

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 20 février 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Pasche et Dessaux, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], demanderesse, représentée par Me Guy Longchamp,
avocat, à St-Sulpice,

et

C. _____ **SA**, à [...], défenderesse, représentée par Me Daniel Pache,
avocat, à Lausanne.

Art. 73 LPP ; art. 4 et 6 LCA.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après également : l'assurée ou la demanderesse), née en 1963, exerçait depuis 1985 une activité de vendeuse et de caissière pour le compte de différents employeurs.

En date du 26 juin 2003, elle a conclu un contrat d'assurance sur la vie relevant de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a) avec C. _____ SA (aujourd'hui : C. _____ SA ; ci-après également : la défenderesse). La police d'assurance corrélative, établie le 4 juillet 2003 et portant le n° [...], a pris effet dès le 1^{er} juillet 2003. Elle prévoyait, au titre de prestations assurées, moyennant le versement d'une prime annuelle de 3'939 fr. 40, un capital en cas de vie d'un montant de 104'100 fr. payable à l'échéance du contrat fixée au 1^{er} juillet 2027, un capital en cas de décès avant cette date par suite de maladie ou d'accident d'un montant de 104'100 fr., ainsi que la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain des suites de maladie ou d'accident à l'issue d'un délai d'attente de 90 jours.

La proposition d'assurance du 26 juin 2003 incluait un questionnaire complété par l'assurée, aux termes duquel elle avait déclaré être en parfaite santé et apte au travail, avoir été apte au travail durant les cinq années précédentes et ne pas souffrir ou avoir souffert d'une quelconque maladie ou affection. En particulier, elle avait répondu par la négative aux questions relatives à d'éventuelles affections du cœur ou de l'appareil circulatoire, ainsi qu'à des maladies des os et des articulations.

B. En incapacité totale et durable de travail depuis août 2009, l'assurée a complété un formulaire d'annonce d'incapacité de travail et de gain à l'attention de C. _____ SA en date du 4 février 2010, faisant valoir son droit à la libération du paiement des primes auprès de cet assureur.

C. _____ SA a sollicité des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir les Drs D. _____, spécialiste en

chirurgie, et J._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. Elle a également versé à son dossier un rapport rédigé le 30 novembre 2009 par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, à l'attention de l'assureur perte de gain en cas de maladie, P._____SA.

Aux termes de ce dernier document, le Dr F._____ retenait les diagnostics incapacitants d'une « fibromyalgie », d'un « état dépressif sur perte de l'emploi », de « céphalées » et d'une « polyarthrite traitée » depuis le 4 septembre 2009. Demeuraient sans incidence sur la capacité de travail ceux d'une « rétinopathie hypertensive » et d'une « hernie hiatale ».

Complétant le formulaire intitulé « Extrait de la carte clinique » à l'attention de C._____SA en date du 20 janvier 2010, le Dr D._____ a indiqué que sa patiente souffrait de « lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 de longue date » et d'une « maladie variqueuse des membres inférieurs opérée en 1991, 1995 et 2006 ». Il précisait avoir été consulté en mai 1997 pour « récurrences de varices », en novembre 2003 pour une « contusion de l'avant-bras droit », en juillet 2006 pour une « déchirure musculaire au mollet gauche », en avril 2007 pour « récurrences de lombalgies » et le 17 août 2009 pour un « état grippal » et un « état dépressif réactionnel ». Il n'avait prononcé aucune incapacité de travail entre le 30 mai 1997 et le 4 juillet 2003. Dans un complément du 10 mars 2010, il a souligné que les premières lombalgies ayant affecté l'assurée dataient d'avril 2003 et que celle-ci avait eu connaissance de ce diagnostic le 15 avril 2003.

