

## **VD\_GERICHTE ZI18.045370 vom 20. Juni 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZI18.045370](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI18.045370)

FR: VD\_GERICHTE ZI18.045370 du 20 juin 2019

IT: VD\_GERICHTE ZI18.045370 del 20 giugno 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

octobre 2018, saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'une demande, en prenant, sous suite de dépens, les conclusions suivantes : 1. Condamner le Fonds de prévoyance J. \_\_\_\_\_ à allouer à P. \_\_\_\_\_ une rente d'invalidité entière de la part surobligatoire à compter du 13 mai 2016, avec intérêts à 5% dès le 1er juillet 2017 (échéance moyenne), calculée selon le règlement applicable ; 2. Partant, condamner le Fonds de prévoyance J. \_\_\_\_\_ à verser à P. \_\_\_\_\_ un montant de CHF 30'000.-, à préciser en cours d'instance, avec intérêts à 5% dès le 13 mai 2016 (échéance moyenne), augmenté des indexations légales et réglementaires ; 3. Le tout, sous réserve d'amplification en cours d'instance.

- 4 - P. \_\_\_\_\_ a fait valoir qu'elle avait donné des réponses conformes à la vérité dans chaque questionnaire de santé qu'elle avait complété et signé. A supposer qu'elle souffrait déjà de douleurs passagères à l'épaule droite – ce qu'elle contestait –, elle n'avait pas à les déclarer puisque le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ n'avait posé aucune question à ce sujet. Si, contre toute attente, la Cour de céans devait néanmoins retenir une violation de l'obligation de renseigner de sa part, elle estimait que la déclaration de réticence du 27 novembre 2017 n'était pas valable en tant que le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ n'y avait pas mentionné les questions où il voyait une réticence. Ainsi, à défaut d'avoir fait expressément état de la question à l'origine de la réticence du preneur d'assurance dans le délai légal ou réglementaire, l'institution d'assurance ne pouvait valablement résilier le contrat. Pour finir, elle a rappelé que la prestation d'assurance restait en principe due en cas de réticence, à moins que le fait concerné n'ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. En l'espèce, il n'existait pas de relation de causalité adéquate entre les douleurs à l'épaule droite et l'incapacité de travail totale persistante présentée, dans la mesure où la problématique psychiatrique avait rapidement été au premier plan. A titre de mesures d'instruction, elle a notamment requis production du dossier intégral de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et de celui de Q. \_\_\_\_\_ Assurances SA, assureur perte de gain en cas de maladie. b) Dans sa réponse du 14 janvier 2019, le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ a conclu, préalablement à ce qu'il soit ordonné aux assureurs maladie de P. \_\_\_\_\_ de produire le dossier médical complet de celle-ci, soit toute la documentation comprise entre le 1er juillet 2011 et le 1er février 2013 et, principalement, au rejet de la demande. Sur la base des pièces médicales au dossier, l'institution de prévoyance a retenu que P. \_\_\_\_\_ souffrait d'une affection continue à l'épaule droite depuis 2009, laquelle s'était aggravée au début de l'année 2014. Elle aurait ainsi dû la mentionner sur le questionnaire de santé complété le 19 mars 2013. En ne le faisant pas, elle avait commis une réticence. S'agissant de la forme de la décision de réticence, elle a relevé

