

VD_FINDINFO Jug / 2015 / 411 vom 13. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2015___411

FR: VD_FINDINFO Jug / 2015 / 411 du 13 novembre 2015

IT: VD_FINDINFO Jug / 2015 / 411 del 13 novembre 2015

Regeste

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE, RENTE D'INVALIDITÉ, VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 49 LPP, 73 LPP

Erwägungen

E. 13

novembre 2015 _____ Composition : M. Neu , président Mmes Thalmann, juge, et Pétremand Besancenet, juge suppléante Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : A. _____ , à [...], demanderesse, représentée par Me Roberto Izzo, avocat, à Lausanne, et B. _____ Fondation de prévoyance , à Lausanne, défenderesse. _____ Art. 49, 73 LPP ; art. 14 LFLP. E n f a i t : A. a) A. _____ (ci-après également : la demanderesse), ressortissante suisse née le [...] 1969, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce en gestion depuis 1990, d'un certificat de technicienne ambulancière dès 2001 et d'un diplôme d'infirmière de niveau II obtenu en 2005. Elle a été employée à 100%, depuis le 1 er janvier 2007, en qualité de régulatrice de la centrale téléphonique d'urgences sanitaires pour le canton de Vaud par la Fondation C. _____, à [...]. Elle était assurée à ce titre en matière de prévoyance professionnelle par B. _____ Fondation de prévoyance (initialement : B. _____ ; ci-après également : la défenderesse) dans le cadre du contrat n° [...] liant la Fondation C. _____ et les B. _____. b) Le formulaire de déclaration de santé destiné aux B. _____ a été complété et signé le 10 novembre 2006 par A. _____. Elle a répondu par la négative aux questions suivantes : « 1. Etes-vous actuellement en traitement médical ? 2. Prenez-vous des médicaments, ou êtes-vous en traitement physiothérapeutique ? 3. Etes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'une infirmité de quelque nature que ce soit ? 4. Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de maladie ? 5. Avez-vous été victime d'accident ? 6. Avez-vous été opéré(e) ou devez-vous vous soumettre prochainement à une intervention chirurgicale ? 7. Est-ce que, dans votre ancienne institution de prévoyance, votre couverture d'assurance a été refusée, ajournée ou acceptée à des conditions aggravées (réserve, refus d'une prestation ou surprime. Le cas échéant, joindre la décision) ? [...] » Au pied de ce formulaire figurait la mention suivante : « [...] L'assuré(e) déclare avoir répondu sincèrement, de façon exacte et complète, à toutes les questions qui précèdent. Il (elle) est conscient(e) que le fait d'avoir rempli de manière incomplète ou inexacte le questionnaire peut avoir pour conséquence la suppression ou la réduction des prestations. [...] » c) En sus de l'activité à plein temps susmentionnée, A. _____ a été occupée à partir du 1 er octobre 2009 comme technicienne ambulancière, à la demande, par les Etablissements D. _____, à [...], qui étaient assurés pour la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation E. _____. Selon les indications données le 16 août 2010 par cet employeur à l'assurance-invalidité (AI), A. _____ n'a

effectué que trois services d'intégration et son dernier jour de travail effectif a été le 17 novembre 2009. B. a) Durant ses rapports de travail avec la Fondation C. _____, A. _____ a été absente, pour cause d'accident, du 11 au 23 août 2007 et, à partir du début de l'année 2010, pour cause de maladie de longue durée, ainsi qu'il ressort des données figurant dans le questionnaire pour l'employeur, complété à l'attention de l'AI en date du 24 juin 2010. Dès le 8 janvier 2010, A. _____ a été régulièrement en incapacité de travail totale ou partielle, notamment du 8 mars au 21 mars 2010 où elle a été en incapacité de travail à 50%. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle à partir du 22 mars 2010. b) A. _____ était assurée dans le cadre d'un contrat d'assurance-maladie collective selon la LCA n° [...] auprès de F. _____ SA couvrant 730 jours de prestations moins 30 jours de délai d'attente, selon un courrier de cet assureur à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais (ci-après : l'OAI-VS) du 7 juillet 2010. A ce titre, des prestations ont été versées par F. _____ SA, pour les périodes d'incapacité de travail de A. _____, à son employeur, la Fondation C. _____. c) Par rapport du 11 janvier 2010 à la Dresse H. _____, médecin traitant, à [...], le Dr G. _____, médecin adjoint auprès du Département d'imagerie diagnostique et interventionnelle du Centre hospitalier I. _____, a indiqué ce qui suit au sujet de l'état de santé de A. _____ : « Arthrose inter-apophysaire postérieure de L3 à S1 associée à une prise de contraste arthrosynovial des 3 derniers niveaux lombaires. Kystes arthrosynoviaux postérieurs aux articulations inter-apophysaires postérieures de L5 ddc [réd. : des deux côtés] à prédominance gauche avec forte prise de contraste de la paroi des kystes et des tissus mous avoisinants compatible avec un processus inflammatoire aigu (arthrose inflammatoire). Pas d'autre lésion décelable, notamment pas de prise de contraste radiculo-méningée ou de canal lombaire étroit. » d) Le 18 janvier 2010, le Dr K. _____, spécialiste en neurologie et médecin associé au sein de la Clinique J. _____, à [...], s'est exprimé en ces termes sur le cas de A. _____ : « [...] La problématique douloureuse est ancienne chez cette patiente, centrée sur le rachis cervical et surtout lombaire, mais également la région pelvi-inguinale. Cliniquement, il n'est pas relevé de déficit moteur ou d'altération des réflexes myotatiques aux membres inférieurs. L'examen de la sensibilité est malaisé aux membres inférieurs, ainsi que dans la région périnéale, ce qui pourrait suggérer davantage un épiphénomène des douleurs qu'une atteinte lésionnelle. Récemment une IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] lombaire a permis d'écarter une compression sur les structures de la queue de cheval. Sur le plan électrophysiologique, les neurographies sensitives et motrices sont normales et l'EMG [réd. : électromyogramme] à l'aiguille concentrique ne met en évidence aucun signe de dénervation aiguë ou chronique dans les divers muscles examinés tributaires des myotomes L4-L5-S1 à droite, S1 à gauche. A ce stade, un bilan complémentaire et des examens urodynamiques devront être effectués. [...] » e) Aux termes d'un rapport du 17 février 2010 à la Dresse H. _____, la Dresse L. _____, ancienne médecin-chef, spécialiste en anesthésie, consultation de la douleur, à [...], a mis en exergue les éléments suivants : « A. _____] présente des douleurs dans la région lombo-sacrée depuis plusieurs années qui ont été traitées par AINS [réd. : anti-inflammatoires non stéroïdiens], antalgiques et une physiothérapie, mais ceci avec un effet modéré puisqu'elle a consulté passablement de médecins. En 2005, apparaissent des douleurs inguinales à droite qui sont mises sur le compte, en bonne partie, de meralgies parasthésiques qui ont bien répondu à une infiltration de Dépo-Médrol des nerfs cutanés fémoraux. Elle présente aujourd'hui essentiellement des douleurs lombaires augmentées en position statique que ce soit debout ou assise, lorsqu'elle porte des charges, et diminuées si elle se mobilise sur de courtes distances et lorsqu'elle