La Dresse J._____ a pour sa part signalé, dans un rapport du 18 février 2010, avoir assumé le suivi de l'assurée du 20 mai 2005 au 30 mai 2008, ainsi que dès le 7 septembre 2009. Celle-ci présentait des « douleurs polytopiques de l'appareil locomoteur » et des « lombalgies mécaniques, s'assortissant de lomboradiculalgies à bascules de topographie L4-L5 prédominant du côté gauche ». La Dresse J._____

avait retenu les diagnostics de « polyarthrite rhumatoïde séropositive, érosive, non nodulaire » et de « troubles dégénératifs en présence de discopathies étagées de L2 à S1 et d'une arthrose postérieure lombaire basse à caractère actif ». L'assurée avait eu connaissance de ces diagnostics en avril 2007, respectivement septembre 2007.

C. Par correspondance du 22 mars 2010, C. _____ SA a résilié le contrat d'assurance n° [...] avec effet dès la réception de son courrier, invoquant une réticence de la part de l'assurée. Elle a considéré que cette dernière avait fourni des réponses erronées aux questions concernant son état de santé, singulièrement eu égard à des affections de l'appareil circulatoire, des os et des articulations, ainsi qu'à la question relative à des interventions ou hospitalisations.

Représentée par son conseil, Me Guy Longchamp, l'assurée a contesté cette résiliation le 24 mars 2010, arguant s'être fiée aux indications fournies par l'agent d'assurances pour compléter le questionnaire de santé. C. _____ SA devait se voir opposer les renseignements donnés par son agent. En outre, l'invocation de la réticence apparaissait tardive vu l'annonce de l'incapacité de travail et de gain effectuée le 4 février 2010. Elle a par ailleurs produit les réponses fournies le 29 décembre 2010 par le Dr D. _____ aux questions de son mandataire. Ce praticien a indiqué ce qui suit :

« [...] Durant la période où j'ai suivi la patiente les épisodes de lombalgies chroniques n'ont pas nécessité d'incapacité de travail mais depuis avril 2005 la patiente est également suivie par un rhumatologue à [...].

Des radiographies de la colonne lombaire ont été effectuées le 15 avril 2003 et le 07 novembre 2003. Une radiographie du bassin a également été effectuée le 07 novembre 2003.

Les douleurs basses sont fréquentes pour la population mais pour plus de précisions il faudrait s'adresser à un rhumatologue.

La patiente a consulté précisément à plusieurs reprises pour des lombalgies basses parfois avec des irradiations aux membres inférieurs. [...] »

En date du 10 janvier 2011, C. _____ SA a établi une nouvelle police d'assurance originale, libérée du paiement des primes, portant sur

une prestation de 26'489 fr. en cas de vie le 1^{er} juillet 2027 ou de décès avant cette date.

Un courrier du Dr F. _____ du 16 mai 2011 a été transmis à C. _____ SA, dans lequel le médecin traitant attestait que les problèmes de santé responsables de l'incapacité de travail depuis septembre 2009 n'avaient « aucune relation causale avec des lombalgies sur discopathie L5-S1 ».

D. B. _____, avec l'assistance de son mandataire, a ouvert action en paiement contre C. _____ SA par requête de conciliation du 18 juillet 2011 et demande du 1^{er} décembre 2011, déposées auprès du Tribunal d'arrondissement [...]. Ce dernier, se considérant incompétent *ratione materiae*, a prononcé l'irrecevabilité de la demande par jugement incident du 15 avril 2013.

Par demande du 7 mai 2013 formulée contre C. _____ SA, l'assurée a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à la constatation de la nullité de la résiliation du contrat d'assurance n° [...], à la libération du paiement des primes afférentes à ce contrat depuis le mois de novembre 2009 et à la condamnation de la défenderesse au paiement desdites primes du 1^{er} novembre 2009 au 1^{er} juillet 2027. Sur le fond, elle a fait valoir que les problèmes dorsaux présentés en 2003 consistaient en des épisodes légers de lombalgies, lesquels n'avaient pas nécessité d'arrêt de travail et pouvaient être considérés comme des incidents banals sans influence sur la qualité de vie. Partant, il ne s'était pas imposé de les mentionner à l'issue du questionnaire de santé à l'adresse de C. _____ SA, ainsi que l'avait d'ailleurs recommandé l'agent d'assurance représentant cette dernière. Ces épisodes de lombalgies ne se trouvaient en outre pas en relation de causalité avec les troubles responsables de son incapacité de travail actuelle. Dès lors, aucune réticence ne pouvait être retenue à son détriment, ce qui justifiait le maintien de son droit aux prestations prévu par le contrat d'assurance du

