VD_FINDINFO PP 17/09 - 57/2011 vom 13. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_PP_17_09_-_57_2011

FR: VD_FINDINFO PP 17/09 - 57/2011 du 13 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO PP 17/09 - 57/2011 del 13 settembre 2011

Regeste

RÉSERVE D'ASSURANCE, ATTEINTE DÉGÉNÉRATIVE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, LF SUR LA PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE VIEILLESSE, SURVIVANTS ET INVALIDITÉ, PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE, PRÉVOYANCE PLUS ÉTENDUE | 331c CO, 10 al. 1 LPP, 10 LPP

Erwägungen

E. 13

septembre 2011 _____ Présidence de M. Jomini Juges : M. Gutmann et Mme Férolles, assesseurs Greffière: Mme Favre ***** Cause pendante entre : Q._____ , à Lausanne, demandeur, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne, et X.Y._____ , à Lausanne, défenderesse, représentée par Me Jacques-André Schneider, avocat à Genève. _____ Art. 10 al. 1 LPP; art. 331c CO E n f a i t : A. Q._____ (ci-après: le demandeur), né en 1952, a travaillé pour la société Y._____ en qualité d'acheteur pour les services généraux, du 1 er juin au 31 décembre 2005. Il est en incapacité de travail depuis le 19 décembre 2005. B. Au début des rapports de travail, Q._____ a été assuré, au sens des dispositions de la loi fédérale du 25 juin 1992 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP ; RS 831.40), auprès de la Fondation de prévoyance X.Y._____ (ci-après : la fondation de prévoyance, ou la défenderesse), qui gère la caisse de retraite Y._____ (ci-après: Y._____). Le règlement du plan de prévoyance de cette caisse de retraite (ci-après : le règlement) comporte notamment les prescriptions suivantes (dans sa teneur du 1 er janvier 2005, étant précisé que la version du règlement du 1 er janvier 2007 est identique, s'agissant de ces deux articles) : "Article 1.4. Conditions particulières d'admission et de sortie 1.4.1. La couverture décès et invalidité est accordée pour autant que l'affilié jouisse de sa pleine capacité de gain lors de l'affiliation. A ce moment chaque affilié doit remplir véridiquement le formulaire « Déclaration de santé » pour son admission au plan de rentes ou au plan d'épargne. S'il ne le fait pas dans les délais demandés, Y._____ se réserve le droit: - de réduire les prestations décès et invalidité aux prestations minimales selon la LPP. Les dispositions de l'article 1.5 demeurent réservées. […] Article 1.5. Visite médicale 1.5.1. Le Conseil de Fondation peut exiger de tout nouvel affilié qu'il se soumette à une visite médicale aux frais de Y._____ . Il peut également exiger de tout affilié en incapacité de gain qu'il se soumette périodiquement à une visite médicale aux frais de Y._____ . 1.5.2. Si le résultat de la visite médicale est défavorable, le Conseil de Fondation peut modifier les conditions d'assurance. 1.5.3. Les réserves médicales que peut émettre Y._____ ne touchent pas la part de prestation correspondant au minimum légal prévu par la LPP. Leur durée ne peut excéder cinq ans. Une réserve émise par l'ancienne institution de prévoyance peut être maintenue à condition toutefois que le temps de réserve