applique des pommades anti-inflammatoires. Ces douleurs la réveillent la nuit et l'empêchent parfois de se rendormir. Ce sont des douleurs qui ressemblent à des compressions, des décharges électriques et des sensations bizarres « comme si quelque chose bougeait. » Elle a dû renoncer à faire du sport depuis une dizaine d'années, avec semble-t-il, une prise de poids très importante. Elle se plaint également de ses douleurs inguinales qui réapparaissent, semble-t-il, depuis plusieurs semaines sous forme de brûlures, de fourmillements, de démangeaisons, avec sensation que cela vient de la partie postérieure des hanches vers l'avant. [...] » En conclusion, cette spécialiste relevait ce qui suit : « [...] Madame A. _____ présente probablement deux problèmes : 1. Des lombalgies sur possiblement de l'arthrose interfacettaire 2. Des douleurs inguinales mises possiblement sur le compte des meralgies paresthésiques en relation avec une compression des nerfs cutanés fémoraux. Cependant l'irradiation des douleurs articulaires postérieures de la région L2-L3 pourrait être une composante des douleurs inguinales également [...] ». f) Dans un rapport daté du 15 avril 2010, le Prof. M. _____, médecin-chef de service de chirurgie du rachis, au sein du Département de chirurgie des Hôpitaux N. _____, soulignait pour sa part les éléments ci-après : « [...] Cette patiente depuis plus de 10 ans se plaint de lombalgies basses ainsi que de douleurs au niveau des plis de l'aîne avec irradiation sur la face latérale des cuisses. Elle a vu ses symptômes nettement s'aggraver cette dernière année [...] ». g) Un examen rhumatologique effectué le 29 avril 2010 par la Dresse P. _____, spécialiste en rhumatologie au Centre O. _____, à [...], a pris en compte l'anamnèse suivante dans le cas de A. _____ : « [...] Elle mentionne des lombalgies de longue date, déjà depuis l'enfance. En 2001-2002, pendant sa formation d'infirmière, elle a présenté un épisode de lombalgies aiguës et invalidantes principalement en position debout. Elle a été hospitalisée au Centre hospitalier R. _____. Un diagnostic d'hyperlaxité ligamentaire a été posé et elle a été traitée par physiothérapie active de renforcement. Après sa formation d'infirmière, elle a travaillé 2 ans comme infirmière-ambulancière. Elle a dû arrêter car les douleurs lombaires étaient devenues insupportables en position debout. En ce moment, la position assise était indolore. Pour cette raison elle a changé d'activité et elle a travaillé comme régulatrice [...] depuis 2007, c'est-à-dire principalement en position assise. Progressivement les douleurs lombaires sont apparues également en position assise, devenant de plus en plus importantes et insupportables à partir de fin 2009. [...] » La spécialiste précitée a par ailleurs posé les diagnostics justifiant à son sens l'incapacité de travail de A. _____, soit des « lombalgies subaiguës », des « discopathie et arthrose inflammatoire des articulaires postérieures L5-S1 » et une « suspicion d'instabilité L5-S1 », tout en précisant que son état de santé n'était pas stabilisé. C. a) Le 20 mai 2010, la Fondation C. _____ a annoncé aux B. _____ que son employée, A. _____, était en incapacité de travail totale depuis le 8 janvier 2010. Les B. _____ ont demandé, le 3 juin 2010, des renseignements médicaux auprès de la Dresse H. _____, laquelle a répondu le 30 juin 2010 que les premiers symptômes remontaient à novembre 2009. b) Aux termes du formulaire de demande de prestations AI pour adultes, complété et signé par A. _____ le 15 juin 2010, à l'attention de l'OAI-VS, figure sous la rubrique « Données sur l'atteinte à la santé » au point 6.2, intitulé « Précisions sur le genre d'atteinte à la santé », la mention « Arthrose vertèbres lombaires avec signes et symptômes inflammatoires importants. Hernie discale. Instabilité L4. L5. Kystes inflammatoires. Douleurs ++. » Au point 6.3 de ce même document, intitulé « Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ? », A. _____ a indiqué « Premières douleurs depuis 2000 soit 10 ans. » c) Selon l'avis du 22 juin 2010 de la Dresse Q. _____,

médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), il convenait en l'occurrence de retenir au titre de diagnostics des « arthroses lombaires avec symptômes inflammatoires, hernie discale, instabilité L4-L5, hyperlaxité ligamentaire. » Elle concluait son appréciation du cas comme suit : « [...] l'activité d'infirmière-régulatrice des urgences [...] à [...] n'est pas exigible (position assise) dans le futur. Vu que le traitement n'a pas encore donné des effets souhaités la mise en place de mesures IP [réd. : d'intervention précoce] serait prématurée. Il y a une contre-indication médicale à la mise en œuvre de mesures IP. » Selon ce médecin, il existait donc une atteinte à la santé se répercutant sur la capacité de travail et des mesures AI en vue de la reprise d'une activité lucrative ne pouvaient pas être envisagées en l'état. d) Le Prof. M. _____ a établi, en date du 5 juillet 2010, un rapport médical initial à l'adresse de l'OAI-VS, mentionnant des diagnostics avec effet sur la capacité de travail, à savoir des « lombalgies basses, instabilité L4-L5 » existant « depuis plus de 10 ans. » Sous la rubrique 1.4 « Renseignements médicaux », il a en outre mentionné ce qui suit : « [...] Depuis 10 ans, elle se plaint de lombalgies basses avec un arrêt de travail depuis janvier 2010 fait par la Doctoresse H. _____ (je n'ai pas la date exacte). Cette patiente, sur ces 10 dernières années, a eu de nombreuses consultations par le Professeur T. _____, rhumatologue au Centre hospitalier R. _____, par le Docteur U. _____, orthopédiste à [...] qui ont tous noté un status de lombalgies sévères dues à une origine dégénérative voire instable. Elle a également été vue par la Doctoresse S. _____ en neurochirurgie et la Doctoresse L. _____ [...]. Tous les traitements qui ont été prescrit ont apporté peu d'amélioration objective à la patiente. » En raison de « douleurs chroniques invalidantes sévères en voie d'évaluation et de traitement », il estimait qu'aucune activité professionnelle n'était possible. e) Par rapport médical du 27 juillet 2010, la Dresse H. _____ a pour sa part fait état d'un diagnostic de « discopathie L5-S1 et arthrose postérieure sur les derniers étages lombaires. Instabilité antéro-post[érieure] et du côté G [réd. : gauche] entre L4 et L5 », en précisant que sa patiente était « symptomatique depuis novembre 2009 » et l'avait consultée en janvier 2010. Sous point 1.4 « Renseignements médicaux : Anamnèse » elle a communiqué les éléments suivants : « Douleurs lombaires depuis env. 5 ans. Raison pour laquelle elle a changé de profession, en vain. Exacerbation fin 2009. » En annexe à ce rapport, la Dresse H. _____ a précisé que les indications relatives aux limitations dues à l'état de santé étaient valables depuis « en tous cas 5 ans », soulignant d'ailleurs entre parenthèses que sa patiente « a[va]it changé de travail mais en vain ». D. a) La Fondation C. _____ a résilié avec effet au 31 août 2010 le contrat de travail la liant à A. _____, motif pris de son absence de longue durée qui péjorait grandement l'organisation de l'activité de la centrale téléphonique. b) Par communication du 10 septembre 2010, l'OAI-VS a informé A. _____ de l'impossibilité de mettre en œuvre des mesures d'intervention précoce, l'instruction de son dossier se poursuivant. c) A l'issue d'un examen rhumatologique réalisé le 21 septembre 2010, le Dr V. _____, spécialiste en rhumatologie au Centre O. _____, a relevé que A. _____ « souffr[ait] de lombalgies persistantes depuis une dizaine d'année sur instabilité vertébrale en relation avec une arthrose inter-apophysaire postérieure et discopathie L5-S1 dans le cadre d'une hyperlaxité ligamentaire », soulignant au surplus « l'aspect modeste des lésions anatomiques observées qui justifiaient un approfondissement pour démontrer la nécessité d'une indication opératoire. » d) Par rapport final du 25 février 2011, la Dresse Q. _____ du SMR a fait part de son appréciation du cas comme suit : « Cette assurée souffre de douleurs dans la région lombo-sacrée depuis plusieurs années. Ces lombalgies ont été traitées par AINS, antalgiques, une physiothérapie