4 juillet 2003 et la libération de l'obligation de payer les primes d'assurance depuis le mois de novembre 2009.

Dans sa réponse du 10 juillet 2013, C. _____ SA, représentée par Me Daniel Pache, a proposé le rejet de la demande. Elle a maintenu que l'assurée avait, à son avis, omis de déclarer ou déclaré de façon inexacte ou incomplète des faits importants, à savoir les troubles de l'appareil locomoteur et circulatoire dont elle souffrait de longue date, ce qui justifiait la résiliation du contrat d'assurance au motif de réticence. La résiliation était en outre intervenue en temps utile compte tenu des précisions apportées par le Dr D. _____ en date du 10 mars 2010. La défenderesse relevait au surplus que son agent d'assurance, qui n'était qu'un agent négociateur, n'avait nullement répondu à la place de l'assurée. Cette dernière avait enfin fait l'objet de plusieurs sommations puisqu'elle n'avait pas régulièrement acquitté ses primes d'assurance

Par réplique du 23 décembre 2013, la demanderesse a réitéré ses conclusions et souligné que sa consultation auprès du Dr D. _____ en avril 2003 en raison de lombalgies n'avait entraîné aucune incapacité de travail. Ces lombalgies s'inscrivaient par ailleurs dans le contexte d'une activité professionnelle pénible susceptible de générer de tels inconvénients passagers. Elle n'avait dès lors commis aucune réticence en ne relatant pas cette problématique.

La défenderesse a dupliqué le 20 février 2014, persistant dans ses propres conclusions. Elle a relevé que le lien éventuel entre les maux présentés depuis 2009 par la demanderesse et les éléments de la réticence était sans pertinence pour l'issue du litige, lequel devait être tranché au regard de l'ancien droit. L'assurée avait en outre conclu la police d'assurance avec C. _____ SA très peu de temps après avoir souffert de lombalgies qu'elle n'était pas légitimée à passer sous silence, puisqu'elle avait dû consulter de ce fait. Elle ne pouvait en conséquence avoir banalisé cet épisode douloureux récent, tandis que le questionnaire de santé formulé par la défenderesse était dénué d'équivoque. La présomption selon laquelle l'assureur n'aurait pas conclu le contrat

d'assurance en cause n'avait ainsi pas été renversée. C._____SA mettait enfin en exergue la déclaration de l'agent d'assurances concerné qui avait nié toute influence dans les réponses communiquées par l'assurée.

En annexe à une détermination du 21 juillet 2014, la demanderesse a produit un rapport d'expertise, rédigé le 24 avril 2010 par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, mandaté par P._____SA. L'expert avait retenu des affections d'ordre rhumatologique à compter de 2005, rejoignant ainsi les informations communiquées par la Dresse J._____. Cela étant, l'assurée faisait valoir que, même dans le cas où elle aurait relaté les lombalgies sur le questionnaire de santé, la défenderesse n'aurait de toute façon pas objectivement pu refuser de conclure le contrat d'assurance en cause, vu la prévalence élevée des lombalgies communes au sein de la population.

Le juge instructeur a requis, par pli du 21 juillet 2014, la production du dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) à la suite de la demande de prestations formulée par la demanderesse le 24 mars 2010. Il en est ressorti que celle-ci avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du 1^{er} septembre 2010. L'OAI avait pris en compte une incapacité totale de travail dans toutes activités dès le 12 août 2009, au motif de « polyarthrite rhumatoïde séropositive résistant aux traitements, fasciite plantaire et lombalgies sur discopathies étagées ».