- 5 - que le courrier du 27 novembre 2017 mentionnait très précisément qu'il était reproché à l'intéressée de ne pas avoir indiqué souffrir « de douleurs à l'épaule droite ». Se référant à un arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 21 novembre 2006 dans la cause 5C.134/2006, elle a estimé que le fait d'exiger, en plus, d'un assureur qu'il mentionne explicitement la question à l'origine de la réticence serait faire preuve de formalisme excessif. Le contenu de ce courrier était donc suffisamment précis pour que l'assurée puisse en déduire qu'elle n'avait pas répondu de manière complète à la question n° 6 « Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ? ». Cela étant, il ressortait du dossier constitué par l'assurance-invalidité qu'une des pathologies associées à l'épisode dépressif était « le conflit sous-acromial prédominant à D sur tendinopathie calcifiante ». Dès lors que ce même diagnostic découlait de douleurs existant depuis plusieurs années à l'épaule droite et ayant récidivé en janvier 2014, le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ était fondé à informer P. \_\_\_\_\_ qu'elle n'avait de ce fait pas droit à des prestations au titre de la prévoyance surobligatoire. Enfin, l'institution de prévoyance a signalé avoir découvert la réticence à réception du dossier de l'assurance-invalidité le 6 septembre 2017. Partant, son courrier de réticence du 27 novembre 2017 était intervenu dans le délai réglementaire de trois mois. c) Par réplique du 26 février 2019, P. \_\_\_\_\_ a derechef contesté avoir commis une réticence, faisant une nouvelle fois grief au Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir mentionné la question à l'origine de sa prétendue réticence dans son courrier du 27 novembre 2017. Au demeurant, le Dr V. \_\_\_\_\_ avait contresigné le questionnaire de santé du 19 mars 2013 avec la mention : « Réserve : 0 », sans mener davantage d'investigations. Pour le surplus, l'assurée a estimé avoir droit à la rente d'invalidité de la part surobligatoire, dans la mesure où la relation de causalité adéquate entre son affection à l'épaule droite et l'incapacité totale de travail persistante qu'elle présentait faisait défaut. Elle a renouvelé les réquisitions de preuve formulées dans sa demande. d) Dupliquant en date du 25 avril 2019, le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ a réaffirmé que P. \_\_\_\_\_ avait commis une

- 6 - réticence en omettant volontairement de mentionner dans le questionnaire de santé du 19 mars 2013 l'atteinte à l'épaule droite soignée depuis 2009, alors qu'elle avait, en réponse à une question simple, parfaitement été en mesure de décrire les affections autres que celle à l'épaule droite. Le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ avait ainsi valablement résilié la couverture de prévoyance surobligatoire par courrier du 27 novembre 2017. Le fait qu'un numéro de question ne figurait pas dans ce courrier ne pouvait être interprété à son désavantage car, à réception de cette lettre, P. \_\_\_\_\_ se rappelait certainement de son atteinte à l'épaule droite, mais très probablement pas du fait que la question sur les maladies subies était précédée d'un numéro « 5 ». Réitérant sa requête tendant à la production du dossier médical complet des assureurs-maladie auprès desquels P. \_\_\_\_\_ était assurée entre le 1er janvier 2009 et le 1er février 2013, le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ a une nouvelle fois conclu au rejet de la demande. E n d r o i t : 1. Aux termes de l'art. 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36)

relatifs à l'action de droit administratif. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente conformément à l'art. 93 al. 1 let. c LPA-VD. En l'occurrence, l'action de la demanderesse est recevable.

- 7 - 2. Le litige a pour objet le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité relevant de la prévoyance professionnelle, singulièrement la question de savoir si la défenderesse a refusé à bon droit d'allouer des prestations supérieures à celles découlant du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle, au motif que la demanderesse avait commis une réticence en ne répondant pas de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation. 3. L'art. 4 al. 6 du règlement de prévoyance de la défenderesse a la teneur suivante : Si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), il convient d'opérer la distinction suivante : a) si le risque assuré ne s'est pas encore réalisé au moment de la découverte de la réticence par le fonds, les réserves peuvent être faites ultérieurement avec effet rétroactif à l'admission, dans les trois mois dès la découverte de la réticence ; b) si le risque assuré s'est déjà réalisé, la partie surobligatoire peut être exclue du contrat de prévoyance, dans les trois mois dès la découverte de la réticence. 4. a) Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 in fine), sous réserve du cas particulier dans lequel le règlement ou les statuts en vigueur au moment de la déclaration de résiliation interdisent une telle résiliation (TF 9C\_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 et TFA B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2001 consid. 3c). Selon la jurisprudence (ATF 130 V 9), en l'absence de telles dispositions, les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence, par application analogique des art. 4 ss LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1).

