

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 14 novembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Férolles, assesseur,
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

X._____, à [...], demanderesse, représentée par
Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, à Lausanne,

et

CAISSE DE PENSION G._____, à [...], défenderesse, représentée par Me
Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne.

Art. 23 et 24 LPP ; art. 4 et 6 LCA.

E n f a i t :

A. **a)** X._____,(ci-après également : la demanderesse), née en 1960, a été engagée à compter du 1^{er} janvier 2008 en qualité de conseillère « Vie et prévoyance » par la D.____SA (aujourd'hui : D.____SA). Elle était assurée au titre de la prévoyance professionnelle auprès de l'Institution de prévoyance G.____ (aujourd'hui : Caisse de pension G.____ ; ci-après : l'institution de prévoyance ou la défenderesse).

b) En date du 11 janvier 2008, l'assurée a complété à la demande de son institution de prévoyance un questionnaire médical où elle a indiqué :

- ne pas souffrir actuellement de maladie, de séquelles d'un accident ou d'anomalie (question 1) ;
- avoir été en traitement médical pendant plus de quatre semaines au cours des trois dernières années ; elle a précisé souffrir de ménopause précoce depuis 1999 et bénéficier depuis lors d'une hormonothérapie (question 2) ;
- avoir fait l'objet de prescription de médicaments (hormonothérapie ; question 6).

c) En incapacité de travail ininterrompue depuis le mois d'avril 2009 en raison d'un état dépressif, l'assurée a déposé le 14 septembre 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

d) Par lettre du 3 mars 2011, l'institution de prévoyance a indiqué à son assurée vouloir examiner le dossier de l'assurance-invalidité afin de pouvoir se déterminer sur la nature et la forme des prestations à allouer.

e) Par lettre du 26 avril 2011, l'institution de prévoyance a fait savoir à l'assurée qu'au vu des éléments figurant dans le dossier de l'assurance-invalidité, il apparaissait qu'elle avait déjà été en traitement

en 2005 à la suite de problèmes psychiques et que ce traitement se poursuivait à ce jour. Elle avait ainsi passé sous silence un fait important lorsqu'elle avait rempli le questionnaire médical. Appliquant par analogie les art. 4 et 6 LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) relatifs à la réticence, elle a refusé l'octroi de prestations dépassant le minimum obligatoire LPP. A réception de la décision de l'assurance-invalidité, elle vérifierait son obligation de verser des prestations relevant du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle.

f) Par lettre du 17 novembre 2011, l'assurée a fait savoir à l'institution de prévoyance qu'elle souffrait d'une maladie rare dénommée « hypersomnie idiopathique », dont certains symptômes pouvaient faire penser à une dépression. La réticence dont se prévalait l'institution de prévoyance n'était pas justifiée, l'incapacité de travail actuelle ne relevant pas d'une problématique psychique. Elle se référait à des rapports médicaux des 29 juin et 4 octobre 2011 du Dr B._____, spécialiste en pneumologie auprès du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du Centre hospitalier C._____.

g) Par courriel du 13 mars 2014, l'assurée a informé l'institution de prévoyance que l'assurance-invalidité envisageait de lui accorder une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2010.

h) Par lettre du 14 mars 2014, l'institution de prévoyance a indiqué à son assurée vouloir examiner le dossier de l'assurance-invalidité avant de se déterminer sur la nature et la forme de ses prestations.

i) Par lettre du 4 avril 2014, l'institution de prévoyance a indiqué qu'il ressortait du dossier de l'assurance-invalidité que l'assurée souffrait de longue date d'une somnolence diurne (cf. rapport du Centre A._____ du 9 décembre 2004) et qu'elle n'avait pas signalé cette maladie en répondant négativement à la question 1 du questionnaire de santé.

j) Par lettre du 28 avril 2014, l'institution de prévoyance a informé l'assurée qu'elle pouvait prétendre, dans le cadre du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle, à une rente annuelle d'invalidité de 7'301 fr. 40 dès le 1^{er} avril 2011.

k) Par lettre du 2 juin 2014, l'assurée a rappelé à l'institution de prévoyance que la réticence invoquée n'était pas justifiée, l'incapacité de travail n'ayant rien à voir avec un quelconque problème psychique. La somnolence diurne dont se prévalait l'institution de prévoyance n'était manifestement pas assimilable à une maladie. L'assurée a ajouté n'avoir jamais contesté avoir subi des traitements médicaux depuis plus de quatre semaines au cours des cinq dernière années, transparence qui plaidait d'évidence en faveur de sa bonne foi.