C._____SA s'est prononcée sur la dernière écriture de la demanderesse et la teneur du dossier de l'OAI en date du 29 septembre 2014. Elle a insisté sur les diverses affections non mentionnées par la demanderesse à l'issue du questionnaire de santé complété le 26 juin 2003, à savoir les lombalgies et l'insuffisance veineuse des membres inférieurs, relevant qu'en outre elle avait passé sous silence des interventions chirurgicales ressortant des pièces du dossier de l'OAI et des soins prodigués en raison d'un état dépressif.

A la requête du juge instructeur la défenderesse a produit, en date du 20 janvier 2015, un tirage des conditions générales d'assurance applicables au contrat conclu par la demanderesse.

Par écriture du 10 septembre 2015, la demanderesse a maintenu ses précédents arguments, tout en soulignant qu'une incapacité de gain de 100% avait été reconnue par l'OAI, lequel n'envisageait une révision de son droit à la rente qu'à partir du 1^{er} juillet 2017.

Le juge instructeur a requis la production des dossiers constitués par le Dr D. _____ et P. _____ SA en date du 6 octobre 2015. Cette dernière a fourni un lot de pièces médicales datées de 2009 à 2011, exposant ne pas avoir conservé les pièces antérieures à juin 2003 en raison de leur ancienneté. Quant au Dr D. _____, il a transmis un tirage des documents précédemment versés au dossier déposé auprès de la Cour de céans, ainsi qu'un rapport médical établi le 27 avril 2005 faisant notamment état de « lombalgies basses chronifiées ». Par ailleurs, était également jointe la copie d'une correspondance de ce praticien au mandataire de la demanderesse, datée du 23 mai 2011, aux termes de laquelle il avait indiqué que « les lombalgies chroniques et les discopathies L4-L5 et L5-S1 » auraient dû être évoquées par sa patiente sur le questionnaire de santé destiné à C. _____ SA.

La défenderesse s'est exprimée sur ces documents par écriture du 15 décembre 2015, soulignant que le Dr D. _____ avait relaté des problèmes de santé préexistants à la signature du contrat d'assurance du 26 juin 2003. La réticence ne faisait à son sens aucun doute.

La demanderesse a pour sa part réitéré sa position en date du 11 janvier 2016, estimant que les déclarations du Dr D. _____ s'avéraient peu claires et contredites par les explications de la Dresse J. _____.

C._____SA s'est référée, par courrier du 14 janvier 2016, à l'opinion clairement exprimée par le Dr D._____ le 23 mai 2011 pour maintenir que les lombalgies auraient dû lui être mentionnées à l'occasion de la négociation du contrat d'assurance.

Par courrier du 21 novembre 2016, le juge instructeur a invité C._____SA à lui faire parvenir tout document attestant que les signataires de la lettre de résiliation de la police de prévoyance du 22 mars 2010 étaient habilités à la représenter.

Dans ses déterminations du 2 décembre 2016, C._____SA a relevé que la demanderesse n'avait jamais contesté les pouvoirs de représentation des signataires de la lettre de résiliation. Cela étant, il était vrai que ces deux personnes ne figuraient pas comme directeurs ou fondés de procuration au Registre du commerce. C._____SA a néanmoins relevé que les communications de la société étaient régulièrement faites par des collaborateurs qui signent à deux afin de s'assurer du contrôle interne, sans que ces collaborateurs ne figurent au registre du commerce. La jurisprudence avait d'ailleurs déjà admis les pouvoirs de représentation de personnes non-inscrites dans le cadre des rapports de confiance, tout en relevant que la partie qui se prévalait soudainement d'une absence de pouvoir de représentation agissait contrairement aux règles de la bonne foi. Au surplus, l'art. 462 CO relatifs aux mandataires commerciaux était applicable.

Dans ses déterminations du 13 février 2017, la demanderesse a notamment rappelé qu'elle s'était prévaluée dès le 8 avril 2010 de l'absence de pouvoirs des signataires de la lettre de résiliation.

C._____SA a déposé d'ultimes déterminations le 14 février 2017.

Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra.

E n d r o i t :

1. a) 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).

b) Les contestations résultant de l'application des contrats de prévoyance liée, bien qu'ils soient essentiellement régis matériellement par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1), sont de la compétence de l'autorité cantonale désignée en vertu de l'art. 73 al. 1 let. b LPP (TF 9C_944/2008 du 30 mars 2009 consid. 2.2).

c) L'art. 93 let. c LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) a dévolu à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence instaurée par l'art. 73 al. 1 LPP.

d) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 329 consid. 5d et 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; 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.

e) L'action ouverte par la demanderesse répond aux exigences de forme imposées par les dispositions de la LPA-VD et a été

adressée au tribunal compétent pour se saisir du litige. L'action est donc recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la résiliation du contrat de prévoyance liée, singulièrement sur la question de savoir si la défenderesse pouvait se prévaloir d'une réticence de la demanderesse.

3. a) Les formes de prévoyance individuelle assimilées à la prévoyance professionnelle (art. 82 al. 1 LPP) sont exhaustivement énumérées à l'art. 1 OPP 3 (ordonnance du 13 novembre 1985 sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance ; RS 831.461.3). Il s'agit des contrats de prévoyance liée, soit de contrats spéciaux d'assurance de capital et de rentes sur la vie ou en cas d'invalidité ou de décès, y compris d'éventuelles assurances complémentaires en cas de décès par accident ou d'invalidité, souscrits auprès d'une institution d'assurance soumise à la surveillance des assurances ou d'une institution d'assurance de droit public satisfaisant aux exigences fixées à l'art. 67 al. 1 LPP, ainsi que des conventions de prévoyance liée, soit de contrats spéciaux d'épargne conclus avec des fondations bancaires, qui peuvent être complétés par un contrat de prévoyance risque. La spécificité de ces contrats d'assurance et de ces conventions d'épargne réside dans le fait que, contrairement à ceux relevant de la prévoyance individuelle libre (pilier 3b) régis par le principe de la liberté contractuelle, ils sont soumis aux restrictions prévues par l'OPP 3 dans le but de garantir l'objectif de prévoyance : limitation du choix des bénéficiaires (art. 2 OPP 3) et des possibilités de versement des prestations (art. 3 OPP 3), interdiction de cession et de mise en gage du droit aux prestations, sous réserve d'acquisition de la propriété du logement et de divorce (art. 4 OPP 3 ; ATF 135 III 289 consid. 5.1).

b) Les prestations garanties aux termes des contrats ou conventions de prévoyance liée sont ainsi incontestablement « fondées sur la LPP ». Comme celles du 2^{ème} pilier, elles ne peuvent être distraites du but de prévoyance assigné par la loi, puisque les fonds versés sont affectés exclusivement et irrévocablement à cette fin (art. 1 al. 2 et 3 OPP

3). Pour autant que l'OPP 3 ne contienne pas de dispositions spécifiques, il convient en règle générale de faire appel à titre subsidiaire aux règles applicables au 2^{ème} pilier (ATF 141 V 405 consid. 3.2 et les références). Pour le reste, la LCA s'applique à titre complémentaire (ATF 141 V 405 consid. 3.3).

4. a) 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).

b) 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 (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 (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 1^{er} février 2010 consid. 2.5).

c) Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du 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).

d) S'agissant des réticences survenues postérieurement au 1^{er} 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 1^{er} janvier 2006 - comme c'est le cas en l'espèce -, 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 (cf. sur l'ensemble de la question : ATF 136 III 334 consid. 2.2).

e) 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).

5. a) L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). Ce délai ne commence à courir qu'à partir du 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).

b) 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).

6. En l'occurrence, la défenderesse s'est prévaluée de la réticence par un courrier daté du 22 mars 2010, libellé en ces termes :

Madame,

Le 04.02.2010, vous avez demandé à bénéficier de prestations pour une incapacité de gain consécutive à une maladie très douloureuse.

Au vu des documents en notre possession, nous avons constaté que la proposition d'assurance du 26.06.2003 ne mentionnait aucunement les lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 dont les premiers troubles remontent en avril 2003, en raison desquels le diagnostic vous a été communiqué le 15.04.2003 - de même qu'une insuffisance veineuse chronique avec cures chirurgicales des varices en 1991 et 1995.

Les réponses données aux points 4, 6.2, 6.7, 6.12 du questionnaire sur votre état de santé, qui fait partie intégrante de la proposition d'assurance, sont donc erronées. Vous pouvez en consulter les termes précis dans la copie ci-jointe.

Si vous aviez répondu aux questions de façon exacte et complète, nous n'aurions pas pu conclure le contrat aux conditions actuelles. Nous résilions donc celui-ci par la présente, sur la base de l'article 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance. La résiliation sera effective à la réception de ce courrier ; le contrat prendra fin à ce moment.

Par ailleurs, vous n'avez droit à aucune prestation d'assurance.

Cependant, pour pouvoir vous accorder une couverture d'assurance à l'avenir, nous sommes disposés à conclure un nouveau contrat correspondant à l'ancien, toutefois le droit à la libération du paiement de la prime en cas d'incapacité de gain sera supprimé. Cette offre, qui sera valable 30 jours, vous parviendra prochainement.

Si vous ne souhaitez pas souscrire une nouvelle assurance, la valeur de rachat qui se monte à CHF 20'706.00 au 01.04.2010 vous est acquise. Nous établirons le décompte correspondant en faveur du créancier-gagiste dès que vous nous aurez communiqué une instruction en ce sens à l'adresse indiquée dans l'en-tête.

Par ailleurs, nous sommes dans l'obligation d'informer le N. _____ SA, auprès de laquelle votre police est déposée en nantissement.

[...].

7. a) In casu, le contrat d'assurance a été conclu le 26 juin 2003. Le cas d'espèce doit en conséquence être jugé au regard du droit applicable avant la réforme introduite le 1^{er} janvier 2006 (cf. consid. 4d supra). Il s'ensuit que n'importe quelle dissimulation suffit à justifier la résiliation du contrat et, partant, un refus de prestations.

b) Les conditions générales applicables au contrat d'assurance en cause ne contiennent aucune disposition relative à la résiliation au

motif de réticence, de sorte qu'il y a lieu de se référer aux dispositions contenues dans la LCA sur cette question et à la jurisprudence fédérale corrélative (cf. consid. 4 et 5 supra).

c) Sur le plan formel, la déclaration de réticence, contenue dans le courrier de résiliation de la défenderesse du 22 mars 2010, est conforme aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 5b supra). En particulier, on peut relever que C._____SA a expressément énoncé les questions auxquelles il n'a pas été répondu correctement et les faits que la demanderesse lui aurait dissimulés, soit les lombalgies chroniques et les problèmes consécutifs à une insuffisance veineuse des membres inférieurs.

La question de savoir si les signataires de la correspondance du 22 mars 2010 étaient habilités à représenter C._____SA dans le contexte de la résiliation du contrat d'assurance concerné peut souffrir de demeurer indécise. Il convient en effet d'admettre en tout état de cause qu'il y a eu ratification tacite par la société, la décision de mettre un terme au contrat d'assurance correspondant aux intérêts de celle-ci.

d) Sur le fond, force est de constater que la demanderesse a commis une réticence en lien avec l'insuffisance veineuse chronique dont elle est affectée de longue date et qui avait nécessité notamment des interventions chirurgicales en 1991 et 1995. Elle a en effet répondu par la négative aux questions 6.2 et 6.12 du questionnaire de santé à l'attention de la défenderesse, lesquelles apparaissaient pourtant sans équivoque. La dissimulation de l'insuffisance veineuse chronique n'était au demeurant pas sans importance, car il ne fait guère de doute que la défenderesse n'aurait vraisemblablement pas conclu le contrat la liant à la demanderesse aux mêmes conditions si elle avait eu connaissance de la pathologie en cause. A tout le moins, peut-on considérer qu'elle aurait exclu de la couverture d'assurance la libération du paiement des primes.

Cela étant, il y a lieu de constater que C._____SA a eu connaissance de l'insuffisance veineuse chronique et des interventions chirurgicales nécessitées par cette affection à réception du formulaire complété _____ par _____ le Dr D._____ en date du 20 janvier 2010. Selon la correspondance adressée à ce praticien par la défenderesse en vue de l'obtention de précisions, datée du 17 février 2010, on peut déduire qu'au plus tard à cette dernière date, C._____SA était parfaitement au courant de l'insuffisance veineuse et de ses conséquences passées. Dès lors, en adressant la résiliation du contrat d'assurance à la demanderesse au motif de réticence quant à la pathologie veineuse seulement en date du 22 mars 2010, la défenderesse n'a pas respecté le délai de quatre semaines imposé par l'art. 6 al. 2 LCA.

La résiliation du contrat d'assurance au motif de l'insuffisance veineuse chronique étant tardive, il y a lieu d'en constater la nullité.

e) Quant aux lombalgies chroniques affectant la demanderesse depuis avril 2003, il y a également lieu de retenir que la demanderesse a commis une réticence. Il ressort en effet du dossier constitué par la défenderesse que l'assurée a consulté son médecin traitant au mois d'avril 2003 pour des douleurs lombaires. Des radiographies de la colonne lombaire ont été effectuées les 15 avril 2003 et

7 novembre 2003 (cf. courrier du Dr D._____ du 29 décembre 2010). Même si l'épisode de lombalgies n'a occasionné aucune incapacité de travail, il n'est pas possible de considérer cet épisode comme un événement anodin. En règle générale, lorsqu'une personne consulte un médecin pour des lombalgies, il est rare - sauf circonstances particulières non évoquées en l'espèce - que la première consultation entraîne la mise en œuvre d'exams radiographiques. Qui plus est, eu égard au libellé dépourvu de toute ambiguïté du point 6.7 du questionnaire de santé (Maladie des os et des articulations : colonne vertébrale, lombalgie, sciatique, arthrite, rhumatisme, etc ?), la demanderesse ne pouvait

répondre par la négative alors même qu'elle avait consulté au mois d'avril 2003 pour des lombalgies.

Il y a lieu de constater ensuite que C. _____ SA a eu connaissance de l'existence de ces lombalgies chroniques à réception du formulaire complété par le Dr D. _____ en date du 20 janvier 2010. Ce médecin n'ayant pas fourni d'indication quant à la date du premier épisode de lombalgies, C. _____ SA lui a adressé le 17 février 2010 un formulaire afin de s'enquérir de cette date. Elle a reçu la réponse du Dr D. _____ le 4 mars 2010.

En adressant la résiliation du contrat d'assurance à la demanderesse au motif de réticence quant aux lombalgies chroniques en date du 22 mars 2010, la défenderesse a respecté le délai de quatre semaines imposé par l'art. 6 al. 2 LCA, si bien que la résiliation doit au final être considérée comme valable.

8. a) La demande déposée le 7 mai 2013 auprès de la Cour de céans doit par conséquent être rejetée.

b) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice.

c) Bien que C. _____ SA 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.

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

- I. La demande formée par B. _____ contre C. _____ SA est rejetée.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Guy Longchamp, à St-Sulpice (pour B. _____),
- Me Daniel Pache, à Lausanne (pour C. _____ SA),
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :