid. 5b, lequel renvoie à l'ATF 110 II 499). L'exigence tenant à ce que la déclaration de résiliation désigne concrètement la question de la proposition d'assurance qui a reçu une réponse erronée a été approuvée par la doctrine (STEPHAN FUHRER, *Höhere formelle Hürden bei Vertragsauflösung wegen Anzeigepflichtverletzung*, in HAVE/REAS 2004 p. 42 et la note 6; ROLAND SCHAER, *CaseBook, Modernes Versicherungsrecht*, Bern 2007, Case 32 p. 124/125).

## **E. 15**

En l'occurrence, le demandeur a répondu, dans les questionnaires signés les 28 août 2001 et 29 septembre 2007, par la négative à la question « Souffrez-vous ou avez-vous souffert de

maladies, de troubles ou d'affections (...) c) du système nerveux ou du psychisme (en gras dans le texte original) tels que épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres ? Avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Dans son expertise, le Dr C\_\_\_\_\_ rapporte que le demandeur a dû consulter un psychiatre pendant son service militaire en Israël pour des troubles de nature phobique-anxieuse. A l'âge de 30 ans, il a tenté de se suicider en percutant avec sa moto un camion et a été hospitalisé pendant quelques jours en raison de blessures au dos et aux genoux. Depuis l'âge de 20 ans, il était suivi par des psychologues en Israël et en Belgique à cause de problèmes relationnels. Entre 2001 et 2010 environ, il n'a plus eu besoin d'un soutien psychologique. Le demandeur conteste la tentative de suicide, alléguant que son accident de moto a été interprété au-delà de sa véritable signification. Il se prévaut également de ce qu'il n'avait jamais consulté un psychiatre avant de s'être adressé à la Dresse D\_\_\_\_\_. En outre, il pensait de bonne foi, aussi en raison du peu d'espace laissé pour les réponses, que seuls des faits particulièrement marquants auraient dû être

A/1268/2013 - 26/29 - mentionnés, mais non pas un vague à l'âme durant l'adolescence, un épisode difficile lors du service militaire et des problèmes conjugaux ayant nécessité une thérapie de couple. Lors de son audition, il déclare avoir subi un accident de scooter dans la quarantaine, en 1997 ou 1998, accident qui s'était produit en voulant éviter un chat. De la copie de l'attestation en hébreux que le demandeur a produite avec ses dernières écritures ressort qu'il a effectivement subi un accident de scooter en 1996. La Dresse D\_\_\_\_\_ explique, dans son attestation du 24 janvier 2013, que le demandeur a été suivi pendant une courte durée par une psychologue en Belgique dans le cadre d'une thérapie de couple et qu'il a "essayé des suivis" avec des psychologues en Israël, afin de comprendre son mode de fonctionnement. Toutefois, il n'a pas bénéficié de traitements psychothérapeutiques ni médicamenteux psychotropes et n'a pas été informé d'un diagnostic psychiatrique, selon ce médecin. Concernant la tentative de suicide, il n'en a pas parlé spontanément à la Dresse D\_\_\_\_\_. Lorsque cette information a été reprise en consultation, il lui a expliqué qu'un évènement à l'époque de son service militaire en Israël avait été à l'origine de son geste. Lors de son audience devant la chambre de céans, la Dresse D\_\_\_\_\_ confirme que le demandeur ne lui a jamais parlé d'accident subi en Israël ni d'une tentative de suicide. Elle suppose qu'il a omis de le faire, en raison d'autres sujets plus actuels, tels que ses troubles du sommeil, ses problèmes familiaux et difficultés professionnelles. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, entendu en tant que témoin le 26 mars 2014, il est très étonné des contradictions relevées entre son anamnèse et les déclarations du demandeur, et ne se les explique pas. C'est la première fois qu'il lui est fait part de telles contradictions. Il ne peut pas s'imaginer avoir mal interprété les propos du demandeur. Au contraire, il a eu l'impression que celui-ci avait été très authentique et s'était dévoilé durant l'expertise. Le Dr C\_\_\_\_\_ est un expert très expérimenté, travaillant comme psychiatre depuis 26 ans et ayant effectué environ 3000 expertises, selon ses dires, si bien qu'il est vraisemblable qu'il aurait pu faire la distinction entre un scénario de suicide et la réalité d'une tentative de suicide. Le caractère réel de ce tentamen résulte également du fait que le demandeur a donné des détails sur les conséquences de cet évènement (hospitalisation pendant quelques jours et genre de blessures). Le fait que le demandeur a subi un accident en 1996, n'exclut pas qu'il ait également été accidenté antérieurement. Ainsi, l'attestation y relative ne peut être considérée comme une preuve de l'inexactitude de l'anamnèse établie par le Dr C\_\_\_\_\_. Au degré de la vraisemblance prépondérante, la chambre de céans retiendra ainsi que le demandeur a bel et bien commis une tentative de suicide en percutant un camion avec sa

moto.