l) Par décision du 6 juin 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter _____ du 1^{er} avril 2010.

m) A la suite d'une relance de l'assurée, l'institution de prévoyance a, par lettre du 23 juin 2014, indiqué à l'assurée qu'elle avait incorrectement répondu aux questions 1, 2 et 6 du questionnaire de santé. Sur la base du dossier de l'assurance-invalidité, elle a notamment mis en évidence, d'une part, que l'assurée avait été suivie entre les mois de janvier 2007 et de juin 2009 par les Drs F. _____ (médecin généraliste) et H. _____ (spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie) et qu'elle avait recours à des antidépresseurs depuis fin septembre 2008, et, d'autre part, qu'elle présentait depuis le début des années 2000 une somnolence diurne.

B. a) Par demande du 28 novembre 2014, X. _____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a ouvert action contre l'institution de prévoyance et pris les conclusions suivantes :

I. La demande est admise.

- II. La Caisse de pension G. _____ ; Institution de prévoyance G. _____ doit verser à X. _____ une rente annuelle d'invalidité de frs. 25'252.- dès le 20 avril 2011, avec intérêts moratoires à 5% l'an courant sur les arriérés dès ce jour, ainsi que les indexations légales et conventionnelles en sus.
- III. Partant, la Caisse de pension G. _____ ; Institution de prévoyance G. _____ est débitrice de X. _____, état au 31 décembre 2014, de la somme de frs. 85'266.30 à titre d'arriérés de rentes d'invalidité, avec intérêts à 5% l'an courant à compter du 1^{er} août 2013 (échéance moyenne) augmentés des indexations légales et conventionnelles.

Elle a soutenu que ni la réticence invoquée le 26 avril 2011, ni celle invoquée le 4 avril 2014 n'étaient valables pour les motifs suivants :

- La première déclaration de réticence adressée par l'institution de prévoyance ne mentionnait pas, contrairement aux exigences de la jurisprudence, la question à laquelle il avait été mal répondu. Cette déclaration faisait en outre mention de troubles psychiques, alors qu'il ressortait clairement du dossier qu'elle ne souffrait pas de troubles de cette nature au jour de la signature du questionnaire médical. Il avait été médicalement établi qu'elle souffrait d'hypersomnie idiopathique, pathologie qui pouvait s'apparenter à des troubles d'ordre psychique, tout en étant bien distincte de ces derniers. Ce diagnostic n'avait été posé qu'en 2011, soit plus de trois ans après la signature du questionnaire litigieux, de sorte qu'elle ne pouvait en avoir connaissance le jour où elle a répondu au questionnaire.
- Quant à la seconde déclaration de réticence, elle avait été notifiée à son assurance de protection juridique et non pas directement à elle, de sorte que l'on pouvait s'interroger sur la validité d'un tel acte soumis à réception. L'institution de prévoyance n'avait par ailleurs pas respecté les délais admis pour se départir d'un contrat de prévoyance ; celle-ci avait en effet été informée de l'existence de l'hypersomnie idiopathique le 17 novembre 2011, si bien qu'elle ne pouvait s'en prévaloir au mois d'avril 2014.

b) Dans sa réponse du 7 avril 2015, la Caisse de pension G._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a conclu au rejet de la demande.

Se référant à la jurisprudence (TF 5C.134/2006 du 21 novembre 2006), elle a notamment indiqué que c'était faire preuve de formalisme excessif que de reprocher à l'assureur de n'avoir pas expressément mentionné la ou les questions auxquelles des réponses incorrectes avaient été données, lorsque la personne assurée était consciente de la fausseté et de l'incomplétude de ses réponses au questionnaire de santé annexé à la proposition d'assurance et que - après s'être vu résilier son contrat d'assurance - elle pouvait identifier sans peine la ou les questions auxquelles elle n'avait pas répondu correctement au vu de la déclaration de réticence. En l'espèce, la demanderesse avait fait preuve d'une mauvaise foi incontestable, dans la mesure où elle avait consciemment donné de fausses réponses et tu certains faits importants dans le questionnaire de santé, dissimulant notamment la dépression dont elle souffrait ainsi que le traitement médicamenteux auquel elle était astreinte. Dans ces conditions, l'argumentation de la demanderesse, selon laquelle elle aurait omis de mentionner à quelle question elle avait répondu faussement, relevait du formalisme excessif. En reprochant expressément dans le déclaration de réticence du 26 avril 2011 d'avoir tu, dans le questionnaire médical pour l'admission à l'institution de prévoyance, le fait d'être en traitement depuis 2005 suite à des problèmes psychiques, la demanderesse pouvait identifier sans peine à quelles questions elle avait mal répondu.