déjà écoulé soit pris en compte. Si l'affilié devient invalide ou décède d'une affection ayant fait l'objet d'une réserve durant la période de validité de celle-ci, les prestations d'invalidité, de survivants ou d'enfants de Y._____ sont réduites de manière permanente aux prestations minimales LPP. 1.5.4. La modification des conditions d'assurance sera notifiée à l'affilié sous pli recommandé." En l'occurrence, le demandeur a rempli et signé le 8 juin 2005 la formule « Déclaration de santé » prévue à l'art. 1.4.1 du règlement. Il a répondu ainsi aux trois premières questions : - Etes-vous actuellement en pleine capacité de travail ? Oui - Avez-vous dû, au cours des 5 dernières années, interrompre votre travail totalement ou partiellement durant plus de 4 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident ? Non - Etes-vous actuellement en traitement médical ? Non La formule indique ceci, comme remarque finale : « La confirmation d'affiliation vous sera remise personnellement par l'administration de la Fondation après réception de ce document et éventuelle analyse et/ou visite médicale auprès de notre médecin-conseil, conformément à l'art. 1.4 du règlement de Y._____. Entre-temps les conditions d'assurance correspondent au minimum légal prévu par la LPP ». Sur la base de ces déclarations, la fondation de prévoyance a accepté sans réserve le demandeur dans le plan de prévoyance surobligatoire dès le 1 er juin 2005. Elle l'en a informé par une lettre du 16 août 2005. C. Les circonstances ayant entraîné l'incapacité de travail du demandeur, dès le 19 décembre 2005, sont décrites ainsi dans un rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr N._____, psychiatre à Carouge (rapport requis par la [...], assureur perte de gain) : "Il est embauché par Y._____ le 1 er juin 2005 comme acheteur des services généraux. Sur cette place de travail, le patient était responsable d'une cellule d'achats, mais très rapidement il va se sentir exclu de ses responsabilités, voire « mobbé » par sa supérieure hiérarchique et va subir durant 6 mois une disqualification, une mise à l'écart, un dénigrement et « ravaler » sa colère et son agressivité. Dans le courant du mois de novembre, il explose sous forme de pleurs sur sa place de travail tout en masquant une colère importante. Il sera licencié de cette entreprise le 31.12.2005 et au vu des symptômes dépressifs qui se sont développés dans le courant du mois de décembre 2005, le patient va être pris en charge par les Institutions Universitaires de Psychiatrie à Lausanne dès le 19 décembre 2005. Un traitement médicamenteux sera instauré, de même qu'une prise en charge psychothérapeutique et un arrêt de travail à 100% sera effectué." Le 28 octobre 2005, Y._____ (l'employeur) avait écrit au demandeur pour lui signifier la fin des rapports de travail au 30 novembre 2005. Ce terme a ensuite été repoussé au 31 décembre 2005. D. La défenderesse s'est adressée le 25 avril 2006 à son médecin-conseil, le Dr C._____, à propos de l'état de santé du demandeur. Ce médecin lui a répondu le 16 mai 2006, en signalant – sur la base d'un dossier – que l'intéressé souffrait d'une « pathologie chronique apparemment sévère ». Il a ajouté : « Si son état devait empirer et si une rente d'invalidité devenait une possibilité, il serait important d'avoir pu établir clairement qu'il s'agit d'une affection qui a débuté avant son engagement chez Y._____ ». Le 19 mai 2006, la défenderesse a écrit au Dr C._____ en lui indiquant qu'un examen plus approfondi du cas s'imposait. Elle ajoutait que dans l'hypothèse où l'incapacité de gain pourrait être limitée dans le temps (maximum 6 mois), la fondation de prévoyance poursuivrait la libération du paiement des cotisations pour quelques mois ; en revanche, dans l'hypothèse où l'incapacité de gain du demandeur devrait être considérée comme permanente, le médecin-conseil était invité à entreprendre les démarches auprès des différents médecins pour déterminer les causes et la date de l'origine de cette incapacité. Dans une lettre du 5 juillet 2006 à la défenderesse, le Dr C._____ a exposé qu'il avait

examiné le demandeur le 13 juin précédent, et qu'il s'était rendu compte qu'il souffrait d'un trouble dépressif majeur récurrent, d'un diabète et d'une hypertension artérielle non mentionnés dans le questionnaire d'admission. Il pensait, sans en être certain, que l'incapacité de gain était limitée dans le temps. Le 12 juillet 2006, la défenderesse a demandé au Dr C._____ d'établir « une réserve pour les troubles de santé récurrents et existant préalablement à la date d'affiliation au 1 er juin 2005 ». Le 14 juillet 2006, le Dr C._____ a remis à la défenderesse le document suivant, destiné au demandeur : "Réserve médicale Monsieur, La Fondation de prévoyance X.Y._____ m'a demandé d'analyser votre situation médicale. Par la présente, je vous indique que les conditions d'assurance définies selon le règlement du plan de prévoyance de la caisse de retraite Y._____ ne peuvent vous être octroyées sans une réserve médicale, conformément à l'article 1.4 du règlement précité. L'intitulé de la réserve médicale émise est le suivant: « sont réservés les troubles de l'humeur, le diabète et l'hypertension artérielle ainsi que leurs conséquences.»" Le 21 août 2006, la défenderesse a écrit au demandeur la lettre recommandée suivante : "Nous nous référons à notre courrier du 16 août 2005 dans lequel nous vous confirmions votre affiliation, sans réserve, au sein de notre Fondation dès le 1 er juin 2005. Cette confirmation avait été faite sur la base de votre déclaration de santé laquelle stipulait notamment que vous n'étiez pas en traitement médical. II semblerait néanmoins que vous souffriez d'une affection chronique peu compatible avec une absence de traitement médical à la date de votre engagement au sein Y._____. Dès lors, nous avons soumis votre cas à notre médecin conseil, le Dr C._____, lequel arrive à la conclusion de la réalité de votre incapacité de travail mais également au fait que qu'une réserve aurait dû être émise à la date de votre affiliation. Dès lors, nous vous prions de considérer notre courrier du 16 août 2005 comme nul et non avenu et vous confirmons votre affiliation dès le 1 er juin 2005 au sein du plan de prévoyance de la Caisse de retraite Y._____ avec des conditions d'assurance modifiées. Notre Conseil de fondation a décidé, dans sa séance du 7 mai 1998, d'appliquer dès cette date, toutes les réserves médicales proposées par notre médecin-conseil, ce, conformément à l'art. 1.5. de notre règlement du 01.01.2005 et de modifier ainsi vos conditions d'assurance. L'intitulé de la réserve médicale définie par le Dr C._____ est indiqué dans sa lettre du