A/1268/2013 - 27/29 - Il doit également être reconnu, comme l'admet du reste le demandeur lui-même, qu'il a souffert de troubles du psychisme, dès lors qu'il a dû consulter un psychologue lors de son service militaire et pendant ses études universitaires. Certes, il n'est pas établi qu'il s'agissait de suivis psychologiques de longue durée. Il n'en demeure pas moins que ces consultations étaient motivées par un trouble psychique. Peu importe à cet égard que le demandeur ait consulté un psychologue ou un psychiatre, seul étant pertinente la cause de la consultation. Sur le plan subjectif, il peut éventuellement être admis que le demandeur pouvait penser de bonne foi que ses troubles psychiques pendant le service militaire et pendant ses études n'avaient pas d'importance pour la conclusion du contrat de prévoyance plus étendue, notamment en raison de l'ancienneté de ces faits, même si la consultation d'un psychiatre ou d'un psychologue présuppose généralement un certain niveau de souffrance psychique qu'il est difficile d'ignorer. Cependant, dès lors que la fondation de prévoyance a expressément posé une question relative à une tentative de suicide, le demandeur devait se rendre compte que cet élément avait une importance pour la conclusion du contrat. Le fait de l'avoir raconté à l'expert démontre également que lui-même y attache une importance et qu'il ne s'agit pas, dans l'esprit du demandeur, d'un évènement anodin dans son histoire personnelle. Le demandeur soutient en outre que la question relative à la tentative de suicide n'est pas claire eu égard à sa définition par le Centre d'Etude et de Prévention du Suicide (CEPS) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) qui est la suivante : « La tentative de suicide est une mise en danger de soi-même, consciente ou inconsciente, quelle qu'en soit la manière. A l'adolescence, les intentions n'en sont pas toujours claires et la dangerosité de certains actes produits n'est parfois pas connue ou reconnue. L'adolescence se caractérise aussi par une tendance à rechercher des limites, tant auprès de l'environnement que de son propre corps. Le fait de rechercher et tester ses propres limites fait donc partie du passage vers l'âge adulte. Toutefois, la répétition et le contexte de comportements à risque (comme par exemple les accidents à répétition, les alcoolisations importantes, la prise de toxiques ou encore les relations sexuelles non protégées, etc.) peuvent indiquer une tendance suicidaire. » Indépendamment du fait qu'il est douteux que cette définition de la tentative de suicide concorde avec celle communément admise, il n'est en l'espèce pas question d'une tentative de suicide pendant l'adolescence, le demandeur ayant déclaré au Dr C\_\_\_\_\_ l'avoir commise à 30 ans. Il n'a pas non plus fait état au Dr C\_\_\_\_\_ de comportements à risque en raison de tendances suicidaires. Au contraire, de ses déclarations à l'expert résulte qu'il a voulu consciemment se donner la mort, en se projetant avec sa moto contre un camion. Dans ces conditions, une ambiguïté par

A/1268/2013 - 28/29 - rapport à cet acte doit être écartée, de sorte que le demandeur ne pouvait pas se méprendre sur le sens de cette question. L'argumentation du demandeur ne peut pas non plus être suivie en ce qu'il soutient que le peu d'espace laissé aux réponses dans le questionnaire donne l'impression que seuls des évènements particulièrement marquants devraient être mentionnés, de sorte qu'il ne pouvait comprendre de bonne foi qu'il lui appartenait également d'annoncer des faits mineurs. En effet, une tentative de suicide ne peut être considérée comme un évènement anodin, en particulier lorsqu'une des questions porte expressément sur un tel acte. Par conséquent, il y a lieu de retenir une réticence au sens de la loi lors de la signature des questionnaires de santé en date des 28 août 2001 et 29 septembre 2007. Le demandeur ne contestant pas à juste titre que le délai

légal de quatre semaines dès la connaissance de la réticence ait été respecté, il doit être admis que la défenderesse s'est valablement départie du contrat de prévoyance surobligatoire.

**E. 16**

La demande sera par conséquent rejetée.

**E. 17**

La procédure est gratuite.

A/1268/2013 - 29/29 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant Préalablement

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