

VD_GERICHTE ZI22.038154 vom 23. Januar 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI22.038154

FR: VD_GERICHTE ZI22.038154 du 23 janvier 2024

IT: VD_GERICHTE ZI22.038154 del 23 gennaio 2024

Erwägungen

E. 3

a) Les institutions de prévoyance qui participent à l'application du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle (art. 48 al. 1 LPP) doivent respecter les exigences minimales fixées aux art. 7 à 47 LPP (art.

E. 6

LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP ; Message du Conseil fédéral du 19 décembre 1975 l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, FF 1976 I 127 ch. 313 et 314 ; ATF 136 V 313 consid. 4.2 ; 131 II 593 consid. 4.1). Lorsqu'une institution de prévoyance décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi (prévoyance surobligatoire ou plus étendue), on parle alors d'institution de prévoyance "enveloppante". Une telle institution est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 136 V 313 consid. 4.3 ; 115 V 103 consid. 4b). En règle générale, une institution de prévoyance enveloppante prévoit un (ou plusieurs) plan de prestations qui inclut les prestations minimales et les améliore, sans opérer de distinctions entre prévoyance obligatoire et prévoyance plus étendue.

- 9 - b) Quand une institution de prévoyance professionnelle (de droit privé) décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées par la loi, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (sui generis) dit de prévoyance (ATF 131 V 27 consid. 2.1). Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé de ce contrat, c'est-à-dire ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concludants. Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 138 III 659 consid. 4.2.1 ; 135 III 410 consid. 3.2). En application de ce principe, l'interprétation dite objective ou normative consiste à établir le sens que chacune des parties pouvait et devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du règlement avant de l'examiner dans son contexte ; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération (ATF 140 V 50 consid. 2.3 ; 132 V 286 consid. 3.2.1 ; 129 III 118 consid. 2.5). A titre subsidiaire, il peut également être tenu compte du mode d'interprétation spécifique aux conditions générales, notamment la règle de la clause ambiguë (in dubio contra stipulatorem, ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; 140 V 145 consid.

3.3 et les références citées). c) La défenderesse est une institution de prévoyance de droit privé qui pratique la prévoyance obligatoire et plus étendue : il s'agit donc d'une institution enveloppante. L'art. 2 al. 5 let. b de son règlement de prévoyance prévoit ce qui suit (version du 1er mars 2005 applicable dès le 1er janvier 2006 donc lors de la conclusion du contrat d'affiliation) et à l'art. 3 al. 5 (version en vigueur dès le 1er janvier 2022, lors de la résiliation de la partie surobligatoire en raison de la réticence) : "Si l'assuré a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), si le risque assuré est déjà réalisé, la partie surobligatoire peut être

- 10 - exclue du contrat de prévoyance, dans les trois mois dès la découverte de la réticence." d) Une réticence est commise par la personne qui répond de manière inexacte ou tait des faits importants, qu'elle connaissait ou devait connaître, au moment de son affiliation à une institution de prévoyance, comme il ressort des art. 6 sv. de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1 ; ANNE-SYLVIE DUPONT, in JEAN- PHILIPPE DUNAND/PASCAL MAHON, Commentaire du contrat de travail, 2013, n.

E. 11

ad art. 331c CO et les références citées). Selon la doctrine, les principes valant pour l'application de la LCA devraient être transposés dans la prévoyance professionnelle surobligatoire pour la cohérence du droit des assurances et la sécurité du droit : l'institution de prévoyance doit donc poser par écrit des questions précises et sans équivoque et la personne assurée n'a pas à faire de déclarations spontanées (DUPONT, op. cit., n. 6 ad art. 331c CO et les références citées en note de bas de page 16). L'existence d'une réticence doit être examinée en tenant compte des circonstances du cas d'espèce, en particulier les questions posées et la situation de la personne (DUPONT, op. cit., n. 11 ad art. 331c CO et les références citées). Lorsqu'une institution de prévoyance découvre après coup la réticence de la personne assurée, elle ne peut pas formuler de réserve pour raisons de santé avec effet rétroactif ; l'institution de prévoyance est toutefois fondée à se départir du contrat de prévoyance, en appliquant ses dispositions statutaires et réglementaires ou, à défaut, les art. 4 sv. LCA par analogie et, partant, à ne pas verser les prestations allant au-delà des prestations minimales de la prévoyance obligatoire (ATF 130 V 9 consid. 4 et 5 ; TF 9C_606/2017 du 14 mars 2018 consid. 3.2 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1). A cet égard, l'entrée en vigueur de la loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LFLP ; RS 831.42) n'a pas apporté de changement (ATF 130 V 9). Avec cette jurisprudence, le Tribunal fédéral a admis que la réticence peut avoir des conséquences plus lourdes pour la personne assurée que l'instauration d'une réserve

- 11 - pour raisons de santé de cinq ans au moment de son affiliation (TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 5.2). Comme le Tribunal fédéral l'a souligné, 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 ; ce n'est qu'en l'absence de telles dispositions que les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance, en cas de réticence, par application analogique des art. 4 sv. LCA (ATF 130 V 9 consid. 2.1 et 4- 5 ; TF 9C_333/2020 du 23 février 2021 consid. 4.2.1 ; TF 9C_606/2017 du

E. 14

mars 2018 consid. 3.2 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1). Aux termes de l'art. 4 LCA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable *ratione temporis* [ATF 138 V 176 consid. 7.1]), le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent être connus lors de la conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3). Selon la jurisprudence, les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir ; il ne s'agit pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 ; 116 V 218 consid. 5a ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.4 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid.

- 12 - 4.1). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire apparaisse évident. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer - à la place de l'assureur - quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. 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 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). Le preneur d'assurance est tenu de répondre de manière véridique aux questions (qui doivent être formulées par écrit de façon précise et non équivoque) telles qu'il peut les comprendre de bonne foi (ATF 136 III 334 consid. 2.3.), mais il n'a pas à évoquer de faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.2). 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 136 III 334 consid. 2.4 ; 126 III 10 consid. 2b ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). Les conséquences en général d'une réticence sont réglées à l'art. 6 LCA qui prévoit, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2006, que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après

- 13 - que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Des conditions formelles doivent ainsi être remplies selon l'art. 6 LCA pour que l'institution de prévoyance puisse invoquer la réticence : l'institution de prévoyance doit résilier par écrit le contrat de prévoyance dans le délai de quatre semaines après qu'elle a eu connaissance de la réticence en renseignant la personne assurée sur l'omission ou l'inexactitude qui lui est reprochée (DUPONT, op. cit., n. 13 à 16 ad art. 331c CO). e) En l'occurrence, la défenderesse a dénoncé, par lettre du 1er mars 2022, le contrat de prévoyance portant sur les prestations complémentaires dépassant la partie obligatoire, en indiquant au demandeur qu'elle lui reprochait d'avoir répondu de manière erronée dans le formulaire de déclaration de santé en ayant omis d'indiquer lors de son admission qu'il avait été atteint de troubles psychiatriques dès l'adolescence et en traitement depuis plusieurs années. Conformément à la jurisprudence, il convient d'examiner si le demandeur a commis une réticence et quelles conséquences doivent être le cas échéant tirées, à la lumière des dispositions idoines du règlement de prévoyance qui était en vigueur lors de son admission en 2006 dans la caisse de prévoyance défenderesse et lors de la découverte de la réticence en 2022. Si la jurisprudence permet à l'institution de prévoyance de se fonder sur ses propres dispositions réglementaires, plutôt qu'en appliquant les art. 4 et suivants LCA par analogie, il n'en demeure pas moins toutefois que le règlement de prévoyance reprend, sur le fond, les principes déjà développés par la jurisprudence sur la base des art. 4 sv. LCA. Lors de son entrée dans la caisse de prévoyance défenderesse au mois de juin 2006, le demandeur a dû répondre à un formulaire de

- 14 - déclaration de santé dans lequel lui était demandé s'il souffrait à sa connaissance d'une infirmité, maladie ou des suites d'un accident (question 3 du questionnaire) et a répondu « non » le 26 juin 2006. Le demandeur ne conteste pas que ses troubles à la santé psychique existaient et n'étaient pas sporadiques ou résolus à cette date, en sorte qu'il reconnaît sur le fond qu'il a commis une réticence, quand bien même dans ses écritures ultérieures au cours de la présente procédure il soutient dorénavant n'avoir jamais admis la réticence (cf. déterminations spontanées du 21 avril 2023, p. 2). Il a en effet d'abord soutenu avoir des motifs justificatifs (peur de ne pas être engagé après une période de chômage, respect de la protection des données). C'est le lieu de relever que le fait que les documents attestant de ces atteintes à la santé psychique soient ultérieurs au 26 juin 2006 ne change rien car à cette date l'intéressé suivait un traitement régulier et s'était vu poser un diagnostic à cet égard clair par son médecin traitant, et dont il avait connaissance. Le Dr F. _____ a indiqué que son patient qu'il voyait depuis janvier 2006 (donc six mois avant de remplir le formulaire), souffrait de dépression depuis l'adolescence. En page 4 de son rapport du 29 mai 2020, ce médecin indique : « après 14 ans de lutte contre la dépression » (pièce 19), ce qui signifie qu'au mois de mai 2006 au plus tard, le demandeur se savait atteint dans sa santé psychique. L'absence à ce moment-là de diagnostic précis selon la classification internationale des maladies (CIM-10) n'est pas déterminant car la dénomination du trouble ou de la maladie n'était pas demandée dans le questionnaire de santé. Par ailleurs, en allant consulter son médecin traitant en janvier 2006 et étant suivi depuis six mois, le demandeur avait connaissance du fait qu'il souffrait dans sa santé. L'expertise psychiatrique du 30 décembre 2019 du Dr X. _____ (pièce 21) va dans le

même sens, notamment en page 6 où l'expertisé : « décrit des phases de dépression récurrentes qui ont débuté à l'adolescence » ; « la première phase hypomaniaque se serait également manifestée pendant la période de l'adolescence ». Il précise que : « s'il s'est adressé la première fois à un psychiatre à [...] à l'âge de 22 ans », il pensait : « qu'il s'agissait d'un état passager » jusqu'à la dépression plus sévère en 2006 consécutive au licenciement. Ces éléments confirment qu'en 2006 lors de ses consultations auprès du Dr F. _____, le

- 15 - demandeur a cessé d'essayer d'être « quelqu'un de normal » selon ses propres dires et savait souffrir d'une forme d'atteinte (trouble ou maladie) psychiatrique. L'expertise de psychiatrie du 27 mai 2021 de la Dre A. _____ (pièce 22) confirme à son tour cet état de santé psychique déficient au plus tard en 2006, notamment en page 15 où l'experte écrit : « depuis 2006, l'assuré est connu pour un trouble bipolaire type 2 suite à une décompensation dépressive dans le cadre d'un licenciement ». Il y a ainsi trois médecins différents dont un médecin traitant qui font état de troubles psychiatriques (dépression) depuis l'adolescence du demandeur, et aucune pièce au dossier ne permet de mettre en doute la récurrence depuis l'adolescence de cette atteinte à la santé psychique. Quoiqu'en dise le demandeur, il ne pouvait pas « taire » ce suivi et traitement envers la Caisse défenderesse au motif que l'atteinte n'avait aucune incidence sur sa capacité de travail. En effet, la troisième question de santé posée mentionne « bien que jouissant de votre pleine capacité de travail ». Aussi, au vu de cette précision dans la question, toutes les maladies, même non invalidantes, devaient être évoquées par le demandeur en répondant « oui » à la question compte tenu de son trouble à la santé psychique remontant à l'adolescence, et pour lequel il était en traitement depuis le début 2006. Le demandeur ne convainc pas davantage lorsqu'il compare son cas avec des affaires tranchées par la Haute Cour. Il convient de relever en effet que la question litigieuse n'était pas vague, ni abstraite, qu'elle n'appelait qu'une réponse par « oui » ou « non », sans offrir une quelconque alternative médiane. Le demandeur ne saurait en outre reprocher à la défenderesse de ne pas avoir mis de lignes pour fournir une réponse, car la réponse demandée n'appelait aucune précision sur la nature de la maladie, infirmité ou séquelle accidentelle. Le demandeur n'était pas tenu de spécifier l'atteinte à la santé, ni de donner de diagnostic. Quant à sa connaissance d'une atteinte à la santé psychique, vu les consultations et le traitement administré, il est, au stade de la vraisemblance prépondérante, difficile de retenir que lorsqu'il a complété et signé le questionnaire de santé le 26 juin 2006, le demandeur ignorait

- 16 - souffrir d'un trouble du registre psychiatrique, ce d'autant qu'il consultait le Dr F. _____ à raison d'une à deux séances par mois depuis janvier 2006, excluant ainsi un suivi « sporadique ou sans importance ». Dans son mémoire du 22 septembre 2022, le demandeur a, suivant ses premières allégations, soutenu que la réticence était excusable car effectuée pour un motif légitime de protection de sa sphère privée et afin de ne pas faire échouer son engagement. Cela confirme donc que le demandeur a admis avoir tu son suivi médical dont il était parfaitement conscient. Il convient d'admettre qu'en donnant une réponse qu'il savait ne pas correspondre à la réalité médicale à la question 3 du formulaire de santé, le demandeur a donc bien omis de déclarer un fait important qu'il connaissait. La Caisse de prévoyance défenderesse a invoqué la réticence par écrit le 1er mars 2022, en respectant de ce fait le délai de trois mois, dès la découverte de la réticence, conformément à l'art. 2 al. 5 let. b du règlement de prévoyance (dans sa version du 1er mars 2005 applicable dès le 1er janvier 2006) de la défenderesse. Elle a renseigné alors le demandeur

sur l'omission qui lui était reprochée et l'a informé qu'elle dénonçait en conséquence le contrat de prévoyance dans le domaine de la prévoyance surobligatoire. Les conditions matérielles et formelles posées pour l'invocation de la réticence par le règlement de prévoyance applicable qui reprend les principes jurisprudentiels développés sur la base de la LCA ont été remplies en l'espèce. f) Eu égard à ce qui précède, il faut admettre que le demandeur a commis une réticence et qu'il a donc droit uniquement à une rente d'invalidité LPP minimale. 4. a) A ce stade, il reste encore à examiner si le demandeur peut se prévaloir d'un motif pour justifier cette réticence et s'il s'est trouvé en l'espèce dans un état susceptible d'excuser le reproche de cette omission de déclarer un fait important qu'il connaissait.

- 17 - b) A cet égard, le demandeur soutient que la protection de sa sphère privée et de son engagement constituait un motif légitime en sorte que la réticence commise était excusable. Or, la formule de demande d'affiliation auprès de la Caisse de prévoyance défenderesse (pièce 1) comporte une partie « déclaration de santé » qui se situe en-dessous de la rubrique dédiée aux informations de la personne à assurer complétée et timbrée par l'employeur. De plus, il ressort de cette pièce que la société K. _____ SA, à savoir l'employeur, a rempli sa partie le 19 juin 2006 alors que la déclaration de santé est signée par le demandeur, J. _____, et datée du 26 juin 2006, donc une semaine après l'employeur. Partant, le demandeur aurait pu renvoyer directement ce formulaire de demande d'affiliation à la défenderesse dès lors qu'il avait été complété au préalable par l'employeur. Un tel procédé permettait au demandeur de ne pas communiquer des « informations sensibles relatives à son état de santé » à son employeur. Comme la Caisse de prévoyance défenderesse le mentionne dans sa duplique du 3 février 2023, aucune méthodologie pour la transmission du formulaire de santé n'était imposée, si bien que la chronologie apparente offrait la possibilité au demandeur de ne pas remettre la formule de demande d'affiliation complétée et signée par ses soins à son employeur. Alternativement, l'opportunité était donnée à l'intéressé de s'adresser directement auprès de la fondation défenderesse et l'informer de manière spontanée avant que son admission ne soit concrétisée - par attestation du 11 juillet 2006 et ouverture d'un compte individuel au nom de J. _____ -, des réponses corrigées aux quatre questions, précises et non équivoques, figurant dans le formulaire de déclaration de santé litigieux. Par ce moyen, et quoi qu'en dise le demandeur, il existait un moyen simple de rectifier ses déclarations de santé initiales dans le respect tant de ses intérêts propres que du règlement de prévoyance de la fondation défenderesse. Or, depuis le mois de juillet 2006 jusqu'à la découverte du cas de réticence en janvier 2022, plus de quinze ans après, le demandeur n'a rien fait en vue de rectifier ses déclarations.

- 18 - c) Le demandeur n'est donc pas en mesure de se prévaloir en l'espèce d'un motif justificatif valable pour excuser la réticence qui lui est reprochée. 5. Compte tenu de l'issue du présent litige, les réquisitions tendant à la production par la fondation défenderesse de ses statuts, du plan de prévoyance depuis 2006 et des comptes techniques et témoin, sont sans pertinence pour l'issue de la cause et peuvent être rejetées par appréciation (anticipée) des preuves. 6. a) Eu égard à ce qui précède, la demande formée le 22 septembre 2022 par J. _____ doit être intégralement rejetée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP), ni d'allouer des dépens au demandeur, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 LPA-VD). Bien que la défenderesse obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une

juridiction de première instance et est représenté par un avocat ou, d'une autre manière, par une personne qualifiée, 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 adverse procède à la légère ou de manière téméraire (ATF 128 V 124 ; voir également ATF 126 V 143 consid. 4).

- 19 -

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