

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 5 juillet 2013

---

Présidence de       Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     M.     Neu et Mme Dessaux  
Greffière     :     Mme     Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], demandeur, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à  
Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne,

et

**M.**\_\_\_\_\_, à Bâle, défenderesse, représentée par Me Pierre-Dominique  
Shupp, avocat à Lausanne.

---

**Art. 14 LFLP, 3 et 11 OLP, 331c CO**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le demandeur), né le [...] 1960, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> février 2008 au service de V.\_\_\_\_\_ SA, à Lausanne. A ce titre, il était assuré en prévoyance professionnelle auprès de la M.\_\_\_\_\_, à Bâle (ci-après: la M.\_\_\_\_\_ ou la défenderesse). Cette fondation a pour but d'organiser la prévoyance en faveur du personnel et de prévenir les salariés assurés et leurs survivants contre les conséquences économiques en cas de décès et d'invalidité.

L'assuré a connu des ennuis de santé, diagnostiqués en 2004/2005. Le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: SMR), a retenu comme diagnostic invalidant une polyneuropathie chronique à prédominance sensitive ataxiante avec ophtalmoplégie (syndrome CANOMAD). Il a estimé le début de l'incapacité de travail durable au début de l'année 2009. Cette pathologie dégénérative a ensuite lentement évolué jusqu'à restreindre considérablement la capacité de travail de l'assuré à compter du 15 décembre 2009 (cf. décision de l'assurance-invalidité du 16 mai 2011).

Du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 30 septembre 2006, l'assuré a travaillé au service de [...] et était à ce titre assuré en prévoyance professionnelle auprès de la Caisse G.\_\_\_\_\_. Cette dernière avait émis une réserve, valable dès l'entrée dans la caisse soit au 1<sup>er</sup> juillet 2005, dont la teneur était la suivante: «si, dans les cinq ans à compter de la date d'admission, vous devenez invalide ou décédez à la suite du risque accru constaté par le médecin-conseil, les prestations sont réduites proportionnellement à la corrélation entre les causes de l'invalidité ou du décès et le risque accru. Les prestations LPP sont cependant garanties». En effet, le médecin-conseil avait constaté un problème neurologique présent depuis 2003. Il existait un risque accru, représentant une augmentation de la probabilité, dans les cinq ans à venir, que l'assuré soit durablement incapable de travailler en raison de son problème de santé. Ce risque n'entraînait pas

de restriction sur les prestations LPP de base; par contre, il pouvait entraîner, durant les cinq ans à venir, une restriction sur les prestations supplémentaires offertes par la Caisse G.\_\_\_\_\_.

Du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 31 janvier 2008, l'assuré a travaillé auprès de la société W.\_\_\_\_\_ SA. Il était assuré en prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de prévoyance de W.\_\_\_\_\_, sans aucune réserve.

Le 7 février 2008, l'assuré a rempli le formulaire «Inscription pour l'adhésion à la prévoyance professionnelle» de la M.\_\_\_\_\_, indiquant expressément qu'il existait une réserve établie par l'institution de prévoyance précédente. Il a précisé qu'il s'agissait en réalité de l'avant-dernière institution de prévoyance professionnelle, soit la Caisse G.\_\_\_\_\_. De plus, il a répondu par l'affirmative à la question «Existe-t-il une majoration de risque dans l'institution de prévoyance précédente?», précisant d'erechef qu'il s'agissait de l'avant-dernière institution de prévoyance professionnelle. A cet égard, il a joint une copie de la réserve établie le 1<sup>er</sup> septembre 2005 par la Caisse G.\_\_\_\_\_.

La couverture d'assurance a été acceptée par la M.\_\_\_\_\_ le 5 juin 2008 (Contrat de prévoyance du personnel n°32-8536, Police 17) avec la réserve suivante: «En cas d'incapacité de gain et de décès, les prestations ne sont accordées que jusqu'à hauteur des prestations légales minimales auxquelles la personne assurée en vertu de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) a droit au minimum. Cette réserve fait partie intégrante du règlement et du certificat de prévoyance individuel. La réserve prend fin le 01.07.2010 (voir réserve de l'assureur précédent)», conformément aux chiffres 3.4.2 et 3.5 des dispositions réglementaires générales du BusinessForte KMU, édition de janvier 2005, jointes au courrier.