de renforcement musculaire, l'antalgie interventionnelle [...] et de corset immobilisateur avec un effet modéré. Actuellement les douleurs sont essentiellement lombaires et augmentent en position statique (debout ou assise) ou lorsqu'elle porte des charges. Ces douleurs la réveillent la nuit et l'empêchent de se rendormir. L'IRM en janvier 2010 objectivait une discrète protrusion en L5-S1 compatible avec une discopathie et une importante arthrose inter-aphophysaire postérieure de L3 à L5 des deux côtés. Le bilan fonctionnel faisait état d'une instabilité L4-L5. L'assurée a vu passablement de médecins, une cure de rééducation a été faite, malheureusement les douleurs persistent. Le 21.9.2010 l'expertise par le Centre O. _____ de [...] auprès du Dr V. _____, rhumatologue, avait conclu que devant les échecs successifs des thérapies conservatrices une indication opératoire se pose mais compte tenu de l'aspect modeste des lésions anatomiques observées un approfondissement supplémentaire est justifié. Il est trop tôt pour donner un pronostic quant à une reprise d'activité professionnelle ou une réinsertion professionnelle. Les investigations sont laborieuses, les décisions lentes car il s'agit d'une assurée jeune et les effets secondaires d'une spondylodèse sont à craindre. Pour l'instant son état n'est pas stabilisé. Le pronostic à court et à moyen terme est mauvais. Pour répondre aux questions du mandat si on avait pu exiger de l'assurée la reprise de son ancienne activité de régulatrice sanitaire à 100% ou non, au vu de ce qui précède, aucune activité n'est exigible depuis janvier 2010 car la situation n'est pas stabilisée. » e) L'OAI-VS a émis un projet d'acceptation de rente le 1^{er} mars 2011, envisageant de reconnaître à A. _____ le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2011, soit dès l'échéance du délai de carence d'une année à compter du 8 janvier 2010, date du début de la longue maladie ou de l'incapacité totale et durable de travail. f) Par courrier du 8 mars 2011, les B. _____ ont sollicité le dossier de A. _____ auprès de l'OAI-VS, lequel a été transmis le

E. 16

mars 2011. Les B. _____ ont par ailleurs demandé, le 13 avril 2011, à l'OAI-VS son aval en vue de faire parvenir les pièces médicales du dossier à leur réassureur, ce qui a été accordé par pli du 11 mai 2011. g) Par décision du 20 mai 2011, l'OAI-VS a octroyé à A. _____ une rente entière d'invalidité de 1'912 fr. par mois à partir du 1^{er} janvier 2011, aux motifs qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative - même adaptée - depuis le 8 janvier 2010 et que son état de santé ne permettait pas la mise sur pied de mesures d'ordre professionnel. h) Par correspondance du 29 juin 2011, les B. _____ ont signalé à A. _____ se départir du contrat n° [...] les liant à son dernier employeur en invoquant une réticence pour la part surobligatoire des prestations de prévoyance professionnelle, seules les prestations légales lui étant versées, conformément à l'art. 26.1 du règlement de prévoyance. L'institution de prévoyance reprochait à A. _____ d'avoir omis de mentionner, dans la déclaration de santé complétée et signée le 10 novembre 2006, d'avoir souffert de lombalgies depuis l'an 2000. E. a) A. _____ a séjourné aux Hôpitaux N. _____ du 10 au 20 juillet 2011. Le rapport du

E. 20

juillet 2011 établi au sein du Département de chirurgie des Hôpitaux N. _____ se référait à une patiente « présentant depuis de nombreuses années des lombalgies basses » et relatait une intervention chirurgicale pratiquée le 11 juillet 2011 par le Prof. M. _____, soit « une exploration endocanalaire L4-L5 à gauche, une spondylodèse L4-S1 postérieure par Legacy et une résection de l'extrémité intérieure des articulaires de L3 des 2 côtés. » A. _____ a également été hospitalisée à la Clinique J. _____ du 26 janvier au 15

février 2011. Le rapport établi le 18 avril 2011 au sein de ladite clinique des suites de ce séjour a fait état d'une patiente « connue depuis de très nombreuses années pour des lombalgies chroniques » et divers autres antécédents, et contient la précision suivante : « [...] Ses lombalgies l'ont accompagnée tout au long de ces 10 dernières années, mais dès janvier 2010 elle a cessé toute activité professionnelle, ne tolérant plus celle-ci. [...] » Dans le cadre du bilan urodynamique effectué à la Clinique J._____, il est en outre apparu que A._____ utilisait des fortes doses d'opiacés et de dérivés opiacés à cause de ses problèmes de rachialgies depuis « une dizaine d'années » et « à l'automne 2010 ». Elle présentait des « troubles vésico-sphinctériens depuis environ 2 ans ». b) Le 28 novembre 2011, le Prof. M._____ a observé ce qui suit dans le cas de A._____ : « [...] infirmière de profession qui depuis 10 ans souffre de lombalgies chroniques avec d'emblée à l'examen radiologique une discopathie L4-L5 qui a été suivie et traitée de nombreuses années de façon conservatrice. Cette patiente qui était infirmière puis infirmière accompagnant les ambulances puis mise au repos professionnel avec une fonction de téléopératrice, est à l'arrêt de travail depuis de nombreux mois. Les arrêts de travail sont gérés par la doctoresse H._____. Cette patiente a, en plus des lombalgies chroniques, eu une décompression algique importante en juin 2011. Le bilan IRM a mis en évidence en plus de la discopathie L4-L5, L5-S1 qui était connue également une arthrose postérieure mais surtout un gros kyste synovial au départ de l'articulaire L4-L5 droite nécessitant une prise en charge chirurgicale. La patiente présente du point de vue subjectif des douleurs compatibles avec la pathologie relevée. Pronostic : bon avec la rééducation et une activité professionnelle adaptée. » F. a) Représentée par Me Roberto Izzo, A._____ s'est adressée aux B._____ le 20 décembre 2011, contestant la résiliation du contrat avec son ancien employeur et sollicitant le détail des prestations entrant en ligne de compte dans son cas. Par correspondance du 26 janvier 2012, les B._____ ont indiqué que la rente d'invalidité réglementaire assurée en faveur de A._____ dans le cadre du plan de prévoyance de l'employeur s'élevait à 33'477 fr. 60, mais que la rente d'invalidité était limitée aux prestations minimales légales, soit au montant annuel de 15'827 fr. 40. b) Les B._____ ont pris note du fait que A._____ était au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1 er janvier 2011 à l'issue d'un courrier du 7 février 2012. Elles ont signalé que la police d'assurance avait été libérée du paiement des primes à 100% dès le 1 er avril 2010, soit après un délai d'attente de 90 jours d'incapacité de travail. Les B._____ ont souligné octroyer à A._____ une rente entière annuelle d'invalidité selon le minimum légal de 15'827 fr. 40 dès le 1 er février 2012, soit après épuisement des indemnités journalières de l'assurance-maladie collective conclue avec F._____ SA, lesquelles avaient couvert, avec les rentes de l'AI, l'intégralité de son salaire jusqu'au 3 février 2012. G. a) L'OAI-VS a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente de A._____ par l'envoi d'un questionnaire ad hoc le 6 février 2012. Complétant ce document le 9 février 2012, A._____ a fait part d'une aggravation de son état de santé. b) Dans ce contexte, la Dresse H._____ a fait parvenir un rapport médical à l'OAI-VS le 5 mars 2012. Elle a souligné notamment les éléments suivants : « [...] La patiente présente des lombalgies datant d'avant l'intervention, s'étant légèrement améliorées depuis l'intervention, mais les douleurs se sont ensuite répercutées un peu plus haut, avec des lancées irradiant au niveau de la jambe gauche et des troubles sensitifs sous le pied droit. Elle présente également de nouvelles douleurs en ceinture, en regard du diaphragme ddc, qui lui coupent le souffle ». Elle a au surplus qualifié le pronostic de « mauvais » et attesté de l'impossibilité de reprise de toute activité lucrative. Etait annexé au rapport de cette

praticienne celui du Prof. M. _____ établi le 21 février 2012, où ce spécialiste se prononçait en ces termes : « [...] On est donc en face d'une patiente qui est à nouveau très limitée dans toute une série de ses activités, principalement à cause des gênes, des acouphènes, des douleurs ; elle arrive également très difficilement à contrôler son poids ; elle est à la recherche d'aides mais pour l'instant, n'en a pas encore trouvé. Je pense qu'on est dans une situation équivalente à celle d'une fibromyalgie avec les raideurs matinales, les douleurs disséminées. Elle prend déjà du Dafalgan ; je lui ai prescrit du Brufen et du Magnésium en plus parce qu'il est hautement utile qu'elle poursuive la physiothérapie. Elle me dit qu'elle a des difficultés à aller en piscine chaude à cause d'infections urinaires mais des bains ou des douches chaudes restent conseillés. Je n'ai pas prescrit d'antidépresseurs mais ce serait peut-être quelque chose qui serait utile à envisager. [...] » c) L'OAI-VS a diligenté une enquête au domicile de A. _____ aux fins de déterminer si elle remplissait les critères mis à la reconnaissance de l'impotence. Le rapport corrélatif, rédigé le 26 avril 2012, a précisé que A. _____ demeurait autonome pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie, qu'elle n'avait pas besoin d'une surveillance personnelle permanente et qu'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de 2 heures par semaine en moyenne sur une période de 3 mois n'était pas démontré. Fondé sur les observations de ce rapport d'enquête, l'OAI-VS a émis un projet de décision le 2 mai 2012, où il se proposait de nier à A. _____ tout droit à une allocation pour impotent. d) Le Dr W. _____, directeur médical au sein de la Clinique J. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, a fait parvenir un rapport à l'OAI-VS le 26 avril 2012. Il a posé, au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, ceux de « cervico-dorsalgie chronique (M54.83) » et « troubles dégénératifs L4 à S1 avec instabilité mesurable L4-L5 en rapport avec une arthrose inter-apophysaire marquée (M47.87) ». Dans la liste des diagnostics sans effet sur la capacité de travail sont mentionnés « depuis 2005 : plusieurs épisodes de lombalgie aiguë ». e) Sollicité pour avis, le SMR, sous la plume du Dr CC. _____, médecin, a estimé, en date du 24 mai 2012, qu'une évaluation rhumatologique et psychiatrique s'imposait, étant donné qu'une « fibromyalgie » avait été évoquée en l'occurrence et que le médecin traitant attestait toujours une incapacité de travail totale. f) Dans le contexte de l'expertise bidisciplinaire diligentée par l'OAI-VS selon la communication corrélatrice du 28 juin 2012, le Dr Y. _____, spécialiste en neurologie, a effectué une évaluation des diagnostics retenus dans le cas de A. _____ et communiqué un rapport à ce sujet le 25 septembre 2012. La consultation étant motivée par les symptômes nouveaux aux membres supérieurs, il s'était focalisé d'abord sur ce problème, en notant qu'il n'avait pas d'argument pour une souffrance radiculaire, soit « en l'occurrence aucun déficit ». Concernant les dorsalgies en ceinture et les douleurs aux membres inférieurs, il a relevé avoir procédé à un examen clinique plus complet qui s'était avéré « rassurant ». L'expertise bidisciplinaire, mise en œuvre par l'OAI-VS, a été réalisée par les Drs X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et Z. _____, spécialiste en psychiatrie. Le Dr Z. _____ a conclu, à l'issue de son rapport du 17 octobre 2012, que A. _____ ne présentait pas de trouble ou de maladie psychiatrique de nature à restreindre sa capacité de travail. Dans son rapport du 18 octobre 2012, le Dr X. _____ a indiqué pour sa part, s'agissant des antécédents médicaux de A. _____, que « des lombalgies [étaient] connues depuis une douzaine d'années » et que « la situation de Mme A. _____ s'aggrav[ait] en novembre 2009 ». En résumé, le Dr X. _____ a considéré le cas de A. _____ comme « déroutant », en soulignant une discordance entre les plaintes de celles-ci et les constatations médicales. Il a préconisé une réintégration professionnelle le

plus rapidement possible avec des limitations (travail à 50% en position alternée fréquente, sans port de charge au-delà de 5kg et sans travaux lourds). Vu les conclusions de cette expertise bidisciplinaire, la Dresse Q._____ du SMR a rendu un rapport final le 7 novembre 2012, selon lequel le diagnostic de « syndrome adjacent » posé par le Dr X._____ n'était « pas assimilé à un TSD [réd : trouble somatoforme douloureux] », les limitations fonctionnelles étant liées aux affectations somatiques au niveau de la colonne vertébrale. De ce fait, la capacité de travail de A._____ était limitée à 50% en l'état, une incapacité de travail totale devant être confirmée dans l'activité de régulatrice, mais pas dans celle d'employée de commerce si ses limitations fonctionnelles se trouvaient respectées. g) Par décision du 26 novembre 2012, conforme au projet correspondant du 2 mai 2012, l'OAI-VS a nié tout droit à une allocation pour impotent à A._____, en se fondant notamment sur le rapport d'enquête rédigé le 26 avril 2012. H. a) Le 4 janvier 2013, le dossier de A._____ a été confié au Service de réadaptation de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI-VD), à Vevey, compte tenu de son récent déménagement à [...]. Dans un rapport initial daté du 18 avril 2013, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI-VD a mis en évidence ce qui suit : « [...] Au vu des éléments susmentionnés, nous devons nous rendre à l'évidence que nous ne pouvons pas actuellement débiter des démarches de réinsertion professionnelle dans le cadre de MNR [réd. : mesures de nouvelle réadaptation] en raison du refus de l'assurée. [...] Nous proposons d'attendre les nouvelles conclusions médicales du SMR Rhône afin de pouvoir envisager la suite des démarches. [...] » L'OAI-VS a mis un terme au mandat de réadaptation, conformément à un rapport du 18 juin 2013. Il a confirmé à l'attention de l'OAI-VD, par pli du

E. 22

octobre 2013, que son dossier était classé sous l'angle des mesures professionnelles, du fait notamment que l'activité habituelle de A._____ était toujours adaptée et qu'aucune mesure n'était indispensable pour la reprise de cette activité ou d'une activité adaptée dans son domaine professionnel. b) Dans l'intervalle, par rapport médical intermédiaire du 24 juin 2013, la Dresse H._____ a estimé qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable dans le cas de sa patiente tant que les douleurs qui s'étaient péjorées depuis début 2013 demeureraient présentes. La Dresse Q._____ du SMR a pour sa part considéré, dans un avis du 19 août 2013 que la situation restait inchangée, de même que l'exigibilité dans une activité adaptée, dès lors que la péjoration des douleurs rapportée par la Dresse H._____ n'était pas corroborée par des faits nouveaux. I. a) Le 4 novembre 2013, l'OAI-VS a adressé à A._____ un projet de décision tendant au remplacement de la rente entière d'invalidité qui lui était versée jusqu'alors par une demi-rente d'invalidité. Cette décision était fondée sur le rapport final établi par le SMR, lui-même basé notamment sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire des Drs X._____ et Z._____, d'où il ressortait que l'état de santé de A._____ s'était objectivement amélioré et permettait la reprise à 50% d'une activité adaptée à ses limitations, ce à quoi correspondait son activité habituelle de régulatrice dans un service d'urgences téléphoniques selon le Service de réadaptation de l'AI. Par un second projet de décision daté du même jour, l'OAI-VS refusait à A._____ tout droit à un reclassement professionnel et à une aide au placement, à moins dans ce dernier cas que l'intéressée fût disposée à collaborer dans l'optique d'une reprise d'activité à 50%. b) Les B._____ ont requis un tirage du dossier de A._____ auprès de l'OAI-VS par pli du 18 novembre 2013, de même que le conseil de cette dernière dans un courrier du 3 décembre 2013. Assistée de son avocat, A._____ a contesté les