- 8 - b) Selon l'art. 4 al. 1 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3). c) Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3.3). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit

critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (cf. art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles : il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (TF 4A\_579/2009 du 1er février 2010 consid. 2.5). d) Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du

- 9 - risque (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur à conclure le contrat ou à le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Pour faciliter la décision, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il fait l'objet d'une question écrite de l'assureur. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4; 134 III 511 consid. 3.3.4). Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b). e) Pour les réticences survenues postérieurement au 1er janvier 2006, l'art. 6 LCA a été modifié et exige, pour que l'assureur puisse refuser sa prestation (ATF 138 III 416 consid. 6), que l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 al. 3 LCA). Pour les réticences qui ont eu lieu avant le 1er janvier 2006, cette exigence n'existe pas et l'assureur peut refuser sa prestation même si le fait qui lui a été dissimulé n'a joué absolument aucun rôle dans la survenance du sinistre ou n'exerce aucune influence sur l'étendue de son obligation (sur l'ensemble de la question : ATF 136 III 334 consid. 2.2). f) Les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit : l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA). Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou répéter ce qu'il a déjà payé pour un tel sinistre (art. 6 al. 3 LCA). g) L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire selon les modalités prévues par le règlement de prévoyance (TFA B 106/05 du 7 décembre 2006 consid. 6.1) ou – en l'absence de disposition en la matière – dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA, applicable par analogie). Ce délai ne commence à courir qu'à partir du

- 10 - moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance (TF 4A\_54/2011 du 27 avril 2011 consid. 2.4). Le comportement de l'assureur peut cependant être considéré comme abusif s'il a eu la possibilité de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence longtemps auparavant sur la base des renseignements en sa possession (TF 4A\_177/2008 du 14 octobre 2008 consid. 6). Lorsque plusieurs réticences sont découvertes successivement, un délai autonome pour s'en prévaloir court à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de l'une d'elles, sans égard au fait qu'il n'aurait pas respecté le délai pour les autres (ATF 116 II 338 consid. 2a; 109 II 159 consid. 2). h) La résiliation doit intervenir par écrit (art. 6 al. 1 LCA). Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2). Il convient de se montrer strict lorsqu'il y a lieu de procéder à l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation de contrat d'assurance, au vu des conséquences sévères qu'entraîne pour l'assuré la réticence. Si la loi impose au

proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur, qui invoque la réticence de l'assuré, qu'il précise à quelle interrogation celui-ci n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (TF 4A\_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2). 5. a) En l'occurrence, la défenderesse s'est prévaluée de la réticence par un courrier daté du 27 novembre 2017 dont la teneur était la suivante : Madame, Nous nous référons au projet d'acceptation de rente de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud qui vous a reconnu le droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er septembre 2015. Après examen de votre dossier, nous devons constater que vous n'avez pas mentionné, dans le questionnaire sur la santé que vous

- 11 - avez signé en date du 19 mars 2013 lors de votre affiliation au fonds, que vous souffriez de douleurs à l'épaule droite. Or, il ressort du dossier AI que cette pathologie, en partie responsable de votre incapacité de travail, vous était déjà connue lors de votre affiliation au fonds au 1er février 2013. Dans ces conditions, vous ne pouviez, de bonne foi, omettre d'indiquer cette affection dans le questionnaire sur la santé. Le renseignement que vous nous avez donné était donc inexact. Vous avez ainsi commis une réticence au sens de l'art. 4 al. 6 du règlement dont la teneur est la suivante : « Si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), la partie surobligatoire peut être exclue du contrat de prévoyance, dans les trois mois dès la découverte de la réticence. » En résumé, le droit aux prestations ne découle pas du rapport de prévoyance qui nous lie et vous n'avez, de ce fait, pas droit à des prestations d'invalidité du fonds pour la part surobligatoire. Les prestations minimales de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP) restent toutefois garanties. Au vu de ce qui précède, le fonds est délié de la partie surobligatoire du contrat de prévoyance qui s'élevait au 1er janvier 2017 à Fr. 13'613.30 et l'annule avec effet immédiat. Nous vous prions de bien vouloir nous indiquer sur quel compte ou police de libre passage le montant susmentionné doit être transféré. Sans nouvelles de votre part d'ici au 18 décembre 2017, nous transférerons la partie surobligatoire à la Fondation de prévoyance D.\_\_\_\_\_, compte de libre passage, à W.\_\_\_\_\_. D'autre part, nous vous informons que le montant des prestations auxquelles vous avez droit, selon les dispositions minimales de la LPP, vous sera communiqué dans les meilleurs délais. Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et vous présentons, Madame, nos salutations distinguées. b) Il ne ressort d'aucun passage de ce courrier que la défenderesse fait valoir que la demanderesse a répondu faussement à une question déterminée du questionnaire médical. Or celui-ci comportait onze questions distinguées explicitement par un numéro. Il appartenait à la défenderesse de mentionner la ou les questions du questionnaire où elle voyait une réticence dans la ou les réponses apportées par la demanderesse. A défaut de l'avoir fait, le courrier du 27 novembre 2017

