

VD_GERICHTE ZI13.019556 vom 13. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI13.019556

FR: VD_GERICHTE ZI13.019556 du 13 novembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZI13.019556 del 13 novembre 2015

Erwägungen

E. 2

Prenez-vous des médicaments, ou êtes-vous en traitement physiothérapeutique ?

E. 3

Etes-vous atteint(e) d'une malformation ou d'une infirmité de quelque nature que ce soit ?

E. 4

Avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement de maladie ?

E. 5

Avez-vous été victime d'accident ?

E. 6

Avez-vous été opéré(e) ou devez-vous vous soumettre prochainement à une intervention chirurgicale ?

E. 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 inexplicquée. »

- 23 - 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 1er 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. »

- 24 - 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.

- 25 - 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 lombopyalgies 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 lombopyalgies 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

- 26 - 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.

- 27 - 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.

- 28 - 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

E. 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

- 29 - 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).

- 30 - 7. a) En l'occurrence, la teneur de l'art. 26.1 du règlement de prévoyance, tel qu'en vigueur au 1er 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).

- 31 - 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

E. 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 1er 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

- 32 - que la mise à jour du tableau de répartition des patients ». Dès janvier 2007, elle a en outre été employée en tant que régularisatrice 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 1er 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

- 33 - 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 1er 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

- 34 - 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'examen 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

- 35 - 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 1er 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.

- 36 - 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).

- 37 - 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 rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, 18 al. 5 LPA-VD).

- 38 - 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.