projets de décisions émis par l'OAI-VS le 4 novembre 2013, par acte du 11 décembre 2013, aux motifs que son état de santé s'était péjoré et qu'un avis médical supplémentaire lui apparaissait indispensable. L'OAI-VS lui a accordé le 17 décembre 2013 un délai au 17 janvier 2014 pour lui faire parvenir les moyens de preuve complémentaires invoqués. Par courrier du 17 janvier 2014 présentant les mêmes motifs que ceux du 11 décembre 2013, A._____ a demandé à cet Office de surseoir à toute décision réduisant les prestations AI servies en sa faveur. J. a) Par voie d'action introduite le 3 mai 2013 par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, A._____ a requis principalement le versement, rétroactivement dès le 1^{er} février 2012 et avec intérêt de 5% l'an dès cette date, de la part des B._____, d'une rente d'invalidité annuelle correspondant aux prestations prévues par le contrat n° [...] qui la liait à son dernier employeur, la Fondation C._____, soit un montant annuel non inférieur à 33'477 fr. 60. A l'appui de cette demande, elle a contesté avoir commis une quelconque réticence en remplissant le formulaire d'affiliation aux B._____, puisqu'elle se considérait alors en bonne santé, dès lors qu'elle ne souffrait d'aucune atteinte à sa santé, qu'elle ne suivait aucun traitement médical, qu'elle n'avait jamais consulté de médecins pour des problèmes dorsaux avant 2010 et que ses maux de dos passagers n'avaient jamais été à l'origine d'une quelconque incapacité de travail. Elle contestait l'interprétation faite par les B._____ des rapports médicaux établis en 2010 dans le cadre de sa demande AI qui se basait, selon elle, uniquement sur ses propres déclarations et non sur des diagnostics posés par des médecins. D'après A._____, les douleurs dorsales dont elle souffrait actuellement seraient apparues au mois de novembre 2009, date à laquelle elle aurait consulté la Dresse H._____ pour la première fois. Les épisodes douloureux isolés ressentis antérieurement ne relevaient nullement d'une maladie et elle les avait mis sur le compte de sa profession d'ambulancière qui l'obligeait à porter des charges lourdes. Les problèmes de santé, dont A._____ avaient souffert en 2002, avaient été soignés avec succès et ils n'avaient aucun lien de causalité avec ses problèmes actuels. Préalablement, elle a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante selon toutes précisions à fournir en cours d'instance. b) Les B._____ ont produit leur réponse le 5 juillet 2013, concluant au rejet de l'action de A._____ et à ce qu'elle soit déboutée de toute autre conclusion. Pour retenir la réticence, les B._____ ont exposé s'être fondées sur l'art. 26.1 du règlement de prévoyance, les différents rapports médicaux et l'avis de leur médecin-conseil sur la base du dossier constitué par l'AI. Selon le règlement de prévoyance, la réticence s'apprécierait d'après la méthode objective, tandis qu'il n'exigerait pas de lien de causalité entre le fait non ou inexactement déclaré et la survenance du sinistre. Le délai pour se départir du contrat serait de six mois à compter de la connaissance du fait litigieux. Au vu de l'ensemble des avis médicaux, les B._____ ont considéré que A._____ souffrait et se plaignait de douleurs lombaires chroniques depuis l'année 2001, qu'elle avait multiplié depuis 2001 les consultations et traitements auprès de différents médecins et établissements hospitaliers, en particulier de spécialistes du dos, et qu'elle avait pour habitude de consommer des anti-douleurs. Tant la prise régulière de ces comprimés que l'absence de résultat durable des traitements indiqueraient que les affections concernées, qui avaient par ailleurs eu des répercussions fonctionnelles, ne seraient ni bénignes, ni passagères. Estimant que le diagnostic de « lombalgies » aurait été posé en 2002 et que ces problèmes de dos auraient persisté de manière ininterrompue de 2001 à 2010, A._____ qui disposait d'une formation médicale aurait fait des déclarations objectivement inexacts dans le questionnaire de santé, ce qui justifierait la décision des B._____ de se départir du

contrat. c) Par décision du 7 août 2013, le juge instructeur a accordé à la demanderesse le bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi que désignant Me Roberto Izzo en qualité d'avocat d'office dans le cadre de la présente procédure. d) Dans sa réplique datée du 29 octobre 2013, A. _____ a conclu au rejet des conclusions prises par les B. _____ et confirmé, avec suite de frais et dépens, les conclusions prises au pied de sa demande du 3 mai 2013. Différents rapports médicaux datant de 2001 et de 2002 ont encore été produits. A. _____ a souligné ne pas être médecin et avoir déclaré ses problèmes dorsaux, sans que ces douleurs bénignes et occasionnelles – lui apparaissant liées à son activité d'ambulancière et au port de charges relativement lourdes – n'aient constitué les symptômes d'une maladie. Les rapports médicaux auraient été établis dans le contexte particulier d'une demande de prestations AI et le but aurait été alors de dresser un tableau le plus exhaustif possible de son état de santé. A. _____ a au surplus contesté avoir consulté un médecin avant 2010 à part son opticien ou été hospitalisée en raison de problèmes dorsaux et dû cesser toute activité sportive depuis l'année 2000. Ses problèmes dorsaux ou lombaires n'existeraient que depuis 2009 et ses douleurs inguinales préexistantes auraient pu être traitées en 2002. Lorsqu'elle avait répondu, dans le questionnaire de santé, à la question de savoir si elle avait souffert ou souffrait actuellement d'une maladie, A. _____ avait apporté une réponse forcément incomplète, dès lors que la question était vague dans le sens où elle ne précisait pas la gravité de l'atteinte à la santé et n'apportait aucune limite temporelle. e) Par duplique du 20 novembre 2013, B. _____ Fondation de prévoyance a repris à son compte toutes les conclusions des B. _____, auxquelles elle a demandé à se substituer dans cette cause. Elle a derechef conclu au rejet de la demande de A. _____. A titre de mesures d'instruction, elle a requis l'audition des Drs T. _____, L. _____ et H. _____, ainsi que la production du dossier du Dr T. _____ pour les années 2000 à 2010 et le dossier complet de l'AI. En revanche, elle s'est opposée à la mise en œuvre d'une expertise médicale. La Fondation de prévoyance a observé que les rapports médicaux de 2010 relevaient unanimement que A. _____ souffrait depuis une dizaine d'années de lombalgies, de sorte que celle-ci prétendait à tort qu'aucun diagnostic de lombalgie n'aurait été posé avant 2010 et que l'existence de douleurs dorsales avant la signature du questionnaire de santé ne serait pas prouvée. Selon cette institution, A. _____ ne saurait prétendre de bonne foi que ses lombalgies consistaient en un problème bénin, au vu des troubles fonctionnels, de la chronicité de l'affection, des douleurs nocturnes, de la multiplication des consultations et des plaintes récurrentes exprimées auprès des médecins. f) Dans ses déterminations du 4 février 2014, B. _____ Fondation de prévoyance a formulé différentes observations, après examen du dossier AI complété suite à la procédure de révision de rente, et a requis la production du dossier AI actualisé, y inclus la décision de l'OAI-VS à venir. Elle a relevé que les avis médicaux émis dans ce contexte corroboraient les avis des médecins qui s'étaient prononcés précédemment. Ces pièces confirmaient sa position, à savoir que A. _____ avait commis une réticence en ne déclarant pas les lombalgies chroniques dont elle souffrait depuis l'an 2000 environ et qui l'avaient du reste amenée à changer de métier. Elle a réitéré ces considérations par écriture du 7 mai 2014. g) Par courriers des 17 décembre 2013 et 28 mars 2014, A. _____ a intégralement maintenu la teneur de ses précédentes écritures. Elle a contesté les allégations des B. _____, en estimant que leur lecture du dossier AI était subjective. A. _____ aurait postulé, sans succès, comme anesthésiste en 2005 et elle aurait finalement trouvé un poste en tant qu'ambulancière, sans que ce choix ne fût en relation avec son état de santé. Les rapports

médicaux successifs auraient tous repris tels quels les termes figurant dans les premières anamnèses rédigées sur la base de ses déclarations. K. a) A titre de mesure d'instruction, la Cour de céans a interpellé le Dr T. _____ en date du 28 janvier 2015, requérant une anamnèse chronologiquement détaillée et des précisions sur l'évolution ponctuelle de l'état de santé de A. _____ entre 2002 et mars 2007. Il lui était demandé en particulier les dates des consultations, les diagnostics envisagés et retenus, les traitements en termes de prescription de médicaments ou d'autres moyens thérapeutiques, ainsi que les contrôles particuliers. b) Aux termes de sa réponse du 2 février 2015, le Dr T. _____ a communiqué les dates auxquelles il avait été consulté par A. _____, soit les 6 mars 2002, 15 mars 2002, 21 mars 2002, 2 mai 2002, 6 mai 2002, 26 août 2002, 2 décembre 2002, 15 février 2006 et le 20 février 2006 pour la dernière fois. En annexe à son courrier à la Cour, le Dr T. _____ a joint un tirage de son rapport du 7 mai 2002 au Dr AA. _____, chef de clinique au Service de rhumatologie du Centre hospitalier R. _____, où le Dr T. _____ a mentionné les diagnostics retenus dans le cas de A. _____, à savoir : · « Douleurs inguinales dans le cadre d'une probable pubalgie avec symphysite pubienne. · Lombopygalgie d'étiologie commune. · Œdèmes aux membres inférieurs et hématurie microscopique d'étiologie indéterminée. · Troubles de la concentration d'étiologie indéterminée. · Obésité. » S'agissant de l'anamnèse communiquée au Dr AA. _____, étaient soulignés notamment les éléments suivants : « [...] Elle signale depuis environ 1 an et demi des douleurs inguinales initialement à droite puis à gauche survenant principalement en position assise et actuellement d'intensité progressive. Elle décrit également des lombopygalgies chroniques surtout présentes en position assise et soulagée par le décubitus dorsal. [...]. En dépit de la prise d'AINS, l'évolution a été défavorable avec la persistance de ce tableau douloureux devenant invalidant lors de son activité d'infirmière. Les douleurs sont également parfois présentes la nuit. En parallèle, la patiente signale de nombreux troubles « fonctionnels » [...]. » Il ressortait également de ce document que A. _____ avait effectué différents examens auprès du Dr BB. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et consulté le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique aux Hôpitaux N. _____, qui lui aurait proposé une spondylodèse lombaire. Sous le dernier point de ce rapport au Dr AA. _____, intitulé « Discussion et propositions thérapeutiques », le Dr T. _____ était parvenu à la conclusion que « Mme A. _____ présent[ait] actuellement comme problème principal un tableau de lombopygalgies chroniques associées à des douleurs au niveau de la symphyse pubienne dont l'étiologie demeur[ait] actuellement inexplicée. » Au surplus, le Dr T. _____ a indiqué à la Cour de céans avoir posé, postérieurement à son rapport du 7 mai 2002 au Dr AA. _____, le diagnostic de « périarthrite de hanche droite avec des inguinalgies droites » le 2 décembre 2002 et n'avoir ensuite plus revu la patiente pendant près de quatre ans. Il a d'ailleurs ajouté : « [...] Elle est ainsi revenue me voir le 15 février 2006, et à ce moment-là les diagnostics étaient inchangés par rapport à ceux figurant sur la lettre adressée au Dr AA. _____ en 2002. Il n'y avait plus de signe en faveur d'une périarthrite de hanche, mais essentiellement des lombopygalgies. [...] » Le Dr T. _____ a également transmis un rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier R. _____, daté du 10 juin 2002, selon lequel le diagnostic principal consistait en un « syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne associé à des douleurs ostéo-articulaires diffuses », tandis que le premier élément de discussion était libellé comme suit : « Il s'agit donc d'une patiente étudiante infirmière de 32 ans, qui présente des douleurs inguinales chroniques.[...] » Le Dr T. _____ a décrit à l'attention de la Cour les différents examens

complémentaires (IRM des sacro-iliaques, bilan biologique sanguin) et traitements (anti-inflammatoires, physiothérapie, attelle au niveau du poignet droit, infiltration de corticoïdes et de Xylocaïne liée à une périarthrite de hanche droite) qui avaient été administrés en 2002. Durant cette période, le Dr T. _____ a mentionné avoir prescrit à A. _____ un premier arrêt de travail du 4 au 22 mars 2002 et un deuxième arrêt de travail du 26 août au 1^{er} septembre 2002. Le Dr T. _____ a ensuite mis en exergue ce qui suit : « [...] Par la suite, je n'ai plus revu cette patiente jusqu'au 15 février 2006. A ce moment-là, elle m'a reconsulté sans aucune documentation médicale, avec des allégations de douleurs qui étaient globalement inchangées en particulier au niveau lombaire. » Compte tenu de cette nouvelle poussée de lombalgie, le Dr T. _____ avait prescrit un arrêt de travail du 15 au 20 février 2006. A. _____ avait repris son travail à 100% le 21 février 2006, dès lors que le Dr T. _____ avait constaté une nette amélioration du syndrome lombo-vertébral. Enfin, selon ce praticien, A. _____ avait consulté d'autres médecins, sans que les informations corrélatives ne lui eussent été transmises. c) Invitée à se déterminer au sujet des éléments rapportés par le Dr T. _____, B. _____ Fondation de prévoyance a maintenu pour l'essentiel sa position par écriture du 18 février 2015. Elle a relevé que A. _____ avait consulté à de nombreuses reprises ce spécialiste en rhumatologie en 2002 et en 2006, que le diagnostic était demeuré le même à savoir une « lombopygalgie », c'est-à-dire des douleurs lombaires accompagnées de douleurs à la fesse, que des traitements anti-inflammatoires et de physiothérapie et des arrêts de travail de trois semaines en 2002 pour cause de rachialgies lombaires et d'une semaine en février 2006 en raison d'une nouvelle poussée de lombalgies avaient été prescrits, ce qui n'excluait d'ailleurs pas que d'autres arrêts de travail eussent été prescrits par d'autres médecins. A propos des médicaments administrés, elle a mis en exergue qu'il ne s'agissait pas de médicaments de première intention, mais destinés à traiter des douleurs d'une certaine importance. d) A. _____ a pour sa part fait valoir en date du 19 février 2015 que les explications du Dr T. _____ confirmaient son point de vue, dans le sens où ce dernier avait été consulté pour des douleurs inguinales qui consistaient en des épisodes passagers, intégralement traités et entièrement résorbés, et qui étaient sans relation avec les douleurs dorsales apparues en 2009, de sorte qu'elle pouvait être considérée en bonne santé lorsqu'elle avait rempli le questionnaire de l'assureur en 2006. e) Par mémoire subséquent du 11 mars 2015, B. _____ Fondation de prévoyance a réitéré ses arguments. Elle a contesté le fait que les déclarations du Dr T. _____ confortaient le point de vue de A. _____, en relevant, d'une part, que ledit spécialiste avait considéré les lombopygalgies chroniques et les lombalgies comme le problème principal, ce qui avait motivé l'arrêt de travail de trois semaines en 2002, et, d'autre part, qu'il n'y avait jamais eu de guérison des lombalgies entre décembre 2002 et février 2006 et même au-delà, puisque l'ensemble des médecins avaient confirmé la chronicité des douleurs lombaires. A. _____ ne pouvait, selon la défenderesse, pas se prévaloir de la pénibilité de son travail jusqu'en 2009, dans la mesure où elle avait changé de profession en 2006 compte tenu des lombalgies devenues insupportables. f) Le 12 mars 2015, A. _____ a persisté dans ses conclusions, en continuant d'alléguer que les lombopygalgies et les douleurs inguinales, qui avaient nécessité des traitements en 2002 et en 2006, demeuraient des épisodes isolés sans aucun rapport avec les affections survenues en 2009. 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]). 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), aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. c LPA-VD ; [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). b) En matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions proprement dites. Lorsqu'un litige surgit au sujet de prétentions qu'elles font valoir envers des assurés ou qu'elles leur refusent, ce litige doit se résoudre par la voie d'une action devant le tribunal compétent, de façon analogue à un litige privé (ATF 115 V 228 consid. 2). L'acte introductif d'instance revêt donc la forme d'une action de droit administratif (ATF 115 V 225 et 239 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). c) Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu de se référer sur le plan procédural aux règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. d) En l'espèce, la demanderesse a adressé, par acte du 3 mai 2013, une demande équivalant à une action au sens de l'art. 73 LPP à la Cour de céans. Déposée devant le tribunal compétent, l'acte qu'il convient effectivement de considérer comme une action de droit administratif est recevable à la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En vertu de l'art. 15 al. 1 LPA-VD, afférent à la substitution de partie, auquel renvoie l'art. 109 al. 1 LPA-VD, un tiers peut se substituer à une partie en procédure, lorsque, à teneur du droit matériel, il lui succède dans ses droits et obligations. Selon un contrat de transfert de patrimoine du 24 mai 2013 et la décision de l'Autorité de surveillance des fondations du 17 juin 2013, les B._____ ont transféré des actifs pour 843'718'256 fr. 87 et des passifs envers les tiers de 843'715'256 fr. 87 à B._____ Fondation de prévoyance. B._____ Fondation de prévoyance a déclaré, le 20 novembre 2013, se substituer aux B._____. Il y a lieu d'accepter cette substitution, qui n'est au demeurant pas contestée par la demanderesse, conformément aux art. 15 et 109 LPA-VD précités. 3. Dans la mesure où l'action de droit administratif déposée par la demanderesse tend au paiement d'une rente d'invalidité, la valeur litigieuse est potentiellement supérieure à 30'000 fr. de sorte que la cause doit être tranchée par une Cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). 4. Le litige porte sur le refus, pour cause de réticence, de la défenderesse d'accorder à la demanderesse des prestations d'invalidité surobligatoires dans le cadre de la prévoyance professionnelle. 5. Dans les limites de la LPP, les institutions de prévoyance peuvent adopter le régime des prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Selon l'art. 49 al. 2 LPP, lorsqu'une institution de prévoyance étend la prévoyance au-delà des prestations minimales, seules s'appliquent à la prévoyance plus étendue certaines dispositions. En l'occurrence, B._____ Fondation de prévoyance (initialement les B._____) est une institution de prévoyance qui est inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle. Il s'agit d'une institution de prévoyance enveloppante qui pratique la prévoyance obligatoire et plus étendue. 6. a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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), 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 [Tribunal fédéral] 9C_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2001 consid. 3c). 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) (TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1). Ainsi, pour juger si un assuré a commis ou non une réticence, on applique, en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires, les règles de la LCA (TFA B 131/05 du 27 mars 2006 consid. 2 et 3.1 ; ATF 119 V 286 consid. 4 ; 116 V 218 consid. 4). b) En toute hypothèse, que l'on applique les dispositions statutaires et réglementaires ou, par analogie, la LCA, la manière dont le proposant pouvait comprendre de bonne foi les questions de l'assureur est décisive (Vincent Brulhart, *Droit des assurances privées*, Berne 2008, n. 473, p. 215). En y répondant, le proposant doit indiquer tous les faits qui sont pertinents pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus. Cela doit être déterminé sur une base objective, en tenant compte d'un comportement correct et loyal de l'assuré, donc de l'attention que l'on doit attendre de lui. Les circonstances concrètes sont décisives, à savoir tout ce que le proposant doit savoir, à propos des faits importants, en fonction de son intelligence, de son niveau de formation, de son expérience et de sa situation personnelle globale. Le proposant ne satisfait à son obligation que lorsqu'il communique à l'assureur, outre les faits qui lui étaient d'emblée connus, les faits dont il ne pouvait pas faire abstraction en réfléchissant sérieusement aux questions de l'assureur (ATF 134 III 511 consid. 3). Ce qui est finalement décisif est la question de savoir dans quelle mesure le proposant pouvait de bonne foi donner une réponse négative à une question de l'assureur, selon la connaissance qu'il avait de la situation. Il peut, en outre, attacher aux termes employés le sens que le langage usuel leur attache (ATF 116 II 338 consid. 1c). c) Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré avait violé son obligation de déclarer quand, en répondant à une question précise et non équivoque de l'assureur, il nie des atteintes existantes ou passées à la santé, auxquelles il aurait dû attribuer le caractère de maladie en étant suffisamment diligent ou attentif. En revanche, taire ce qui peut être considéré comme une atteinte passagère au bien-être, non susceptible de se transformer en symptôme d'une souffrance plus sévère si l'on prend les mesures de précaution nécessaires, ne comporte pas de violation de l'obligation de déclarer (ATF 134 III 511 consid. 3.3.4). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions ; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur, ce qui constitue une question de droit que le Tribunal fédéral revoit librement (ATF 126 III 10 consid. 2b ; 136 III 334 consid. 2.4). 7. a) En l'occurrence, la teneur de l'art. 26.1 du règlement de prévoyance, tel qu'en vigueur au 1^{er} janvier 2005 et donc applicable au moment de l'affiliation de A. _____, est la suivante : « En cas de réticence, c'est-à-dire lorsqu'il est établi que la déclaration de santé ou le certificat médical remis à l'institution de prévoyance est inexact ou incomplet, l'institution de prévoyance n'est pas liée par le contrat à l'égard de l'assuré réticent à condition qu'elle s'en soit départie dans les six mois à partir du moment où elle a connaissance de la réticence. Toutefois, les prestations minimales demeurent garanties sous réserve de l'article 24 du règlement de prévoyance. » La disposition précitée prévoit donc, d'une part, ce qu'il

faut entendre par réticence et, d'autre part, ce qu'il advient en cas de réticence avérée. b) Telle que définie par le règlement de la défenderesse, la réticence consiste dans une déclaration de santé ou un certificat médical inexact ou incomplet. En effet, l'art. 12 dudit règlement précise ce qui suit : « Dans la prévoyance professionnelle supérieure au minimum LPP ou hors-LPP, l'institution de prévoyance délivre à l'assuré une déclaration de santé à compléter et à lui retourner (al. 1). Cette déclaration revêt la forme de réponses à un questionnaire de santé établi par B. _____ (al. 2). L'institution de prévoyance peut exiger en outre un examen médical ou un rapport médical concernant l'assuré, effectué ou établi par un médecin agréé et rétribué par elle (al. 3). Suivant le résultat du bilan de santé, l'institution de prévoyance peut fixer, pour les prestations en cas d'invalidité ou de décès, une ou plusieurs réserves d'une durée maximale de 5 ans ou refuser l'affiliation. Dans ces cas, B. _____ notifie sa décision, par écrit, à l'assuré (al.4). Si le cas d'assurance qui avait fait l'objet d'une réserve médicale se réalise, les prestations qui en découlent sont réduites aux prestations minimales légales jusqu'à leurs échéances (al. 5). [...] » c) Les institutions de prévoyance sont habilitées à restreindre la protection conférée par la couverture d'assurance en instaurant une réserve pour raisons de santé aux conditions posées par l'art. 14 LFLP (loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.42). Selon l'art. 331c CO (code des obligations ; RS 220), les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès et la durée de ces réserves est de cinq ans au plus. Eu égard aux réponses données au questionnaire de santé, l'institution de prévoyance était ainsi, sur la base de l'art. 12 de son règlement, en droit d'exiger un examen ou rapport médical et, selon le résultat du bilan de santé, d'émettre une réserve pour raisons de santé, c'est-à-dire apporter une restriction individuelle, concrète et limitée dans le temps de la couverture d'assurance dans un cas particulier (cf. également ATF 127 III 235 consid. 2c). d) En signant le formulaire de déclaration de santé le 10 novembre 2006, la demanderesse a répondu par la négative à la question de savoir si elle avait souffert ou souffrait à ce moment-là de maladie. On rappellera que la notion de maladie est définie par l'art. 3 al. 1 LPGA, auquel on peut se référer par analogie, comme une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. e) In casu, la demanderesse exerce une profession médicale depuis 1996. Comme le précise son curriculum vitae, elle a occupé le poste d'ambulancière, à partir de cette année-là et au-delà de l'obtention de son diplôme d'infirmière en 2005. Le certificat de travail établi le 10 janvier 2007 par l'Ensemble hospitalier DD. _____ pour la période du 1^{er} août 2005 au 31 décembre 2006 atteste qu'elle a travaillé en qualité d'infirmière et que son domaine d'activité comportait « la prise en charge des patients en situation d'urgence, les soins spécifiques et l'évaluation des priorités, le fait d'informer, rassurer et sécuriser les patients, la participation à la dynamique du service lors de colloques ou de cours, ainsi que la mise à jour du tableau de répartition des patients ». Dès janvier 2007, elle a en outre été employée en tant que régulatrice pour la centrale téléphonique d'urgence. f) Il ressort par ailleurs du dossier médical à disposition que la demanderesse a consulté plusieurs médecins spécialistes dans les cantons de [...], de [...] et du [...]. Les rapports médicaux établis de 2001 à ce jour font successivement état de plusieurs symptômes. Tous ces rapports médicaux s'accordent cependant sur le fait que la demanderesse présente des problèmes lombaires et que cette problématique est ancienne. Le Dr T. _____, rhumatologue, qui a été consulté en 2002, puis en février 2006, indique clairement que sa patiente présentait

comme problème principal un tableau de lombopygalgies chroniques et que les douleurs restaient globalement inchangées au niveau lombaire, ce qui l'avait conduit à lui prescrire des arrêts de travail ponctuels en 2002 (du 4 au 22 mars, du 26 août au 1^{er} septembre) et en 2006 (du 15 au 20 février). Lorsqu'il a décidé d'adresser la demanderesse au Dr AA. _____, chef de clinique au service de rhumatologie du Centre hospitalier R. _____, le Dr T. _____ a mentionné la persistance d'un tableau douloureux devenant invalidant au vu de l'activité d'infirmière exercée par sa patiente. Les explications du Dr T. _____ révèlent en outre que d'autres médecins ont été consultés par la demanderesse, en tout cas en 2001 et 2002, notamment les Drs BB. _____, AA. _____ et U. _____. Les autres avis médicaux délivrés par différents spécialistes à partir de 2010 relatent que les douleurs lombaires (lombalgies) de la demanderesse sont présentes de façon récurrente depuis de nombreuses années, les différents traitements prescrits n'ayant eu qu'un effet modéré. Ces lombalgies sont présentes déjà depuis l'enfance et un épisode de lombalgies aiguës et invalidantes est survenu en 2001-2002, selon le rapport de la Dresse P. _____ du 29 avril 2010. Dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire mise en œuvre par l'OAI-VS, le Dr X. _____ a retenu, comme antécédents médicaux, des lombalgies connues depuis une douzaine d'années, à l'issue de son rapport du 18 octobre 2012. Singulièrement, certains rapports médicaux précisent que ces douleurs lombaires sont devenues telles que la demanderesse a dû renoncer à faire du sport et qu'elle a dû arrêter son emploi d'infirmière-ambulancière. Conformément au rapport de la Dresse L. _____ du 17 février 2010, elle a dû renoncer à faire du sport depuis une dizaine d'années. La demanderesse a travaillé deux ans comme infirmière-ambulancière, après sa formation d'infirmière, et a dû interrompre cette activité car les douleurs lombaires étaient devenues insupportables en position debout, d'après le rapport de la Dresse P. _____ du 29 avril 2010. Le rapport de la Dr H. _____ du 27 juillet 2010 décrit que les douleurs lombaires existent depuis environ cinq ans, raison pour laquelle la demanderesse a changé de profession, en vain. Comme le montre le certificat de travail du 10 janvier 2007 (cf. point 7e supra), la demanderesse a occupé du 1^{er} août 2005 au 31 décembre 2006 un poste correspondant à celui d'une infirmière chargée de fournir des soins et d'informer les patients, ainsi que d'autres tâches d'ordre administratif. Dès janvier 2007, elle a été employée en tant que régulatrice pour le compte de la centrale téléphonique d'urgence. Il peut en être déduit que l'évolution défavorable de l'état de santé de la demanderesse l'avait visiblement amenée, au fil des ans, à modifier son activité professionnelle. On ajoutera que la demanderesse a elle-même déclaré explicitement, dans le formulaire de demande de prestations AI, complété et signé le 15 juin 2010, que l'atteinte à la santé était d'ordre lombaire (point 6.2) et que cette atteinte existait depuis 2000, soit 10 ans (point 6.3). g) Eu égard à ce qui précède, on ne peut donc suivre la position exprimée par la demanderesse, lorsqu'elle allègue n'avoir jamais consulté de médecins pour des problèmes dorsaux avant 2010 et prétend que ses problèmes de santé survenus en 2002 ne représentaient que des épisodes douloureux occasionnels, isolés et bénins. L'argument invoqué, selon lequel les rapports médicaux se basaient sur ses propres déclarations, et non sur des diagnostics posés par des médecins, et qu'ils avaient été établis dans le cadre d'une demande de prestations AI pour dresser un tableau le plus exhaustif possible de l'état de santé de la demanderesse, met bien au contraire en lumière le fait que la demanderesse se prévaut, elle-même, de problèmes d'ordre lombaire existant depuis plusieurs années pour appuyer sa demande de prestations d'assurances sociales. Dans le cas d'espèce, il faut retenir, sur la base du résultat de l'instruction complémentaire décidée par la Cour de céans,

que le diagnostic principal retenu en 2002 et en 2006 consistait dans des lombopyalgies chroniques, que cette atteinte à la santé avait exigé un certain nombre d'exams et de traitements médicaux et provoqué, lors de phases aiguës, des périodes d'incapacité de travail. Au bénéfice d'une formation médicale, la demanderesse ne pouvait légitimement ignorer que ces troubles représentaient plus qu'une simple atteinte à son bien-être, ce d'autant que ces troubles récurrents l'avaient amenée à consulter plusieurs médecins spécialistes et avaient affecté son activité professionnelle. h) Il s'ensuit que la demanderesse n'a pas répondu de manière conforme à la question, dénuée d'ambiguïté, de savoir si elle avait souffert ou souffrait à ce moment-là de maladie, en remplissant le formulaire de déclaration de santé le 10 novembre 2006. En ne signalant pas ses problèmes lombaires chroniques, elle a omis de déclarer un fait pertinent pour l'appréciation du risque, qu'elle ne pouvait alors ignorer et qui se trouve en relation de causalité avec le risque d'invalidité survenu. On ne saurait qualifier ce fait d'insignifiant, puisqu'il avait déjà impacté la capacité de travail de la demanderesse en 2001-2002, ainsi qu'en février 2006, et qu'il a justifié le versement d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2011. Si la défenderesse avait eu connaissance des problèmes de santé de la demanderesse, elle aurait vraisemblablement exigé un examen médical par un médecin agréé et éventuellement émis une réserve. i) La demanderesse a ainsi commis une réticence au sens du règlement de prévoyance applicable et s'est exposée aux conséquences prévues à l'art. 26.1 dudit règlement. C'est donc à bon droit que l'institution de prévoyance s'est départie, dans les six mois à partir du moment où elle a eu connaissance des circonstances du cas sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, du contrat qui la liait au dernier employeur de la demanderesse et a versé à celle-ci des prestations selon le minimum LPP. 8. a) Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de mettre sur pied une expertise lorsqu'il est établi qu'une telle mesure d'instruction ne conduirait pas à un résultat différent (appréciation anticipée des preuves : ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_405/2010 du 18 mars 2011 consid. 4.4). b) En l'occurrence, le dossier contient les appréciations médicales du médecin traitant, des différents médecins spécialistes consultés (spécialistes FMH en neurologie, en anesthésie, en chirurgie et en rhumatologie), de médecins internes à l'assureur social (SMR) et des experts mandatés dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire. Ces rapports médicaux mettent tous en évidence des problèmes lombaires (lombalgies, lombopyalgies) persistants depuis de nombreuses années. Dans la mesure où ces avis concordent sur ce point et où ils correspondent aux indications données par la demanderesse elle-même, on peut considérer que l'état de fait est suffisamment établi et, partant, qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une autre expertise. 9. Il résulte de l'exposé qui précède que la demande formée le 3 mai 2013 ne peut qu'être rejetée. a) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. b) La demanderesse, qui succombe, n'a par ailleurs pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD). Bien que la défenderesse obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre des dépens de la part de la demanderesse. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5

LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. La recourante a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Roberto Izzo (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 19 octobre 2015, Me Izzo a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure, annonçant 35 heures et 20 minutes consacrées au dossier corrélatif dès le 10 octobre 2012. Cette liste demeure globalement dans les limites matérielles et temporelles fixées par la décision du juge instructeur du 7 août 2013, les activités préalables au dépôt de la demande pouvant être retenues en l'occurrence. Il s'agit en définitive de prendre en compte les opérations effectuées par Me Izzo à hauteur de 35 heures et 20 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit 6'360 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]). A ce montant s'ajoutent les débours par 84 fr. 25 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 6'959 fr. 50 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette indemnité est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenu de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités dudit remboursement (art. 5 RAJ).

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