- 12 - ne répond pas aux exigences légales et jurisprudentielles pour être valable, si bien que la défenderesse ne peut se prévaloir de la réticence. c) La défenderesse ne saurait rien déduire en sa faveur de l'arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2006 du 21 novembre 2006, dès lors que le passage qu'elle cite à l'appui de ses déterminations consiste dans le résumé de l'argumentation défendue alors par la partie recourante et ne reflète en aucune façon le point de vue retenu par le Tribunal fédéral dans cette affaire (cf. CASSO PP 21/14 – 36/2016 du 14 novembre 2016 consid. 9d). 6. Au surplus, on ajoutera que la défenderesse ne pourrait, en tout état de cause, être suivie, lorsqu'elle soutient que la demanderesse avait

manifestement répondu de manière incomplète à la question n° 5 du questionnaire de santé. La question posée (« Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie ? ») portait sur toute maladie, actuelle ou passée, sans limite de date aucune. Au vu du terme particulièrement imprécis employé par la défenderesse (« maladie »), on ne saurait reprocher à la demanderesse d'avoir considéré que des épisodes douloureux au niveau de son épaule droite n'entraient pas dans cette catégorie. Ainsi que cela ressort des pièces médicales produites au dossier de la défenderesse (cf. les rapports des Drs F. \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2014 [« Elle a déjà présenté plusieurs épisodes de douleurs de l'épaule D »] et G. \_\_\_\_\_ du

#### **E. 25**

novembre 2015 [« Elle n'a pas eu de problème ostéoarticulaire, si ce n'est une tendance aux scapulalgies chroniques depuis plusieurs années »]), les symptômes ressentis antérieurement par la demanderesse n'avaient pas été rattachés à une entité diagnostique précise jusqu'au jour où le diagnostic de conflit sous-acromial droit chronique avec tendinopathie calcifiante a été posé. Dans ces conditions, la demanderesse pouvait penser de bonne foi, en l'absence de qualification de ses symptômes, qu'elle ne souffrait pas d'une maladie. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de considérer que la demanderesse a violé son obligation de renseigner en ne mentionnant pas l'existence d'épisode douloureux touchant son épaule droite.

- 13 - 7. a) La demande formée par P. \_\_\_\_\_ contre le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ doit par conséquent être partiellement admise. Le Fonds de prévoyance T. \_\_\_\_\_ est condamné à verser une rente entière d'invalidité complète dont il y a lieu de fixer la naissance du droit au jour qui suit le terme du droit aux indemnités journalières perte de gain en cas de maladie (cf. art. 21 al. 1 et 2 du règlement de prévoyance). La défenderesse versera au surplus un intérêt moratoire à partir du 22 octobre 2018, date de la demande en justice, sur les prestations qui sont dues à la demanderesse ; le taux de l'intérêt est fixé à 1 % (art. 32 al. 2 du règlement de prévoyance, en corrélation avec les art. 15 al. 2 LPP et 12 OPP 2 [ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.441.1]). b) Cela étant constaté, il convient d'inviter la défenderesse à fixer le montant des prestations dues à la demanderesse. c) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par les parties au cours de la procédure tendant à la production des dossiers constitués par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, par Q. \_\_\_\_\_ Assurances SA et par les assureurs auprès desquels la demanderesse a été assurée entre le 1er janvier 2009 et le 1er février 2013 pour l'assurance-maladie sociale. 8. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP). b) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la demanderesse a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de la défenderesse.

- 14 -