E. 14

juillet 2006 que nous vous remettons en annexe, dans une enveloppe cachetée par ses services et dont le contenu est connu de lui seul. Cette réserve médicale commence dès votre affiliation au 01.06.2005 et est valable pour une durée de 5 ans. Nous vous prions de bien vouloir dater et signer la copie de la présente et nous la retourner au moyen de l'enveloppe ci-jointe." Le demandeur a renvoyé à la défenderesse, le 28 août 2006, la copie de cette lettre, munie de sa signature. E. Après la fin de son contrat avec Y._____, comme l'incapacité de travail était durable, Q._____ a demandé des prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité (degré de 100 %) dès le mois de décembre 2006, soit à l'échéance du délai de carence d'un an à partir du début de l'incapacité de travail. Cette décision de l'Office AI a été prise, sur la base d'un préavis du 18 juillet 2008, qui n'a pas été contesté. F. La défenderesse a demandé au Dr C._____ de compléter son analyse de la situation médicale du demandeur. Le Dr C._____ a écrit ce qui suit à la défenderesse, le 13 décembre 2007 : "Suite à votre lettre du 20 juillet 2007, j'ai pris contact avec les différents médecins qui soignent M. Q._____ (1952), soit les Doctoresses B._____ de Lausanne et V._____ de la PMU. J'ai également demandé

un double du dossier AI du patient. Sur la base de ces informations, je suis en mesure de vous répondre comme suit : M. Q._____ est actuellement totalement incapable de travailler et cette incapacité a des risques d'être définitive. Les raisons de cette incapacité sont avant tout physiques mais il y a probablement une composante psychique. Les raisons physiques trouvent leur cause dans une probable complication du diabète dont souffre M. Q._____ depuis 2001. De toute manière, cette complication a commencé à se manifester et a été investiguée en juin 2004. Lorsque j'ai discuté avec le patient à mon cabinet en juin 2006, il m'a parlé de son diabète, mais pas des complications. En ce qui concerne les troubles psychiques, récurrents, ils se sont manifestés au moins à deux reprises avant son affiliation à la FPE. Si M. Q._____ avait rempli correctement son questionnaire d'admission, je lui aurais certainement mis une réserve pour les troubles de l'humeur ainsi que le diabète et ses complications de même que pour les affections neurologiques puisqu'il n'est pas certain que ses troubles neurologiques soient une complication du diabète. J'ignore si M. Q._____ était assuré auprès d'une autre fondation de prévoyance en 2004." G. Le dossier AI, auquel se réfère le Dr C._____ (dossier de l'Office AI relatif à la demande de prestations déposée par Q._____) contient un rapport médical du 27 juin 2007, établi à la requête de l'Office AI par la Dresse B._____, psychiatre traitant. Ce rapport mentionne ce qui suit à propos des antécédents médicaux : "Dans ses antécédents, M. Q._____ a déjà souffert d'un état dépressif en 1992 suite à son divorce auquel il n'était pas préparé, sa femme ayant rencontré un autre homme. Une thérapie familiale sera prodiguée par le Docteur J._____ dans un premier temps, puis M. Q._____ sera suivi par ce psychothérapeute en individuel. Lors de cet état le patient avait été hospitalisé à deux reprises à la Clinique [...]. Il présentera à nouveau des signes dépressifs en 2001, sera à nouveau suivi par un psychiatre et aura un traitement antidépresseur durant environ une année; le conflit sur la place de travail en 2005 réactivera les symptômes psychiques déjà présentés de par le passé." Le rapport de la PMU (Policlinique médicale universitaire de Lausanne) auquel se réfère le Dr C._____ est un rapport qui lui a été adressé le 6 août 2007, établi par la Dresse V._____, médecin assistante, et par le Dr H._____, chef de clinique. Ce rapport indique ce qui suit, s'agissant du diagnostic et de l'évaluation de la capacité de travail : " Diagnostic exact des affections en rapport avec l'incapacité de travail actuelle, date des diagnostics? - Lombosciatalgies L5 droite sur hernie discale médiane L4-L5 (diagnostic posé en novembre 2006). - Polyneuropathie des membres inférieurs asymétriques, sévères, à prédominance motrice d'origine indéterminée, en aggravation (selon toutes les informations à notre disposition, ce diagnostic apparaît pour la première fois dans le rapport du Dr W._____ du 28.06.2004, le patient étant suivi à cette époque-là chez le Dr M._____). - Etat dépressif (diagnostic remontant à environ janvier 2006). […] Sur quel(s) élèments(s) l'incapacité de travail actuelle est-elle fondée? L'incapacité de travail actuelle est essentiellement fondée sur la polyneuropathie des membres inférieurs occasionnant une faiblesse musculaire entravant la mobilité du patient (monter des escaliers, conduite automobile) et occasionnant des douleurs quotidiennes des membres inférieurs. Concernant l'état dépressif, l'évolution était lentement favorable dès janvier 2007 sous traitement antidépresseur et suivi psychiatrique rapproché. Depuis 1 à 2 mois, le patient présente une nouvelle symptomatologie dépressive réactionnelle à ses problèmes de santé et aux soucis d'ordre professionnel, financier et assécurologique qui en découlent. A la question d'une éventuelle participation de l'état dépressif à l'incapacité de travail actuelle, la Dresse B._____, psychiatre habituelle du patient, pourra mieux vous renseigner. […] M. Q._____ présente-t-il d'autres pathologies? Oui, M. Q._____

souffre d’une hypertension artérielle essentielle, d’un diabète de type 2 depuis 1997, d’une hypercholestérolémie et d’un état dépressif après un licenciement en décembre 2005." Le dossier AI contient également un rapport du 27 novembre 2007 du Service de neurologie du CHUV (Prof. K._____, Dr D._____), qui contient les passages suivants : "Diagnostic(s) retenu(s) - Polyradiculonévrite chronique (PRNc) associée au diabète. Contexte clinique: depuis la dernière consultation, le patient raconte une péjoration des douleurs (dysesthésies thermiques) qui atteignent cette fois l'ensemble des 2 membres inférieurs. Les symptômes sont insomniants. Actuellement, le patient parvient difficilement à monter les escaliers et utilise une canne pour ses déplacements extérieurs par peur des lâchages de la jambe gauche. Il décrit une faiblesse et hypoesthésie de la main droite. […] Synthèse et conclusion M. Q._____ présente actuellement une gêne fonctionnelle importante en relation avec une polyradiculonévrite chronique pour laquelle nous n'avons pas d'autre explication que la comorbidité du diabète. […] Du point de vue assécurologique, une amélioration rapide n'est pas à escompter et nous ne pouvons actuellement pas nous prononcer sur la capacité de travail future du patient." Dans un rapport du 8 juillet 2008, le Service médical régional de l’AI (ci-après: le SMR) a présenté une appréciation synthétique des éléments médicaux pertinents du point de vue de l’AI (la décision d’octroi d’une rente AI entière a été rendue notamment sur cette base – cf. supra, let. E). Le SMR a retenu, comme atteinte principale à la santé, une « polyneuropathie sévère des membres inférieurs d’origine indéterminée », et comme pathologies associées du ressort de l’AI un trouble dépressif récurrent ainsi que des lombosciatalgies. Ce rapport du SMR (sans examen clinique) résume ainsi l’ « histoire médicale » du demandeur : "- En 1992, épisode dépressif suite à son divorce. - En 2004, constat d'une polyneuropathie, possiblement d'origine diabétique, mais sans répercussion sur la capacité de travail. - En décembre 2005, à la fin de l'engagement chez Y._____, trouble dépressif récurrent, épisode sévère, responsable de l'arrêt de travail. Cette pathologie a évolué favorablement, et à partir de juin 2007, une reprise d'une activité à 50% était envisagée du point de vue psychiatrique. - Depuis fin 2006, apparition de lombo-sciatalgies, attribuées initialement à un problème disco-vertébral lombaire. Evolution de cette symptomatologie vers une polynévrite de plus en plus sévère, pour laquelle il n'a toujours pas été possible de trouver une explication étiologique claire. Cette affection a compromis la reprise du travail en juin 2007 et c'est désormais cette atteinte neurologique qui est responsable de l'incapacité de travail." H. Le 9 janvier 2008, la défenderesse a écrit au demandeur pour lui exposer que le Dr C._____ avait « indiqu[é] que la réserve médicale établie le 14 juillet 2006 l’avait été sur des bases incomplètes, certains éléments ne lui ayant pas été communiqués lors de l’examen du 13 juin 2006 ». Cette lettre ajoutait : "De ce fait et vu que la déclaration de santé à l’entrée n’a pas été remplie véridiquement selon l’art. 1.4.1 du règlement, nous vous informons que nous ne pouvons pas vous affilier au plan de rentes aux conditions normales. L’ensemble des prestations décès et invalidité sont réduites aux prestations minimales selon la LPP. Cette réserve commence dès votre affiliation et est valable pour une durée de 5 ans." A la requête du demandeur, la défenderesse a précisé, dans une lettre du 26 mai 2008, qu’elle avait constaté qu’il n’avait pas fait mention, ni dans la « déclaration de santé » ni lors de la visite au cabinet du médecin-conseil, qu’il souffrait de diabète avec des complications depuis 2004, ni que les troubles psychiques récurrents s’étaient manifestés au moins à deux reprises avant son affiliation. I. Le 24 juillet 2008, la défenderesse a octroyé au demandeur une rente d’invalidité à 100 % de 566 fr. par mois, à compter du 19 décembre 2007, montant correspondant au minimum LPP. J. Interpellée par le demandeur, la défenderesse a

fourni les précisions suivantes dans une lettre du 7 novembre 2008 : "Après consultation de notre médecin-conseil, ce dernier nous confirme que M. Q._____ n'a effectivement pas répondu correctement aux trois premières questions de notre formulaire. A la 1 ère question: Etes-vous actuellement en pleine capacité de travail? M. Q._____ a choisi de banaliser les troubles neurologiques investigués et diagnostiqués en 2004 et se manifestant à l'époque par une faiblesse musculaire considérée comme sévère à droite et plus discrète à gauche. Compte tenu du nombre de médecins qui ont examiné M. Q._____, il serait extrêmement étonnant qu'aucun de ces derniers n'ait averti M. Q._____ que la neuropathie des membres inférieurs dont il souffrait était une affection à évolution progressive. A la 2 ème question: Avez-vous dû au cours des 5 dernières années interrompre votre travail totalement ou partiellement durant plus de 4 semaines en raison d'une maladie ou d'un accident? M. Q._____ a volontairement caché au moins une incapacité de travail de 4 mois en 2001 alors qu'il travaillait pour [...] et qu'il a mentionné lors de l'examen médical subi le 13 juin 2006 chez le Dr C._____. Le cas échéant, le Dr C._____ pourrait interroger les Docteurs G._____ de Genève, L._____ et M._____ de Lausanne qui ont soigné M. Q._____ entre 2001 et 2006. A la 3 ème question: Etes-vous actuellement en traitement médical? M. Q._____ aurait dû répondre par l'affirmative. En effet, il a été traité médicalement pour une hypertension et un diabète depuis au moins 2001. Lors du même entretien, il a signalé avoir interrompu son traitement pendant une année durant son séjour au Portugal. Lors de son retour en Suisse en 2003, il a consulté le Dr L._____ et repris son traitement." En évoquant des troubles neurologiques diagnostiqués en 2004, la défenderesse se réfère à un rapport du 28 juin 2004 du Dr W._____, neurologue à Lausanne (rapport figurant au dossier de l'Office AI). Ce médecin avait diagnostiqué une polyneuropathie axonale et myélinique à nette prédominance motrice. Il avait notamment exposé ce qui suit : "Au terme du présent bilan, je ne peux donc que confirmer l'existence d'une atteinte neurologique périphérique à l'origine des plaintes exprimées par M. Q._____. Il est par contre difficile de préciser l'étiologie exacte des troubles. Il est possible que le rétrécissement du diamètre du canal rachidien et la hernie discale L4-L5 jouent un rôle dans les déficits moteurs présentés par M. Q._____. Néanmoins, l'importance des altérations électroneurographiques et la présence de signes de dénervation également au niveau de la loge postérieure des deux jambes fait penser que l'élément pathologique prédominant est l'atteinte neuropathique. S'agissant de cette atteinte polyneuropathique, il n'est pas possible non plus de formuler un diagnostic de certitude quant à l'origine de cette dernière. Il est clair que la notion d'un diabète préalable peut faire penser qu'il s'agit d'une complication du syndrome métabolique. On doit néanmoins évoquer d'autres possibilités étiologiques avec tout particulièrement l'éventualité d'une atteinte inflammatoire, d'une grammapathie." K. Le 17 février 2009 puis le 26 mars 2009, le demandeur a écrit à la défenderesse pour demander le versement des prestations de prévoyance surobligatoire, avec effet rétroactif au

E. 19

décembre 2007. La défenderesse a communiqué son refus par lettres du 25 puis du 31 mars 2009. L. Dans une demande déposée le 26 juin 2009, Q._____ prend des conclusions tendant à ce que la Fondation de prévoyance X.Y._____ soit condamnée à lui payer 48'067 fr. avec intérêts à 5 % dès le 15 août 2008 (conclusion I) et, à compter du jour de la demande, une rente annuelle de 37'150 fr., correspondant à une rente mensuelle de 3096 fr. (conclusion II). La défenderesse conclut au rejet des conclusions du demandeur. Dans ses déterminations, le demandeur confirme ses conclusions. M. Les parties ont comparu à

l’audience du 6 juin 2011. Le Dr P._____, qui suit le demandeur en tant que spécialiste au service de diabétologie du CHUV, a été entendu comme témoin. Ce médecin a précisé que le demandeur était suivi dans son service depuis 2007, à cause d’un diabète constaté à partir de 2001, les taux de glycémie mesurés alors justifiant généralement la mise en place d’un traitement. A propos de la polyneuropathie, le Dr P._____ a indiqué qu’elle s’était péjorée en 2006-2007. S’agissant de l’origine de cette atteinte, il s’est référé au rapport du Dr W._____ et n’a pas donné d’autres précisions. Après l’audience, un questionnaire écrit, proposé par les deux parties, a été soumis au Dr C._____. Celui-ci a répondu le 27 juin 2011. Il a précisé qu’il était spécialiste en médecine interne et qu’il était toujours, à temps très partiel (quelques heures par année), le médecin-conseil de la fondation défenderesse. Il a donné les réponses aux questions d’ordre médical : " 1. Lors de la visite médicale qui s’est déroulée le 13 juin 2006, avez-vous sollicité de M. Q._____ qu’il vous fasse part d’un historique médical complet? Oui 2. Confirmez-vous que M. Q._____ a évoqué l’existence d’un diabète ou d’une hypertension artérielle? Oui 3. Avez-vous attiré l’attention de M. Q._____ sur les conséquences que pourrait avoir, en termes de couverture d’assurance, le fait de taire l’existence d’atteintes à la santé? Oui 4. Lors de cette même visite médicale, M. Q._____ vous a-t-il fait part - oui ou non - de l’existence des troubles neurologiques (neuropathie) qui avaient été diagnostiqués en 2004? Non 5. M. Q._____ vous a-t-il fait part de l’existence de douleurs dans les jambes et/ou d’épisodes de chutes soudaines? Non 6. En cas de réponse négative aux deux questions précédentes, et en l’absence d’annonce spontanée par M. Q._____ de l’existence d’une neuropathie, vous était-il possible de constater par vous-même l’existence de cette affection lors de l’examen du 13 juin 2006? Lorsque j’ai examiné M. Q._____ le 13.6.2006 il était en incapacité de travail en raison d’une dépression. Il avait déjà souffert de 3 épisodes de dépression mais avait omis d’en parler dans sa déclaration de santé qui était vierge. J’ai donc fait une anamnèse somatique et psychique mais je n’ai pas fait d’examen clinique somatique. Celui ci aurait vraisemblablement montré une absence ou une diminution des réflexes ostéotendineux aux MI [membres inférieurs] et une parésie des releveurs du pied. Les diagnostics de diabète et d’HTA sont apparus au cours de cette anamnèse. 7. Lors de la visite médicale du 13 juin 2006, M. Q._____ a-t-il mentionné le nom du Dr W._____ et le fait qu’il avait été examiné par ce médecin en 2004? Non 8. Le nom du Dr W._____ figurait-il sur l’une ou l’autre des autorisations remplies et signées par M. Q._____ et qui vous autorisait à recueillir des informations médicales concernant ce dernier? Non 9. Sur le plan professionnel, quelles peuvent être les conséquences d’une neuropathie (en tant qu’affection à évolution progressive) telle que celle qui avait été diagnostiquées chez M. Q._____ en 2004? Elles peuvent entraîner une invalidité partielle voire totale. 10. Si M. Q._____ avait annoncé qu’il était atteint d’une neuropathie au moment (a) de remplir son questionnaire de santé ou (b) lors de l’examen par vos soins le 13 juin 2006, auriez-vous prononcé une réserve médicale en relation avec cette neuropathie? Oui 11. En cas de réponse positive à la question précédente, et en tenant compte des autres éléments médicaux alors à votre disposition, quelle aurait été la teneur probable de la réserve médicale que vous auriez émise? Les affections neurologiques intrarachidiennes et périphériques de toute nature. 12. Selon votre connaissance du dossier médical de M. Q._____, la neuropathie dont souffre M. Q._____ peut-elle découler d’une quelconque autre cause que le diabète préexistant? Possiblement oui, probablement non." Les parties ont déposé des déterminations au sujet des réponses du Dr C._____. Comme cela avait été indiqué à l’audience du 6 juin 2011, il n’y a pas eu d’autres mesures