S'agissant de la seconde déclaration de réticence du 4 avril 2014, elle était également valable. Ce n'était en effet qu'après avoir pris connaissance du dossier de l'assurance-invalidité en date du 14 mars 2014 qu'elle avait pu constater que l'hypersomnie idiopathique avait également une influence sur la capacité de travail de la demanderesse.

A titre subsidiaire, la défenderesse a invoqué le fait que l'atteinte psychique invalidante, ainsi que l'hypersomnie idiopathique existaient antérieurement à la demande d'affiliation du 11 janvier 2008, de sorte que le contrat de prévoyance était nul en ce qui concerne la partie surobligatoire, puisque le risque était déjà survenu.

A titre de moyens de preuve, la défenderesse a requis la production du dossier de l'assurance-invalidité, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'audition comme témoin de l'ancien supérieur de la demanderesse auprès de la D. _____ SA et la production du dossier de la demanderesse auprès de son ancien employeur, la D. _____ SA.

c) Dans sa réplique du 29 mai 2015, la demanderesse a confirmé les conclusions prises dans son mémoire du 28 novembre 2014 et précisé qu'il n'y avait pas lieu de déroger à la jurisprudence selon laquelle une déclaration de résiliation qui ne mentionnait pas la question précise à laquelle il avait été répondu inexactement n'était pas valable (voir TF 4A_289/2013 du 10 septembre 2013). Au surplus, elle avait, contrairement à ce que soutenait la défenderesse, correctement complété le questionnaire de santé, ayant tout au plus été imprécise s'agissant du questionnaire complémentaire, dans lequel elle avait fait état d'une ménopause précoce et d'une hormonothérapie. Toutefois, si la défenderesse avait questionné ses médecins traitants, ceux-ci l'auraient naturellement éclairée plus complètement sur la nature des traitements prodigués. Quant à la motivation subsidiaire de la défenderesse, elle devait être simplement écartée. Elle a également requis l'audition d'un témoin et la tenue d'une audience des débats.

d) Dans sa duplique du 13 juillet 2015, la défenderesse a indiqué que l'objet du litige concernait la question de savoir si elle était en droit de refuser le versement de ses prestations obligatoires et surobligatoires en faveur de la demanderesse. En effet, celle-ci n'était manifestement pas assurée auprès d'elle lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité. Les éléments du dossier montraient que l'atteinte psychique ainsi que l'hypersomnie

idiopathique existaient avant la demande d'affiliation du mois de janvier 2008, respectivement avant son admission avec effet au 1^{er} janvier 2008, et influaient sur la capacité de travail de la demanderesse de façon supérieure à 20%. Pour le reste, la défenderesse a repris l'argumentation exposée dans sa réponse du 7 avril 2015.

e) Dans ses déterminations du 21 août 2015, la demanderesse a notamment constaté que la défenderesse n'avait pas formulé de conclusions en lien avec les prestations obligatoires et, partant, invité la Cour de céans à ne pas prendre position sur ce volet de la duplique de la défenderesse. Au surplus, elle a indiqué qu'elle disposait d'une pleine et entière capacité de travail au moment de son engagement, de sorte qu'une éventuelle atteinte n'avait manifestement pas d'effet sur sa capacité de travail, une incapacité de travail n'ayant été reconnue qu'à compter du 20 avril 2009.

f) Dans le cadre de l'instruction du dossier, la Cour de céans a requis la production du dossier de l'assurance-invalidité.

g) Dans ses déterminations du 28 avril 2016, la demanderesse a indiqué qu'elle n'avait pas de remarque particulière à formuler concernant le dossier de l'assurance-invalidité, dans la mesure où celui-ci ne contenait aucun élément de nature à modifier sa position.

h) Dans ses déterminations du 17 mai 2016, la défenderesse a relevé que les pièces médicales figurant dans le dossier de l'assurance-invalidité prouvaient que la demanderesse avait bien commis une réticence et soutenaient le point de vue selon lequel la demanderesse était déjà incapable de travailler à plus de 20% avant son affiliation. Elle a requis la production du dossier complet de la demanderesse auprès des Services J._____, ancien employeur de l'intéressée.

i) Dans ses déterminations du 26 mai 2016, la demanderesse a reproché à la défenderesse d'avoir affirmé péremptoirement et sans la moindre motivation que les pièces médicales figurant dans le dossier de

l'assurance-invalidité démontraient qu'elle avait bien commis une réticence. Elle peinait par ailleurs à comprendre pour quel motif la production du dossier des Services J._____ était requise. Elle a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une audience des débats.

j) Une audience de jugement avec débats publics s'est tenue le 14 novembre 2016. La Cour a délibéré à huis clos.

E n d r o i t :

1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40]).

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

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, 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 de se référer sur le plan procédural aux règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif.

d) En l'espèce, l'action de la demanderesse, formée devant le tribunal compétent à raison du lieu de l'exploitation où celle-ci a été engagée, est recevable à la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet le droit de la demanderesse à des prestations d'invalidité relevant de la prévoyance professionnelle, singulièrement la question de savoir si la défenderesse a refusé à bon droit d'allouer des prestations supérieures à celles découlant du régime obligatoire de la prévoyance professionnelle, au motif que la demanderesse avait commis une réticence en ne répondant pas de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation.

3. a) Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40% au moins au sens de l'AI, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70% au moins au sens de l'AI, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50% au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40% au moins (art. 24 al. 1 LPP).

b) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans le cadre de la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20 ; jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

c) La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est alors tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a).

d) Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 138 V 409 consid. 6.2).

e) La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou à ne pas reprendre une activité lucrative. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail

interrompant le rapport de connexité temporelle, il est possible de s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) comme principe directeur. Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit à des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

f) Est déterminante pour fixer le moment de la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP dont la cause est à l'origine de l'invalidité la perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui. La relation de connexité temporelle entre cette incapacité de travail et l'invalidité survenue ultérieurement se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement d'après la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références ; voir également la définition légale de l'art. 6 LPGGA, disposition qui ne s'applique toutefois pas en matière de prévoyance professionnelle). Cette activité doit cependant permettre de réaliser par rapport à l'activité initiale un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3).

g) L'exercice d'une activité permettant de réaliser un revenu excluant le droit à une rente ne suffit pas encore à interrompre la relation de connexité temporelle. Pour admettre l'existence d'une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de

travail significative de 80% au moins (en référence au taux de 20% de la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là [voir TF 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1, in : SVR 2011 BVG n° 14 p. 51 et la référence citée]). Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible (autre que sa profession habituelle) d'une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la relation de connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 80% au moins et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (TF 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1 et les références, in : SVR 2014 BVG n° 1 p. 1).

h) Il convient d'examiner d'office et avec le plus grand soin la question de savoir si, malgré la poursuite du versement de son salaire, la personne assurée a présenté une incapacité de travail notable, respectivement dans quelle mesure elle était encore capable de fournir la prestation de travail requise, que ce soit dans son domaine d'activité ou dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. D'après la jurisprudence, il est décisif que l'incapacité de travail se soit effectivement manifestée de manière défavorable dans le cadre des rapports de travail (TFA B 45/03 du 13 juillet 2004 consid. 2.2, in : SVR 2005 BVG n° 5 p. 15). Une diminution des performances de la personne assurée doit ressortir des circonstances du cas concret, que cela soit au travers d'une baisse identifiée du rendement, d'avertissements répétés de l'employeur ou d'absences fréquentes pour cause de maladie. L'attestation rétroactive d'une incapacité de travail médico-théorique en l'absence de constatations analogues rapportées par l'employeur de l'époque ne saurait suffire. En principe, doivent être considérées comme conforme à la réalité l'étendue de l'obligation contractuelle de fournir la prestation de travail et celle, corrélative, de verser le salaire ainsi que la teneur des autres accords passés dans le cadre des rapports de travail. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que peut être prise en considération la possibilité que la réalité déroge à la situation telle qu'elle

apparaît sur le plan contractuel. De telles circonstances doivent être admises avec une extrême réserve, faute de quoi le danger existe que la situation du travailleur devienne l'objet de spéculations dans le but de déjouer la couverture d'assurance de celui-ci en le renvoyant systématiquement à l'institution de prévoyance de son précédent employeur. En tout état de cause, il faut que l'employeur ait remarqué la baisse de rendement attribuée au travailleur (TF B 95/06 du 4 février 2008 consid. 3.3 et les références). Pour apprécier la connexité temporelle dans ce genre de circonstances, il peut également être tenu compte d'événements extérieurs, tel le fait qu'une personne reçoive des indemnités journalières de l'assurance-chômage en qualité de demandeur d'emploi pleinement apte au placement. Le versement d'indemnités de chômage ne saurait toutefois avoir la même valeur qu'une période de travail effective (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1).

i) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et les références).

4. a) L'Institution de prévoyance G._____ est une institution de prévoyance qui alloue des prestations qui vont au-delà des prestations minimales selon la LPP. Une telle institution, dite « enveloppante » (cf. sur cette notion : ATF 136 V 313 consid. 4), est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP en matière d'organisation, de sécurité financière, de surveillance et de transparence, 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 115 V 103

consid. 4b). Dans les faits, une institution de prévoyance « enveloppante » propose, en général, un plan de prestations unique qui inclut les prestations minimales et les améliore, sans opérer de distinctions entre prévoyance obligatoire et prévoyance plus étendue. Afin de s'assurer que les prestations réglementaires respectent les exigences minimales de la LPP, autrement dit si la personne assurée bénéficie au moins des prestations minimales légales selon la LPP (art. 49 al. 1 LPP en corrélation avec l'art. 6 LPP), l'institution de prévoyance est tenue de pouvoir procéder à un calcul comparatif entre les prestations selon la LPP (sur la base du compte-témoin que les institutions de prévoyance doivent tenir afin de contrôler le respect des exigences minimales de la LPP [Alterskonto ; art. 11 al. 1 OPP 2 {Ordonnance sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 18 avril 1984 ; RS 831.441.1}]) et les prestations réglementaires (Schattenrechnung ; cf. ATF 136 V 65 consid. 3.7 et les références ; voir également ATF 114 V 239 consid. 6a).

b) D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, le règlement de prévoyance de la défenderesse ne prévoit pas un système qui dérogerait à celui applicable dans le cadre de la prévoyance obligatoire (TF 9C_793/2010 du 21 mars 2011 consid. 2 et 3, in : SVR 2011 BVG n° 30 p. 116).

5. a) Il ressort du dossier que la demanderesse a travaillé de 2000 à 2005 en qualité de responsable des relations sociales auprès du service des ressources humaines des Services J._____, puis exploité entre 2005 et 2007 une boutique de décoration à titre indépendant. Elle a ensuite exercé du 1^{er} janvier 2008 au 19 avril 2009 une activité de conseillère « Vie et prévoyance » pour la D._____SA, avant de se trouver en incapacité de travail durable.

b) Sur le plan médical, la demanderesse a fait l'objet à la fin de l'automne 2004 d'une investigation médicale auprès du Centre A._____ en raison d'une somnolence diurne excessive perturbant l'activité professionnelle et se manifestant également au volant chez une

personne empruntant quotidiennement l'autoroute pour aller travailler à [...]. D'après le rapport établi le 9 décembre 2004 par le Dr K._____, spécialiste en neurologie, il s'agissait vraisemblablement d'un trouble veille-sommeil en lien avec l'important stress engendré par l'activité professionnelle et le contexte familial ; dans l'attente d'un changement d'activité professionnelle prévu à l'automne 2005, il était suggéré d'un point de vue thérapeutique de poursuivre le traitement de Fluctine dont elle bénéficiait déjà, en augmentant la dose si nécessaire, et d'y adjoindre un anxiolytique le soir ; en fonction de l'évolution de la situation, une psychothérapie devait également être envisagée afin de permettre à la patiente de prendre certaines décisions relatives à son avenir.

En raison de difficultés de couple associées à un épuisement professionnel, la demanderesse a débuté au mois de mai 2005 un suivi psychiatrique auprès du Dr H._____, suivi qui a duré jusqu'à l'été 2006 et au cours duquel elle s'est vu prescrire un traitement par Fluoxétine. Fin octobre 2006, la demanderesse a connu un nouvel épisode dépressif, qui a également été traité par Fluoxétine jusqu'à fin septembre 2008.

Au début de l'année 2009, la demanderesse a présenté un nouvel épisode dépressif en lien avec un épuisement professionnel (*burn out*) et s'est trouvée en incapacité totale de travailler à compter du 20 avril 2009 (rapport du Dr H._____ du 29 septembre 2009 ; voir également le rapport d'examen clinique psychiatrique établi le 21 mars 2012 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité [SMR]). Par la suite, la situation a évolué dans le sens d'une nette réduction des symptômes anxio-dépressifs, avec subsistance de symptômes résiduels conséquents : humeur fluctuante, manque de confiance et sentiment d'insécurité face à l'avenir, irritabilité, tensions dans les relations, culpabilité, persistance d'une intolérance au stress et d'une fatigabilité anormale nécessitant beaucoup de repos (rapport du Dr H._____ du 13 février 2010). Les investigations destinées à établir l'origine de la fatigue ressentie par la demanderesse ont abouti à la conclusion qu'elle souffrait très probablement d'une hypersomnie idiopathique (rapport du _____ du _____)

Dr B. _____ du 4 octobre 2011). Le SMR a également examiné la demanderesse dans le cadre d'un examen clinique psychiatrique et retenu qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent en rémission, mais avec des symptômes résiduels conséquents : fatigabilité, diminution de la tolérance au stress, diminution de la confiance en soi, manque d'élan vital ; ces symptômes justifiaient une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (rapport du Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR, du 21 mars 2012). Estimant toutefois qu'il ne pouvait être fait abstraction dans le cas d'espèce de l'hypersomnie idiopathique, le SMR a estimé dans un second temps qu'il y avait lieu de reconnaître une incapacité de travail totale et durable dans toute activité (rapport du Dr E. _____, médecin au SMR, du 6 juin 2013).

6. Quand bien même la défenderesse n'a pas pris de conclusions reconventionnelles tendant au non-versement à la demanderesse de prestations de la prévoyance professionnelle, il convient d'examiner dans une première étape si, comme le soutient la défenderesse, l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité est survenue antérieurement aux rapports d'assurance.

a) Sur la base des éléments constatés au considérant précédent, il convient d'admettre que l'activité exercée à plein temps pour le compte de la D. _____ SA a duré suffisamment longtemps pour interrompre tout lien de connexité temporelle entre une éventuelle incapacité de travail antérieure aux rapports de travail avec la D. _____ SA et l'incapacité de travail survenue à compter du 19 avril 2009. Au demeurant, rien ne permet d'affirmer que la demanderesse - malgré le traitement médical dont elle a fait l'objet entre les mois d'octobre 2006 et septembre 2008 - a présenté une diminution de sa capacité de travail supérieure à 20% tout au long de cette période. Malgré l'environnement stressant dans lequel la demanderesse évoluait (voir à ce propos le courrier qu'elle a adressé le 25 octobre 2010 à la D. _____ SA), le dossier ne laisse transparaître aucun élément qui laisserait à penser que

la demanderesse aurait connu, au cours de ladite période, des difficultés, que ce soit sous la forme d'une baisse identifiée et durable de rendement ou d'absences fréquentes pour cause de maladie, susceptibles de jeter le doute sur l'effectivité réelle de la reprise d'activité. De même, la durée des rapports de travail permet d'exclure que la demanderesse ait travaillé au-dessus de ses forces ou qu'il se soit agi d'une tentative de réinsertion. L'obligation de prêter de la défenderesse doit par conséquent être admise dans son principe, sans qu'il y ait lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires. Fort de ce constat, la question de savoir s'il y a place dans le cas d'espèce pour une application par analogie de l'art. 9 LCA peut demeurer indéterminée (cf. ATF 118 V 158 consid. 5c).

b) La demanderesse souffre actuellement de symptômes résiduels conséquents consécutifs de la décompensation psychique (épuisement professionnel) qu'elle a subie alors qu'elle travaillait pour le compte de la D. _____ SA (fatigabilité, diminution de la tolérance au stress, diminution de la confiance en soi, manque d'élan vital). Etant admis que la conjonction de ces symptômes a justifié dès leur apparition au mois d'avril 2009 une incapacité totale de travailler, la demanderesse peut prétendre aux prestations en cas d'invalidité de la défenderesse.

7. Cela étant constaté, il convient d'examiner si la recourante a commis une réticence au moment où elle a répondu au questionnaire de santé, circonstance qui justifierait de ne pas verser de prestations allant au-delà des prestations minimales de la prévoyance obligatoire.

a) Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 in fine), sous réserve du cas particulier dans lequel le règlement ou les statuts en vigueur au moment de la déclaration de résiliation interdisent une telle résiliation (TF 9C_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 et TFA B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2011 consid. 3c). Selon la jurisprudence (ATF 130 V 9), en l'absence de telles dispositions -

comme c'est le cas en l'espèce -, les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance en cas de réticence, par application analogique des art. 4 ss LCA.

b) Aux termes de l'art. 4 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 tels qu'ils lui sont ou doivent lui 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). 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 donc 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 et les références citées). 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 ; 134 III 511 consid. 3.3.4).

c) Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (cf. art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.3).

d) De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (cf. art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles : il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (TF 4A_370/2012 du 4 décembre 2012 consid. 2.1).

8. a) En l'occurrence, il y a lieu de constater que la demanderesse a commis une réticence, en taisant sciemment qu'elle faisait l'objet depuis le mois d'octobre 2006 d'un suivi psychiatrique - à la fois clinique et médicamenteux - pour un trouble dépressif, suivi qui perdurait au moment où elle a rempli le questionnaire de santé destiné à la défenderesse. L'information cachée n'était pas sans importance, car il ne fait guère de doute que la défenderesse n'aurait pas contracté de la même manière avec la demanderesse si elle avait eu connaissance de la symptomatologie dépressive. Selon l'expérience, elle aurait, à tout le moins, émis une réserve quant à une incapacité de gain future liée à des troubles de la sphère dépressive. Contrairement à ce que laisse entendre la demanderesse, le questionnaire de santé n'était nullement équivoque. La question n° 2 était formulée de la manière suivante : « *Etiez-vous en traitement médical pendant plus de 4 semaines au cours des 3 dernières années (médecin, physiothérapie, psychothérapie, etc.) ou êtes-vous/étiez-vous tenu/e de passer régulièrement des contrôles ?* », tandis que la question n° 6 était libellée comme suit : « *Des médicaments vous ont-ils été prescrits ?* ». Au verso du formulaire, la personne à assurer était invitée, en cas de réponse positive à l'une des questions au recto, de donner des renseignements relatifs aux atteintes concernées (« *De quels troubles de santé, séquelles d'accidents, infirmité, etc. s'agit-il ? (Veuillez nous répondre en détail) ; Quand ? ; Durée ? ; Guéri/e sans suites ? ; Médecin, hôpital, adresse ?* »). Compte tenu des renseignements donnés par la demanderesse, il n'y a pas lieu de reprocher à la défenderesse de n'avoir pas interpellé les médecins traitants de la demanderesse, celle-ci n'ayant aucune raison de penser que la personne à assurer souffrait

d'autres pathologies que celle indiquée sur le questionnaire de santé (ménopause précoce).

b) En revanche, on ne saurait considérer que la demanderesse a commis une réticence en lien avec l'hypersomnie idiopathique. En effet, ce n'est que postérieurement à la survenance de l'incapacité de travail que ce diagnostic a été posé, de sorte que l'on ne peut reprocher à la demanderesse d'avoir tu un fait qu'elle ignorait. S'il est vrai qu'elle a fait l'objet en 2004 d'investigations médicales en lien avec une somnolence diurne, il convient de constater qu'aucun diagnostic n'avait été retenu et que la problématique avait été reliée au contexte professionnel difficile dans lequel la demanderesse évoluait alors. De fait, les questions de savoir si la défenderesse a commis un vice de forme en communiquant la réticence à l'assurance de protection juridique de la demanderesse plutôt qu'à la demanderesse directement et si le délai de 4 semaines prévu par l'art. 6 LCA a été respecté peuvent demeurer indécises.

9. La demanderesse allègue que la défenderesse n'aurait pas respecté les exigences de forme posées par la jurisprudence pour faire valoir une réticence.

a) Si, lors de la conclusion du contrat d'assurance, celui qui devait faire la déclaration a omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA). Il s'agit d'un délai de péremption, et la résolution peut intervenir après la survenance du sinistre (ATF 118 II 333 consid. 3 in limine et les arrêts cités). 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 déjà cité consid. 4.2).

b) En l'occurrence, la défenderesse s'est prévaluée de la réticence par un courrier daté du 26 avril 2011 dont la teneur était la suivante :

Madame,

Selon les dispositions réglementaires, les nouveaux collaborateurs, lors de leur entrée en fonction, sont tenus de fournir les informations sur leur état de santé et de mentionner d'éventuelles réserves pour raison de santé. L'institution de prévoyance peut ordonner, à tout moment, un examen médical effectué par son médecin-conseil.

Une réserve pour raison de santé peut être prononcée sur la base d'un examen médical par le médecin-conseil. Si un cas de prestation résultant d'une affection faisant l'objet d'une réserve survient dans un délai de cinq ans à compter de la formation de la réserve, l'exclusion de prestations est appliquée de manière permanente dans le domaine des prestations surobligatoires.

Chaque personne assurée a l'obligation de fournir à l'institution de prévoyance des informations conformes à la vérité sur tous les faits déterminants ayant trait à l'assurance.

Au vu des éléments figurant dans votre dossier AI, nous avons pris connaissance que vous étiez déjà en traitement en 2005, suite à des problèmes psychiques. Le traitement se poursuit jusqu'à ce jour.

Vous avez passé sous silence un fait important lorsque vous avez rempli le « Questionnaire médical pour l'admission à l'institution de prévoyance ». Par conséquent, et en analogie à LCA 4 et 6, nous refusons l'octroi des prestations dépassant le minimum obligatoire (LPP).

Dès que nous serons en possession de la décision AI, nous vérifierons notre obligation de verser des prestations LPP.

Tout en demeurant à votre disposition pour d'éventuelles informations complémentaires, nous vous présentons, Madame, nos salutations les meilleures.

c) Il ne ressort d'aucun passage de ce courrier dont la défenderesse se prévaut que la demanderesse a répondu faussement à

une question déterminée du questionnaire médical. Or, celui-ci comportait sept questions distinguées explicitement par un numéro. Il appartenait à la défenderesse de mentionner la ou les questions du questionnaire où elle voyait une réticence dans la ou les réponses apportées par la demanderesse. A défaut de l'avoir fait, le courrier du 26 avril 2011 ne répond pas aux exigences légales et jurisprudentielles pour être valable, si bien que la défenderesse ne peut se prévaloir de la réticence.

d) La défenderesse ne saurait rien déduire en sa faveur de l'arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2006 du 21 novembre 2006, dès lors que le passage qu'elle cite à l'appui de son point de vue consiste dans le résumé de l'argumentation défendue alors par la partie recourante et ne reflète en aucune façon le point de vue défendu par le Tribunal fédéral dans cette affaire.

10. Sur le vu de ce qui précède, la demande formée le 28 novembre 2014 par la demanderesse à l'encontre de la défenderesse doit être admise. Sous déduction des rentes déjà versées, la demanderesse a droit à compter du 20 avril 2011 - le droit aux indemnités journalières perte de gain en cas de maladie s'étant terminé le 19 avril 2011 (art. 3.13 al. 3 du règlement de l'Institution de prévoyance G._____, dans sa teneur en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2009) - à une rente réglementaire entière d'invalidité, dont le montant annuel s'élève à 25'252 fr. (selon certificat de prévoyance 2009). La défenderesse versera au surplus un intérêt moratoire à partir du 28 novembre 2014, date de la demande en justice, sur les prestations qui sont dues à la demanderesse ; le taux de l'intérêt est fixé à 5% en l'absence de dispositions réglementaires de la défenderesse sur ce point (cf. ATF 119 V 131 consid. 4c).

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

b) La demanderesse, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés à

3'000 fr. et mis à la charge de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. La demande déposée le 28 novembre 2014 par X. _____ contre la Caisse de pension G. _____ est admise.

- II. La Caisse de pension G. _____ est, sous déduction des prestations déjà versées, condamnée à verser à X. _____ une rente annuelle d'invalidité de 25'252 fr. (vingt-cinq mille deux cent cinquante-deux francs) dès le 20 avril 2011 avec intérêt moratoire de 5% l'an dès le 28 novembre 2014.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. Une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs), à verser à X. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de la Caisse de pension G. _____.

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 Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour X. _____),
- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour la Caisse de pension G. _____),
- 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 :