Dans un courriel du 3 février 2009, la M.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de F.\_\_\_\_\_, a confirmé à l'assuré que la réserve en cas d'incapacité de gain et de décès prenait fin le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et qu'il

pourrait bénéficier des prestations prévues dans le plan souscrit dès cette date.

**B.** Par décision du 16 mai 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Fribourg (ci-après: l'OAI) a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de 83%, pour lui-même ainsi que pour son fils encore aux études, dès le 15 décembre 2010 (échéance du délai d'attente d'une année). Le droit aux prestations financières a été ouvert dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (art. 29 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité] - délai de six mois après le dépôt de la demande).

Par lettre du 7 juin 2011, la M. \_\_\_\_\_ a reconnu le droit de l'assuré aux prestations minimales selon la LPP dès le 1<sup>er</sup> février 2011, lui allouant une rente d'invalidité de 16'046 fr. par année ainsi qu'une rente d'enfant d'invalidité de 3'209 fr. 20 pour son fils né le [...] 1989. L'assurance maladie collective de l'employeur avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2010 et l'assuré avait repris le travail le 1<sup>er</sup> février 2010, malgré son état de santé, percevant un salaire entier jusqu'au 31 janvier 2011. La M. \_\_\_\_\_ s'est référée à la réserve qu'elle avait émise pour raisons de santé, valable jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010, et avait de ce fait réduit ses prestations au minimum LPP.

Dans un courrier du 18 juillet 2011, l'assuré a fait remarquer à la M. \_\_\_\_\_ que le chiffre 3.5.3, 2<sup>e</sup> phrase, des dispositions réglementaires générales (édition de janvier 2009) était si peu claire que la fondation ne pouvait pas invoquer ce chiffre pour continuer de réduire ses rentes au minimum LPP, après le 30 juin 2010.

Par lettre du 2 août 2011, la M. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assuré qu'elle maintenait sa décision du 7 juin 2011, au motif que le chiffre 3.5.3 des dispositions réglementaires générales mentionnait clairement, et sans possibilité d'être compris de façon différente, que les prestations dues à la suite du fait dommageable survenu le 15 décembre 2009 restaient réduites pendant toute la durée des prestations.

C. Par demande du 27 septembre 2011, Q.\_\_\_\_\_ a ouvert action contre la M.\_\_\_\_\_ en faveur du personnel de V.\_\_\_\_\_ SA, en concluant à ce que la défenderesse soit reconnue débitrice en sa faveur, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, d'une rente entière d'invalidité de 59'408 fr. par année pour lui-même et d'une rente de 9'505 fr. par année pour son fils, cela avec intérêt moratoire de 5% l'an dès l'ouverture de la présente action. En substance, il fait valoir que le chiffre 3.5.3, 1<sup>ère</sup> phrase, des dispositions réglementaires générales de la M.\_\_\_\_\_ prévoit que: «en ce qui concerne la protection de prévoyance acquise par les prestations de libre passage apportées, aucune réserve pour raisons de santé n'est fondamentalement émise, la fondation poursuit toutefois, le cas échéant, une réserve émise par l'institution de prévoyance précédente pour la durée restante de la réserve». La 2<sup>e</sup> phrase de ce chiffre prévoit quant à elle que: «si un fait dommageable, pour lequel il existait une réserve, survient pendant la période de réserve, les prestations restent réduites également lorsque le délai de réserve est écoulé jusqu'à l'expiration de la durée de prestation». Le demandeur soutient que la Caisse de prévoyance de W.\_\_\_\_\_, soit la caisse précédente, n'ayant émis aucune réserve pour raisons de santé, la défenderesse n'aurait pas dû émettre de réserve. Il se prévaut de l'adage *in dubio contra assecuratorem*, indiquant que la phrase du chiffre 3.5.3 n'a aucun sens sans une virgule après «lorsque le délai de réservé est écoulé». Il invoque également le principe de la confiance vu l'assurance donnée par le collaborateur de la M.\_\_\_\_\_ lorsqu'il lui a indiqué qu'il pourrait bénéficier des prestations étendues LPP à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Par réponse du 9 janvier 2012, la défenderesse conclut au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Elle fait valoir que le contrat d'adhésion renvoie aux dispositions réglementaires générales, édition de janvier 2005, de sorte que les dispositions réglementaires générales, édition de janvier 2009, ne sont pas applicables au présent litige, faute d'avoir été intégrées au contrat individuel; le demandeur ne peut dès lors rien déduire de l'existence des dispositions de l'édition de janvier 2009. Elle soutient par ailleurs qu'il n'existe pas de doute sur le

sens à donner au chiffre 3.5.1 des dispositions réglementaires générales de la M.\_\_\_\_\_, qui correspond au régime légal instauré par les articles 14 LFLP (loi fédérale sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité), 3 et 11 OLP (ordonnance sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité) et 331c CO (code des obligations).

Par réplique du 8 mars 2012, le demandeur modifie les conclusions prises le 27 septembre 2011 en ce sens que, principalement, la M.\_\_\_\_\_ soit reconnue débitrice en sa faveur, dès le 15 décembre 2010, d'une rente entière d'invalidité de 59'408 fr. par année pour lui-même et d'une rente de 9'505 fr. par année pour son fils, cela avec intérêt moratoire de 5% l'an dès l'ouverture de la présente action, et subsidiairement que la M.\_\_\_\_\_ soit reconnue débitrice en sa faveur, dès le 15 décembre 2011, des deux rentes précitées, et intérêt moratoire. Il soutient que le chiffre 3.5.1 de l'édition de janvier 2005 - qui a par ailleurs la même teneur que le chiffre 3.5.3 de l'édition de janvier 2009 - ne signifie rien si ce n'est une suppression sans limite dans le temps des prestations LPP étendues, ce qui est contraire au droit. Il fait valoir qu'il n'a été en arrêt maladie à 100% qu'à partir du 15 décembre 2010, de sorte que le délai d'attente pour le droit à la rente de l'assurance-invalidité n'aurait dû commencer à courir qu'à partir du 15 décembre 2010. Partant, la durée de la réserve émise par la Caisse G.\_\_\_\_\_ était échue depuis plusieurs mois, puisqu'elle prenait fin au 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Dans sa duplique du 8 mai 2012, la défenderesse confirme ses conclusions, après avoir repris les arguments invoqués dans sa réponse.

### **E n d r o i t :**

**1.** Le litige porte sur la nature et l'étendue des prestations de la prévoyance professionnelle auxquelles le demandeur peut prétendre en raison de son invalidité.

Il n'est pas contesté, ni contestable, que le litige ne relève pas du domaine de la prévoyance obligatoire, la défenderesse ne niant pas que le demandeur a, en tout état de cause, droit - dans le cadre des prestations minimales selon la LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40) - au montant équivalant à la rente viagère d'invalidité calculée conformément aux art. 23 ss LPP, ainsi qu'à une rente pour enfant.

De fait, le litige a trait exclusivement aux prestations d'invalidité relevant de la prévoyance plus étendue, ou non obligatoire, et porte sur le point de savoir si la défenderesse était en droit de réduire les rentes d'invalidité au minimum LPP en faveur du demandeur et de son fils, en se prévalant du fait qu'elle avait émis une réserve pour raisons de santé, valable jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010, pour les prestations relatives aux risques décès et invalidité, lors de l'affiliation de l'assuré. Il s'agit notamment d'examiner la portée de la lettre du 5 juin 2008, du chiffre 3.5.1, 2<sup>e</sup> phrase, des dispositions réglementaires générales de la M. \_\_\_\_\_ et du courriel du 3 février 2009.

**2. 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). En l'occurrence, le demandeur travaillait pour la société V. \_\_\_\_\_ SA, à Lausanne.

**b)** Chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

**c)** L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 consid. 2 et 239, 117 V 237 consid. 2b et 329 consid. 5d, 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). 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 d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

**3.** 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. 6 LPP). Il leur est toutefois loisible de prévoir des prestations supérieures aux exigences minimales fixées dans la loi (art. 49 LPP; Message à l'appui de la LPP, FF 1976 I 117 p. 127 s.; ATF 131 II 593 consid. 4.1 et les références).

Lorsqu'une institution de prévoyance professionnelle 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 préformulé de ce contrat, savoir ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concluants.

Il doit ainsi être interprété selon les règles générales sur l'interprétation des contrats. Il y a lieu de rechercher, tout d'abord, la réelle et commune intention des parties (art. 18 al. 1 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse - Livre cinquième: Droit des obligations, RS 220]), ce qui en matière de prévoyance professionnelle vaut avant tout pour les conventions contractuelles particulières (ATF 129 V 145 consid. 3.1). Lorsque cette intention ne peut être établie, il faut tenter de découvrir la volonté présumée des parties en interprétant leurs déclarations selon le sens que le destinataire de celles-ci pouvait et devait raisonnablement leur donner selon les règles de la bonne foi (principe de la confiance). L'interprétation en application de ce principe, 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 contrat (ou 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 134 V 223, 133 III 61, ATF 132 V 286 consid. 3.2.1 et les références; ATF 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 131 V 27 consid. 2.2, 122 V 142 consid. 4c).