d’instruction ni de nouvelle audience. E n d r o i t : 1. Au regard des règles de procédure des art. 106 ss LPA-VD ([loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]; action de droit administratif, cf. aussi art. 73 LPP), la demande est recevable et il y a lieu d’entrer en matière sur le fond. 2. En vertu de l’art. 10 al. 1 LPP, l’assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail. Il n’y a donc pas, dans cette mesure, de conditions particulières d’admission au sens de l’art. 1.4 du règlement. Aussi le demandeur a-t-il obtenu le droit au versement d’une rente correspondant au minimum LPP. Cela ne fait pas l’objet de la présente contestation. En revanche, la défenderesse a refusé les prestations d’invalidité relevant de la prévoyance plus étendue, ou non obligatoire. Les rapports de prévoyance sont fondés sur un contrat de prévoyance. En principe, le rapport d’assurance débute en même temps que les rapports de travail, mais seulement à partir du moment où le salarié se soumet aux exigences du règlement de l’institution de prévoyance (cf. Jürg Brechbühl in Commentaire LPP/LFLP, éd. Staempfli SA, Berne 2010, n. 10 ad art. 10 LPP). 3. En l’occurrence, le règlement de l’institution de prévoyance prévoit une phase d’admission, pendant laquelle elle examine si les « conditions particulières » de l’art. 1.4 sont remplies. En d’autres termes, il s’agit de déterminer, avant que les rapports de prévoyance (plus étendue) ne soient fixés contractuellement, si « l’affilié joui[t] de sa pleine capacité de gain lors de l’affiliation ». D’après la jurisprudence fédérale, l’institution de prévoyance est en droit dans cette phase d’admission, si ses dispositions internes le prévoient, de formuler une réserve sans devoir respecter des délais péremptoires et de ne pas accorder la couverture d’assurance avant d’en donner confirmation à l’assuré (l’affilié, selon la terminologie du règlement de la défenderesse) ; on ne saurait en effet poser des exigences par trop sévères dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue, où il n’existe aucune obligation de contracter (cf. TF 9C_117/2007 du 16 mai 2008, consid. 5). Dans les dispositions du code des obligations relatives au contrat de travail et à la prévoyance en faveur du personnel, il est prévu que les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d’invalidité et de décès ; la durée de ces réserves est de cinq ans au plus (art. 331c CO [code des obligations du 30 mars 1911; RS 220]). 4. Dans le régime des art. 1.4 et 1.5 du règlement, il incombe à l’assuré, dans tous les cas, de « remplir véridiquement le formulaire "déclaration de santé" », puis le cas échéant de se soumettre à une visite médicale. En l’occurrence, la défenderesse a déclaré le 16 août 2005 admettre le demandeur sur la base de la seule formule « déclaration de santé ». Le 21 août 2006 toutefois, elle a révoqué cette déclaration, qualifiée de nulle et non avenue. Cette révocation a été communiquée au demandeur, qui a été invité à la signer et à la renvoyer à la défenderesse. Le demandeur a donné suite à cette invitation, sans demander d’explications ni formuler des objections ou des interrogations. Le courrier du 21 août 2006 indiquait clairement les conséquences, pour le demandeur, de l’option choisie par la défenderesse, à savoir l’adjonction d’une réserve dans le contrat initial et la modification des conditions d’assurance. Il faut déduire du renvoi par le demandeur de la lettre, munie de sa signature, qu’il acceptait la révocation de l’admission du 16 août 2005. Il importe peu que le demandeur n’ait pas ajouté, avant sa signature, une formule du type « bon pour accord ». En d’autres termes, la simple signature ne signifie pas que le demandeur se serait borné à accuser réception de la lettre de la défenderesse ; au contraire, il a manifesté son accord – en procédant conformément à ce qui était indiqué dans la lettre – avec une modification du contrat, qui lui avait été présentée de manière motivée par la défenderesse et le médecin-conseil. Il n’y a donc pas lieu d’examiner si la reprise de l’examen des conditions

d'admission après le 16 août 2005, équivalant à une prolongation de la phase d'admission jusqu'en août 2006, aurait été admissible, au cas où le demandeur se serait opposé aux nouvelles conditions contractuelles. 5. Le courrier du 21 août 2006 comporte une admission « avec des conditions d'assurance modifiées », soit avec une réserve portant sur « les troubles de l'humeur, le diabète et l'hypertension artérielle ainsi que leurs conséquences » (réserve formulée par le médecin-conseil le 14 juillet 2006). a) La formulation de réserves médicales, en tant que modification des conditions d'assurance, est prévue à l'art. 1.5 du règlement (1.5.2 et 1.5.3). La réserve précitée est en principe valable. Il y a lieu dès lors d'en examiner la portée. b) La défenderesse a reconnu, dans le cadre de la prévoyance obligatoire, le droit du demandeur à une rente entière d'invalidité en se fondant sur les mêmes données que l'assurance-invalidité fédérale, s'agissant de l'incapacité de travail. Dans le cadre de la prévoyance surobligatoire, la défenderesse n'est pas tenue à fournir des prestations si les causes médicales de l'incapacité de travail ou de l'invalidité sont visées par la réserve. En l'occurrence, il faut déterminer si la polyneuropathie ou polynévrite – ou encore polyradiculonévrite chronique (diagnostic du Prof. K._____ du CHUV), tous ces termes visant une atteinte du système nerveux périphérique comportant des atteintes multiples de nerfs et fibres nerveuses -, qui est responsable de l'incapacité de travail selon l'appréciation, non contestée, des organes de l'AI, fait partie des atteintes mentionnées dans la réserve rédigée le 14 juillet 2006 par le médecin-conseil de la défenderesse. En réalité, il suffit de déterminer si cette polyneuropathie doit être considérée, dans la présente contestation, comme une conséquence du diabète. c) Dans la réserve médicale, la formule « le diabète […] ainsi que [ses] conséquences » est assez large. Le médecin-conseil de la défenderesse aurait pu concevoir une réserve formulée de manière plus précise ou « ciblée », s'il avait eu, en 2005 et 2006, une connaissance plus précise de la situation médicale du demandeur. En effet, dans ses réponses du 27 juin 2011, il a indiqué qu'il aurait pu rédiger une réserve concernant les « affections neurologiques intrarachidiennes et périphériques de toute nature ». En l'espèce, il incombait à l'assuré – au demandeur – de présenter d'emblée de manière plus claire et plus complète sa situation médicale. A l'évidence, les renseignements fournis le 8 juin 2005 sur la formule « déclaration de santé » étaient excessivement sommaires, étant donné que le demandeur souffrait notamment d'un diabète de type 2 depuis 1997, qu'en 2001 des taux de glycémie significatifs avaient été constatés et qu'une polyneuropathie avait été diagnostiquée par un neurologue (Dr W._____) en 2004. De même, lorsqu'il a été vu par le médecin-conseil de la défenderesse en juin 2006, il a évoqué le diabète lors de l'anamnèse mais il n'a pas mentionné la polyneuropathie ni l'avis du neurologue. Le demandeur ne prétend du reste pas avoir communiqué spontanément toutes les informations dont il disposait au sujet du diabète et de la polyneuropathie ; il se borne à alléguer qu'il n'a pas donné de réponses fausses. Au demeurant, en acceptant sans autre en août 2006 une modification des conditions d'assurance (cf. supra, consid. 4), il a implicitement admis que les troubles de l'humeur, le diabète et l'hypertension artérielle étaient des atteintes qu'il y avait lieu de prendre en considération. Dans ces conditions, vu les renseignements lacunaires ou imprécis fournis par le demandeur jusqu'en août 2006, la réserve pouvait être formulée de manière plutôt large par le médecin-conseil de la défenderesse. d) Le demandeur soutient que sa polyneuropathie sévère des membres inférieurs est d'origine indéterminée. Il en déduit qu'elle ne pourrait pas être associée au diabète et à ses conséquences. Il est vrai que dans son rapport de 2004, le neurologue Dr W._____ a renoncé à formuler un « diagnostic de certitude » quant à l'origine de l'atteinte polyneuropathique. Il a mentionné

le diabète préalable, tout en évoquant d'autres « possibilités étiologiques avec tout particulièrement l'éventualité d'une atteinte inflammatoire, d'une gammapathie ». Ces autres possibilités n'ont pas été retenues lors des examens médicaux ultérieurs, notamment dans le cadre de la procédure AI. En novembre 2007, les neurologues du CHUV ont, au contraire, indiqué que l'atteinte était associée au diabète. C'est l'explication qui a aussi été mentionnée par le SMR, comme origine possible (en l'absence de certitude, le SMR a toutefois indiqué une origine indéterminée). Le diabétologue du CHUV, entendu à l'audience, n'a pas émis de doutes à propos du lien entre le diabète et l'atteinte du système nerveux périphérique. Quant au médecin-conseil de la défenderesse, il a, dans son dernier rapport, indiqué qu'il n'était pas probable que la polyneuropathie eût une origine autre que le diabète préexistant. En somme, d'après tous les éléments médicaux du dossier, le lien entre le diabète et la polyneuropathie est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'ensuit que cette atteinte doit être considérée comme une conséquence du diabète, et que par conséquent elle est visée par la réserve portant sur « les troubles de l'humeur, le diabète et l'hypertension artérielle ainsi que leurs conséquences ». C'est là l'interprétation qui s'impose de cette clause, selon le principe de la confiance. La défenderesse était ainsi fondée, dans le cadre de la prévoyance surobligatoire, à refuser les prestations d'invalidité dès lors que la perte de la capacité de travail avait été causée par une polyneuropathie conséquence du diabète préexistant. 6. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire d'examiner les arguments des parties au sujet d'une éventuelle réticence imputable au demandeur, à cause de l'omission de déclarer un fait important (cf. art. 6 LCA, ATF 116 V 218), ni de se prononcer sur la portée de la lettre de la défenderesse du 9 janvier 2008, à propos de la réduction de l'ensemble des prestations décès et invalidité aux prestations minimales selon la LPP (soit, semble-t-il, également dans des hypothèses non visées par la réserve précitée). 7. Il résulte des considérants précédents que les conclusions du demandeur sont mal fondées. La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP). La fondation défenderesse, qui intervient dans le cadre de la LPP et donc dans l'accomplissement de tâches réglées par le droit public, n'a pas droit à des dépens. 8. Le demandeur ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office doit être fixée ; cette indemnité sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judicaire en matière civile; RSV 211.02.3]) -, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations depuis le début de la procédure, soit 24 heures entre 2009 et fin 2010, et 6 heures en 2011. Il y a lieu de rémunérer ces heures de travail au tarif usuel (180 fr./heure) et d'allouer un montant forfaitaire de 50 fr. pour les débours, ce qui représente au total un montant de 5'450 fr, auquel s'ajoute la TVA au taux de 7.6 % pour les opérations antérieures au 1 er janvier 2011, y compris les débours (332 fr. 10) et au taux de 8 % pour les opérations en 2011 (86 fr. 40). L'indemnité d'office s'élève ainsi à un montant de 5'868 fr. 50, débours et TVA

comprise.

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