**4. a)** D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques. Ces principes valent également en cas de changement de dispositions réglementaires ou statutaires des institutions de prévoyance (ATF 127 V 309 consid. 3b, 121 V 97 consid. 1a).

Le contrat d'adhésion de la M.\_\_\_\_\_, signé le 29 avril 2008 par V.\_\_\_\_\_ SA, respectivement le 26 mai 2008 par la défenderesse, comporte la mention «Edition 2005». A ce contrat sont intégrées les dispositions générales réglementaires (ci-après: DRG), édition de janvier 2005. La réserve litigieuse a été émise sur la base des DRG 2005. Il s'agit des dispositions en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait juridiquement déterminant. Les DRG édition de janvier 2009 ne sont donc pas applicables au présent litige. A l'instar du demandeur, on relèvera cependant que le contenu des dispositions relatives à l'émission de réserves pour raisons de santé par la fondation est similaire dans les deux éditions des DRG.

Selon le chiffre 3.4.2 DRG, pour les personnes à assurer qui doivent remettre un renseignement personnel selon le chiffre 3.2.2, la fondation communique par écrit le début et l'étendue de la protection définitive de prévoyance. En effet, lors de leur admission dans la prévoyance, les personnes à assurer pour lesquelles l'ancienne institution de prévoyance a formulé des réserves pour raisons de santé, doivent fournir un «renseignement personnel» (chiffre 3.2.2 DRG).

Le chiffre 3.5.1 DRG prévoit que s'agissant des salariés à assurer qui doivent remettre un renseignement personnel, la fondation peut émettre, pour les prestations concernant les risques décès et invalidité ne devant pas être assurées dans le cadre de la prévoyance professionnelle obligatoire, une réserve pour raisons de santé de cinq ans au plus. La fondation ne procède à aucune réserve en ce qui concerne les prestations légales minimales. La fondation poursuit, le cas échéant, une réserve émise par l'assureur précédent sur la protection d'assurance acquise par les prestations de libre passage apportées pour la durée restante de la réserve. Si un fait dommageable, pour lequel il existait une réserve, survient pendant la période de réserve, les prestations restent réduites également lorsque le délai de réserve est écoulé jusqu'à l'expiration de la durée de prestation.

En ce qui concerne la notion d'invalidité de la fondation, on peut se référer aux dispositions réglementaires suivantes:

«Un droit à des prestations d'invalidité existe uniquement lorsque la personne assurée est invalide au sens de l'AI à 40% au moins et qu'elle était assurée conformément au présent règlement au début de l'incapacité de gain ayant entraîné l'invalidité [...]» (chiffre 9.1.2 DRG).

«Il y a invalidité lorsque la personne assurée peut prouver par un constat médical et de façon objective qu'elle n'est plus capable d'exercer, entièrement ou en partie, sa profession ou toute autre activité lucrative conforme à sa situation sociale, à ses connaissances et à ses capacités ou si elle est invalide au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI)» (chiffre 9.2.1 DRG).

**b)** Selon 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), la prévoyance rachetée au moyen de la prestation de sortie apportée ne peut être réduite par une nouvelle

réserve pour raisons de santé (al. 1). Le temps de réserve déjà écoulé dans l'ancienne institution de prévoyance doit être imputé à la nouvelle réserve. Les conditions de la nouvelle institution de prévoyance sont applicables si elles sont plus favorables pour l'assuré (al. 2). Les réserves pour raisons de santé sont exclues dans le cadre de la prévoyance professionnelle obligatoire. Ce principe découle de la systématique de la LPP et de l'art. 6 LPP qui dispose que la deuxième partie de cette loi fixe les exigences minimales; les dispositions relatives aux prestations d'assurances en font partie. Elles ne mentionnent à aucun endroit la possibilité d'émettre des réserves pour raisons de santé. En revanche, l'art. 331c CO permet aux institutions de prévoyance d'émettre des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques de décès et d'invalidité dans le domaine de la prévoyance étendue (institutions de prévoyance dites enveloppantes) et en matière de prévoyance hors-obligatoire (ATF 121 V 104 consid. 4 et les références).

Selon l'art. 331c CO, la durée des réserves pour raisons de santé est de cinq ans au plus. Dans l'ATF 130 V 9 consid. 4.1, le Tribunal fédéral a retenu que l'art. 331c CO était une norme de droit dispositif car il ne figure pas dans le catalogue des art. 361 et 362 CO (dispositions absolument et relativement impératives du droit du travail). Les institutions de prévoyance peuvent dès lors prévoir des clauses réglementaires divergentes. Selon le Tribunal fédéral, la possibilité donnée aux institutions de prévoyance de refuser de verser des prestations dans le cas de problèmes de santé soumis à réserves se limite de manière générale à cinq ans (ATF 130 V 9).

Une réserve pour raisons de santé est une mesure individuelle, concrète et limitée dans le temps, restreignant la couverture d'assurance dans des cas donnés. En conséquence, la réserve doit être formulée de façon explicite, datée et communiquée à l'assuré au moment de son entrée dans l'institution de prévoyance.

**5. a)** Il convient dès lors d'examiner, dans un premier temps, la validité de la réserve émise par la Caisse G. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> septembre 2005

avec effet du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 1<sup>er</sup> juillet 2010, réserve reprise par la défenderesse le 5 juin 2008.

Pour l'examen de la portée temporelle des effets juridiques d'une réserve pour raisons de santé, sont déterminantes les dispositions réglementaires en vigueur au moment de la naissance du droit aux prestations, non celles applicables au moment où a débuté l'incapacité de travail qui a entraîné l'invalidité (ATF 121 V 97).

Le texte du chiffre 3.5.1 DRG de la défenderesse reprend le régime légal fixé par les art. 14 LFLP, 3 et 11 OLP et 331c CO. Cette règle fonde le droit de l'assureur en prévoyance professionnelle d'émettre une réserve pour des raisons de santé d'une durée de cinq ans au maximum. L'élément central de ces dispositions est d'empêcher l'émission d'une réserve d'une durée supérieure à cinq ans. En d'autres termes, le maintien de la prévoyance rachetée implique que celle-ci ne soit pas réduite par une nouvelle réserve émise par la nouvelle institution de prévoyance pour des raisons de santé (art. 14 LFLP). S'il existe une réserve émise par l'assureur précédent, la durée cumulée de celle-ci ne doit pas excéder cinq ans. Rien n'empêche qu'il s'agisse d'une réserve émise par un assureur plus ancien que l'assureur précédent tant que la durée de cinq ans n'est pas échue. A cet égard, il sied de relever que la limitation d'une réserve pour raisons de santé à une durée maximale de cinq ans est valable pour toute entrée dans une institution de prévoyance. Il est sans importance qu'une personne assurée entre pour la première fois dans une institution de prévoyance ou qu'elle y entre à nouveau après une longue période (Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 31 du 8 décembre 1994, p. 6 s.). Dans la même optique, peu importe que l'assuré change à plusieurs reprises d'assureur dans un laps de temps court. La seule exigence est que la durée cumulée de la réserve pour raisons de santé n'excède pas cinq ans (arrêt du TFA B 66/02 du 18 juin 2003, Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 74 du 30 avril 2004, p. 5 s.).

La défenderesse a repris la réserve émise par la Caisse G. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> septembre 2005, avec effet au début des rapports de

travail soit le 1<sup>er</sup> juillet 2005, jusqu'à son terme prévu le 1<sup>er</sup> juillet 2010, ce conformément au chiffre 3.5.1 DRG. Par courrier du 5 juin 2008, la défenderesse a expressément informé le demandeur que la réserve émise le 1<sup>er</sup> juillet 2005 prendrait fin le 1<sup>er</sup> juillet 2010, soit à l'échéance de la période de cinq ans. Dans la mesure où la réserve émise par la Caisse G. \_\_\_\_\_ n'était pas encore échue, la défenderesse était en droit de la reprendre, ce qu'elle a fait en avertissant expressément le demandeur. Ce dernier n'a par ailleurs pas contesté la teneur de ce courrier ni la réserve reprise par la défenderesse. On relèvera de surcroît que le demandeur a, conformément à ses obligations, informé la défenderesse de l'existence d'une réserve toujours valable lors de sa demande d'adhésion.

**b)** Le demandeur soutient que l'absence d'une virgule après l'élément de phrase «lorsque le délai de réserve est écoulé» au terme du chiffre 3.5.1 DRG ferait perdre tout son sens à la clause contractuelle en question. La présence ou pas d'une virgule ne change rien au sens de cette clause contractuelle. Celle-ci ne fait rien d'autre que reprendre le régime légal fixé par les art. 14 LFLP, 3 et 11 OLP et 331c CO. A l'instar de la défenderesse, on constate que le texte du chiffre 3.5.1 DRG contient tous les éléments constitutifs nécessaires à la validité de la réserve pour raisons de santé. On y retrouve ainsi l'élément «réserve pour raisons de santé», «la durée de validité de 5 ans», «l'absence de validité de la réserve sur les prestations légales minimales», «la poursuite d'une réserve précédente» et enfin, «l'idée que c'est la survenance de l'atteinte à la santé durant la période de validité de la réserve qui est déterminante pour que celle-ci s'applique et non le versement des prestations pendant la durée de validité de la réserve qui serait déterminant», soit comme précisé dans la dernière phrase du chiffre précité: si un fait dommageable survient pendant la période de réserve de cinq ans, les prestations restent réduites également une fois le délai de réserve écoulé. Ces éléments contractuels remplissent ainsi les conditions constitutives de la réserve pour raisons de santé telle que prévue aux art. 14 LFLP, 3 et 11 OLP et 331c CO.

Il n'y a donc aucun doute sur l'existence d'une disposition contractuelle valable, applicable aux réserves pour raisons de santé, dans les conditions générales de la défenderesse. La seule question à trancher qui relève de l'interprétation est celle qui consiste à savoir si par «précédent assureur», les conditions générales de la défenderesse font exclusivement référence à l'assureur la précédant immédiatement ou alors s'il s'agit de n'importe quel assureur précédent dans la période de validité de la réserve de cinq ans.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, «peu importe que l'assuré change à plusieurs reprises d'assureur dans un laps de temps court. La seule exigence est que la durée cumulée de la réserve pour raisons de santé n'excède pas cinq ans» (Arrêt du TFA B 66/02 précité). Le texte allemand de la même version des conditions générales de la défenderesse prévoit que: «Bei zu versichernden Arbeitnehmern, welche eine Selbstauskunft einzureichen haben, kann die Stiftung für die im Rahmen der nicht obligatorischen beruflichen Vorsorge zu versichernden Leistungen für die Risiken Tod und Invalidität aus gesundheitlichen Gründen einen Vorbehalt von höchstens fünf Jahren anbringen. Auf den gesetzlichen Mindestleistungen macht die Stiftung keinen Vorbehalt. Auf dem durch die eingebrachten Freizügigkeitsleistungen erworbenen Vorsorgeschutz übernimmt die Stiftung gegebenenfalls einen vom Vorversicherer angebrachten Vorbehalt für die restliche Vorbehaltsdauer. Fällt ein Schadenereignis, für dessen Ursache ein Vorbehalt bestand, in die Vorbehaltszeit, bleiben die Leistungen auch nach Ablauf der Vorbehaltsfrist bis zur Erschöpfung der Leistungsdauer reduziert». Ce texte indique expressément qu'il peut s'agir de «einen vom Vorversicherer», soit l'un des assureurs précédents et non le seul assureur précédent immédiat.

La volonté réciproque et concordante des parties, qui résulte clairement du courrier du 5 juin 2008, était donc bien d'autoriser la reprise d'une réserve précédente, émise par n'importe quel assureur, pour autant que la période de cinq ans ne soit pas échue. C'est d'ailleurs ce que prévoit le régime légal tel que compris et appliqué par le Tribunal fédéral

(Arrêt du TFA B 66/02 précité). La réserve reprise, respectivement émise par la défenderesse, jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2010 était donc pleinement valable et opposable au demandeur.

**6.** Le demandeur se prévaut également vainement de l'adage in *dubio contra assicuratorem*, qui veut, en matière de contrats conclus sur la base d'une formule préparée d'avance par l'un des cocontractants, que les clauses peu claires soient interprétées contre la partie qui les a rédigées. Toutefois, selon la jurisprudence, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 122 III 124 consid. 2d, 118 113 II 344 consid. 1a).

Or, comme on l'a vu, la situation qui prévaut en l'espèce est dépourvue d'ambiguïté et ne laisse donc pas place à l'application de la règle subsidiaire d'interprétation in *dubio contra stipulatorem*. En effet, ce n'est que si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës que celles-ci sont à interpréter contre l'assureur qui les a rédigées, en vertu de la règle in *dubio contra assicuratorem* (ATF 122 III 118 consid. 2a, 119 II 368 consid. 4b ; cf. également ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3).

A noter que le courriel du 3 février 2009 du collaborateur de la défenderesse ne fait rien d'autre que confirmer la teneur du régime contractuel mis en oeuvre par les dispositions réglementaires générales de la défenderesse, à savoir que la réserve pour raisons de santé allait prendre fin le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et que c'est à partir de cette date - sous-entendu des cas d'assurances qui surviendront après cette date - que le demandeur serait susceptible de bénéficier de l'ensemble des prestations prévues dans le plan souscrit. Au moment où le demandeur s'est adressé à l'auxiliaire de la défenderesse, sa capacité de travail était entière. Le collaborateur de la défenderesse n'avait donc aucune raison de se prononcer sur l'étendue du droit aux prestations du demandeur. Aucun

cas d'assurance n'était encore survenu. Les déclarations de l'auxiliaire concernaient ainsi uniquement les modifications de la couverture d'assurance à partir de l'échéance de la réserve. Le demandeur ne pouvait donc pas comprendre autrement les déclarations du collaborateur de la défenderesse, soit raisonnablement penser qu'il suffisait d'attendre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 pour que la défenderesse soit tenue de verser ses prestations, indépendamment de la survenance d'un cas d'assurance.

**7.** Finalement, il convient de retenir comme point de départ du droit à la rente d'invalidité la survenance du cas d'assurance et non le moment auquel le demandeur a quitté son emploi. A cet égard, les DRG de la défenderesse reprennent la notion d'invalidité et le degré d'invalidité de l'assurance-invalidité (cf. chiffres 9.1.2 et 9.2.1 précités). Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a constaté que la capacité de travail du demandeur était considérablement restreinte depuis le 15 décembre 2009 et lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 15 décembre 2010 (délai d'attente), versée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011 et basée sur un degré d'invalidité de 83%. Cette décision se base notamment sur la constatation du médecin du SMR, qui fait remonter l'atteinte durable à la santé au début de l'année 2009 et sur le questionnaire d'employeur de juillet 2010, dont il ressort que l'assuré a présenté une diminution de la capacité de travail progressive depuis 18 mois, une incapacité de travail totale du 15 décembre 2009 au 31 janvier 2010 et, depuis lors, une capacité de travail résiduelle de 25%.

En l'occurrence, le fait dommageable, soit l'incapacité de gain, comme le prévoit le chiffre 3.5.1 des DRG de la défenderesse, est survenu le 15 décembre 2009. Ainsi la réserve pour raisons de santé émise par la Caisse G. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> septembre 2005, avec effet du 1<sup>er</sup> juillet 2005 au 1<sup>er</sup> juillet 2010, et reprise par la défenderesse le 5 juin 2008, n'était pas encore échue au moment de la survenance de l'invalidité du demandeur en décembre 2009. Dès lors, la défenderesse était en droit de limiter ses rentes à verser au demandeur aux prestations minimales LPP.

**8.** La procédure est gratuite pour les parties (art. 73 al. 2 LPP).

La défenderesse, qui obtient gain de cause et qui est représentée par un avocat, a d'autre part conclu au versement d'une indemnité de dépens. Aucune indemnité pour les frais de procès n'est allouée, en règle ordinaire, aux organismes chargés de tâches de droit public. Cela vaut pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents et, sauf cas très particuliers, pour les caisses-maladie, les assureurs privés qui participent à l'application de la LAA (voir ATF 112 V 49 consid. 3 et les arrêts cités), ainsi que pour les institutions de prévoyance en faveur du personnel comme en l'occurrence (ATF 126 V 143, 122 V 330 consid. 6 et la jurisprudence citée; 118 V 158).

Il s'ensuit que la demande doit être rejetée sans frais ni dépens.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. La demande déposée le 27 septembre 2011 par Q.\_\_\_\_\_ à l'encontre de M.\_\_\_\_\_ est rejetée.
  
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Marie Agier (pour Q.\_\_\_\_\_)
- Me Pierre-Dominique Shupp (pour M.\_\_\_\_\_)
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :