

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 30 mai 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Pétremand, juge suppléante, et Mme Saïd, assesseuse
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre

U._____, à [...], demanderesse, représentée par Me Guy Longchamp,
avocat à Saint-Sulpice,

et

Caisse de pensions P._____, à [...], défenderesse, représentée par
Me Alexia Raetzo, avocate à Genève.

Art. 14, 35a, 41 et 49 LPP ; art. 62 et 67 CO ; art. 4 et 6 LCA

E n f a i t :

A. **a)** U._____ (ci-après : [...], l'assurée ou la demanderesse), née le 1^{er} septembre 195[...] et de nationalité [...], est entrée en Suisse le 1^{er} mai 198[...] comme il ressort de son permis C. Après avoir occupé divers emplois, elle a été engagée à partir du 3 août 1998 par contrat de durée indéterminée en tant que caissière pour H._____. A ce titre, elle était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de Caisse de pensions P._____ (ci-après : la CPM, la Caisse ou la défenderesse) sise à [...]. Selon l'avis de mutation de la Caisse daté du 11 septembre 1998, elle était occupée à un temps partiel de 85,39 %, avec la précision suivante : *« approximatif (horaire irrégulier) sur base prévisions lors de l'engagement »*.

b) Dans le formulaire de déclaration de santé destiné à la Caisse, qu'elle a rempli et signé le 10 août 1998, U._____ a répondu comme suit aux questions suivantes relatives à son état de santé :

(...)

L'avis de mutation de la Caisse daté du 11 septembre 1998 précisait que la déclaration de santé avait été remplie et qu'une visite ne paraissait pas nécessaire.

c) Depuis le 12 mars 2001, U._____ s'est trouvée en incapacité de travail. Elle a été opérée à la suite de la découverte d'un anévrisme non rompu carotido-ophtalmique gauche (para-clinoïdien gauche), selon les rapports des 2 août 2001 et 3 octobre 2002 des Drs F._____, spécialiste en neurochirurgie et médecin-associé, et (...), médecin assistant, du Centre hospitalier A._____. Depuis lors, son incapacité de travail a été complète jusqu'au 20 mai 2001, puis de 50 % jusqu'au 12 août 2001 et de 25 % jusqu'au 2 décembre 2001 ; elle s'est alors retrouvée en incapacité de travail à 50 % dès le 3 décembre 2001, puis a repris à 75 % du 18 février au 30 avril 2002 avant une nouvelle

incapacité de travail à 50 % à partir du 1^{er} mai 2002 (cf. attestations médicales de la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale, et du Dr F._____, figurant au dossier de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) et rapport d'expertise du Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 16 juillet 2007).

d) Dans sa lettre du 15 juillet 2002, la Q._____, assureur perte de gain, a invité U._____ à déposer une demande de prestations auprès de l'OAI. Selon le formulaire de demande de prestations rempli et signé le 8 août 2002, l'atteinte à la santé résultait d'une maladie avec la précision qu'il s'agissait d'un anévrisme cérébral, opéré le 12 mars 2001, l'atteinte existant depuis cette date. En ce qui concerne l'incapacité de travail, elle est indiquée comme étant entière du 12 mars au 20 mai 2001 et partielle selon le décompte annexé établi par son employeur le 9 août 2002 à l'attention de l'assureur perte de gain. Avant l'opération, ce décompte signalait 35 jours d'absence pour cause de maladie entre fin juin et mi-août 2000 et, après l'opération, des jours d'absence à des taux oscillant entre 100 % et 25 % jusqu'au 31 juillet 2002. La Dre J._____ était mentionnée comme médecin traitant généraliste.

Selon un rapport médical du 19 juillet 2002 à l'attention du médecin-conseil de Q._____, la Dre J._____ a expliqué ce qui suit :

« Je connais U._____ depuis 1991 ; elle a élevé sa fille seule tout en travaillant, en raison du décès brutal du père de sa fille. Ces difficultés existentielles ajoutées à une enfance difficile ont entraîné un état dépressif majeur en 1993 qui a nécessité une hospitalisation. Depuis lors, la patiente avait repris son activité professionnelle normalement. Dans un contexte de migraines assez fréquentes, parfois avec aura, elle a présenté des céphalées pulsatiles inhabituelles au printemps 2001 qui ont conduit à la résection en urgence d'un anévrisme de la carotide G. De l'avis du neurochirurgien et cliniquement, U._____ est guérie et aurait dû reprendre son travail de caissière à Caisse de pensions P._____ à 100 % le 1.6.2001. Toutefois, son vécu de cet épisode brutal, inattendu et représentant une menace vitale, comme on le lui a bien expliqué, est très différent ; elle a développé une symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique dans un premier temps, qui a évolué en état dépressif. Petit à petit, avec une médication anti-dépressive et des entretiens réguliers, le travail a pu être repris à 50 %, avec des interruptions de quelques semaines ;

une tentative d'augmenter la capacité de travail à 75 % l'été dernier a entraîné une recrudescence de symptômes somatiques et anxieux qui ont imposé la reprise de 50 % en décembre 2001. (...) ».

Dans son rapport médical du 23 août 2002 à l'attention de l'OAI, la Dre J._____ a indiqué les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur existant depuis mai 2001 et de migraine, constatant que sa patiente avait développé de nombreuses plaintes somatiques retentissant sur sa capacité de travail à la suite de son opération de 2001. Dans son pronostic, la généraliste indiquait ce qui suit :

« Sous traitement de Séropram et suivi régulier, on assiste à une lente amélioration de la thymie, avec reprise de quelques activités extra-professionnelles. Les difficultés liées à l'augmentation du temps de travail semblent surtout dues à l'importante concentration nécessitée par le travail de caissière que la patiente a de la peine à poursuivre plusieurs heures d'affilée. Par ailleurs, U._____ a, dans le passé déjà, pu mobiliser ses ressources et reprendre une vie normale. ».

Le 26 août 2002, U._____ a écrit, dans le formulaire de complément à sa demande AI, qu'elle aurait travaillé comme caissière-vendeuse à 80 % par nécessité financière si elle avait été en bonne santé.

Conformément au questionnaire AI pour l'employeur rempli et signé le 27 août 2002 par H._____, le service du personnel a indiqué qu'U._____ avait été employée d'abord comme caissière rémunérée à l'heure du 3 août 1998 au 30 septembre 2000, puis en qualité de caissière fixe à temps partiel à partir du 1^{er} octobre 2000 et ensuite, soit à partir du 1^{er} mai 2002, son horaire de travail avait été réduit en raison de ses problèmes de santé à 3,5 heures par jour, ce qui correspondait à 17h30 par semaine au lieu des 35 heures prévues contractuellement.

Le 7 octobre 2002, Q._____ a adressé le décompte suivant des périodes d'incapacité de travail prises en charge :

« **Périodes**

Taux

03.07.1999 au 04.07.1999	100 %
27.07.1999 au 31.07.1999	100 %
01.08.1999 au 12.08.1999	100 %
16.03.2000 au 16.03.2000	100 %
26.06.2000 au 30.07.2000	100 %
31.07.2000 au 31.07.2000	50 %
01.08.2000 au 13.08.2000	100 %
01.06.2001 au 30.07.2001	50 %
13.08.2001 au 31.08.2001	25 %
01.09.2001 au 02.12.2001	25 %
03.12.2001 au 31.12.2001	50 %
01.01.2002 au 17.02.2002	50 %
18.02.2002 au 30.04.2002	25 %
01.05.2002 au 30.06.2002	50 % ».

e) Des prestations de libre-passage ont été transférées à Caisse de pensions P._____ de 32'890 fr (part LPP de 21'548 fr.) par G._____ le 28 février 2003 et de 885 fr. 95 (part LPP) par L._____ le 11 mars 2003, selon les avis de comptabilisation de la Caisse datés des 4 et 12 mars 2003.

f) Dans un rapport médical du 11 juillet 2003, la Dre O._____, spécialiste en neurologie, a mis en évidence ce qui suit :

« L'examen neuropsychologique détaillé permet d'objectiver la persistance de troubles cognitifs sous forme de troubles mnésiques antérogrades en modalités verbale et visuo-spatiale, ainsi que d'une symptomatologie dysexécutive déjà présente après le clippage de l'anévrisme carotido-ophtalmique, certainement séquellaires à cette intervention. Les difficultés que rencontre la patiente dans ses activités quotidiennes (troubles de la concentration, troubles mnésiques, difficultés à l'organisation des tâches) sont donc bien en relation avec une atteinte cérébrale organique séquellaire. Cet élément permet d'appuyer, sans aucun doute, une rente invalidité à 50 %. ».

Dans l'anamnèse, la spécialiste indiquait qu'U._____ souffrait d'une migraine depuis l'enfance, dont la fréquence s'élevait à un épisode chaque dix jours et qui se déclenchait avec les menstruations, la

consommation de fromage, chocolat ou vin blanc, le stress et le manque de sommeil.

g) Dans son rapport d'expertise du 16 juillet 2004, le Dr V._____, mandaté par l'OAI, a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur, actuellement de gravité légère (dysthymie, axe I), de traits de personnalité co-dépendante et obsessionnelle (axe II), d'hypothyroïdie, de status post clipage d'un anévrisme carotidien G (axe III) et de problèmes de santé, difficultés affectives (axe IV). Dans la discussion relative à ces diagnostics, l'expert souligne ce qui suit (pages 20 et 21 du rapport) :

« Jusqu'en 1993, U._____ semble avoir fonctionné relativement normalement, exempte de graves troubles psychiques ou somatiques. Cette année-là, l'assurée développe un état dépressif relativement important probablement en rapport avec l'émancipation de sa fille unique (...), une séparation affective et les deuils probablement non résolus de son compagnon en 198[...] et de sa mère en 198[...]. Dès lors, l'évolution est marquée par des épisodes dépressifs légers récurrents, caractérisés essentiellement par des somatisations, qui sont pris en charge essentiellement par son médecin traitant, la Dre J._____. »

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques, ce rapport fait état de ce qui suit (pages 8 et 9 du rapport) :

« Jusqu'en 1993, au vu des documents en notre possession et des éléments anamnestiques, rien n'indique que U._____ a souffert de troubles psychiques. (...) U._____ explique son 1^{er} épisode dépressif de 1992 comme le résultat d'une sorte d'épuisement professionnel associé à la résurgence des deuils successifs de son compagnon, puis de sa mère. A cette période, U._____ doit faire face aussi à une rupture sentimentale (...). Par la suite, U._____ a présenté de légers épisodes dépressifs, pris en charge par son médecin généraliste, la Dre J._____, mais les quelques essais de prescription d'antidépresseur auraient été mal tolérés. L'épisode actuel aurait débuté des suites de son opération pour anévrisme carotidien en mars 2001. (...) »

Dans l'anamnèse professionnelle, il est mentionné qu'en 1998, elle avait retrouvé un poste de caissière à H._____, et précisé qu'« *à quelques reprises, elle a essayé d'augmenter son taux d'activité à 75% mais rapidement aurait été contrainte de le diminuer à nouveau, se*

sentant trop épuisée et ayant de la peine à se concentrer, de même qu'à avoir un rendement suffisant au travail » (page 7 du rapport). Au titre d'indications subjectives de l'assuré(e), le rapport relève qu'U._____ se plaint d'une fatigabilité notamment et qu'*« elle fait état aussi de maux de tête fréquents, de céphalées de tension qu'elle distingue parfaitement des migraines habituelles »* (page 10 du rapport). Dans la conclusion de la synthèse des tests psychométriques, l'expert observe que *« U._____ n'a pas tenté d'amplifier ou de majorer ses symptômes, ayant, de notre avis, plutôt tendance à vouloir minimiser ses difficultés d'ordre psychologiques »* (page 16 du rapport). L'expert conclut que *« d'un point de vue psychopathologique, U._____ présente depuis 1992 des épisodes dépressifs majeurs récurrents, dont le dernier en 2001-2002, paraît être en rapport avec les soucis liés à ses problèmes de santé, ainsi que probablement des déceptions au niveau de sa relation affective »* (page 21 du rapport). A la question de savoir ce qu'il en est de la capacité de travail de l'assurée en fonction de ces troubles psychiatriques, il répond que *« U._____ est connue depuis 1992 pour des états dépressifs majeurs récurrents, qui avaient alors nécessité deux hospitalisations en 1992 et 1993 à l'Y._____ assorti d'un long arrêt de travail. Elle a pu néanmoins à l'époque reprendre son activité professionnelle normalement. »* (page 22 du rapport).

Dans le cadre de son mandat, le Dr V._____ a obtenu les renseignements suivants auprès de l'Y._____ et de la Dre J._____ :

- La lettre de sortie, datée du 6 janvier 1993, de la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cheffe de clinique adjointe à l'Y._____, pour le séjour en admission volontaire du 23 novembre au 18 décembre 1992. Cette spécialiste avait retenu les diagnostics suivants : *« Dépression majeure avec caractéristiques psychotiques congruantes à l'humeur. Personnalité prépsychotique »*. Elle a ajouté qu'un traitement de Melleril avait été administré à la sortie, avec l'ajout de la note suivante : *« Dès la première consultation ambulatoire, la patiente m'avoue avoir arrêté son*

traitement neuroleptique. » A ce document est annexé l'examen psychologique effectué le 2 décembre 1992 dans le cadre du séjour à l'Y._____.

- La lettre de sortie datée du 14 juillet 1993 de la Dre Z._____ pour le séjour en admission volontaire du 21 juin au 7 juillet 1993. Cette spécialiste avait retenu le diagnostic suivant : « *Etat dépressif avec idées suicidaires chez une personnalité prépsychotique. Crise familiale.* » Elle a expliqué qu'un traitement de Melleril avait été instauré avec la précision suivante : « *Etant extrêmement sensible à la médication, je n'ose pas introduire de benzodiazépine, ni, par ailleurs, faire des perfusions.* » La thérapie se poursuivait en consultation.

- La courrier du 11 mai 2004 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique à l'Y._____, à l'expert selon lequel « *le seul antidépresseur administré a été du Surmontil à raison de 25 mg le soir* », étant précisé que la prise en charge ambulatoire avait pris fin en 1996.

- Le rapport du 18 juin 2004 de la Dre J._____ à l'expert dans lequel elle a indiqué que ses conclusions pour l'AI en 2002 n'avaient pas vraiment changé, à savoir qu'il était concevable qu'U._____ puisse augmenter progressivement sa capacité de travail jusqu'à 60 à 70 % dans une activité adaptée, et a ajouté, en ce qui concernait le traitement anti-dépresseur, que « *l'expérience faite jusqu'alors avec U._____ m'a montré qu'il y avait avantage à augmenter très progressivement le médicament pour qu'il soit accepté et supporté, raison pour laquelle le Ciprallex n'avait pas encore été augmenté, ce qui est actuellement fait.* »

h) Dans un rapport du 20 mars 2005, la Dre O._____ mentionnait comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail le status après clippage d'un anévrisme non-rompu carotido-ophtalmique gauche dans son segment para-clinoïdien en mars 2001 avec comme séquelles des troubles mnésiques antérogrades en modalité verbale et visio-spatiale et troubles dysexécutifs et épilepsie partielle complexe, une migraine sans aura et un état anxio-dépressif traité.

i) L'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage le 5 septembre 2005. Dans son rapport établi le 7 septembre 2005, l'enquêtrice a décrit l'évolution du taux d'occupation de l'assurée comme il suit (p. 3) :

« **Dernier emploi** : Caissière à H._____ dès 3.8.1998 à 100 % pour commencer, payée à l'heure (...) puis, trop fatiguée, décide de diminuer son temps de travail à 85 % dès 1999 (...), selon l'assurée.

Salaires fixe à 85 % dès 1.10.2000 (...).

L'assurée explique à propos de cette diminution d'activité lucrative de 100 % à 85 % que :

Elle souffrait de maux de tête depuis toute jeune et qu'elle voyait bien qu'elle devrait vivre "avec".

Sans sécurité financière depuis le décès en 1987 de son premier compagnon (...) elle s'est dite qu'elle devrait encore travailler 15 ans avant d'atteindre l'âge AVS et (...) devait "se ménager pour durer jusque là".

Sa fille avait 24 ans en 1999 (...).

D'où ce choix que l'on peut considérer comme personnel mais correspondant à une atteinte à la santé existant depuis très longtemps (migraines) et dès 1992 pour l'atteinte dépressive qu'elle estimait de surcharge.

L'assurée a donc travaillé à **100 % durant pratiquement 11 ans, avant de diminuer dès 1999 son temps de travail à 85 %**, et d'avoir de sérieux ennuis de santé dès mars 2001. (...). »

Dans un projet d'acceptation de rente du 17 juillet 2006, l'OAI a constaté que depuis le 1^{er} mai 2001 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail d'U._____ était considérablement restreinte, en relevant ce qui suit :

« Selon les pièces médicales réunies tout au long de l'instruction de votre demande, il ressort que vous avez une capacité de travail de 50 % dans une activité de caissière. Toutefois, une capacité de travail de 60-70 % peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (activité plus légère, nécessitant moins d'effort de concentration). (...) Attendu que vous continuez à travailler comme caissière dans un poste de travail ayant été adapté à votre état de santé, à un taux de 50 %, nous estimons que l'exercice de cette activité est raisonnablement exigible. Selon les renseignements économiques au dossier, si vous étiez en bonne santé, vous auriez travaillé à un taux de 100 % en plus de la tenue de votre ménage. Votre statut a donc été considéré comme active à 100 % malgré le fait que vous avez exercé votre activité de caissière à un taux de 85 %. En effet, il ressort des documents en notre possession que vous avez diminué votre taux de travail en raison d'une atteinte à la santé préexistante. »

L'OAI a retenu un degré d'invalidité de 50 % sur la base d'un revenu annuel professionnel raisonnablement exigible sans invalidité de 46'046 fr. correspondant à une activité de caissière à 100 % et un revenu annuel professionnel raisonnablement exigible avec invalidité de 23'023 fr. dans une activité de caissière adaptée à un taux de 50 %. L'OAI a retenu une incapacité de travail moyenne de 40 % du 1^{er} mai 2001 au 1^{er} mai 2002 sur la base des taux d'incapacité présentés successivement pendant cette période, ouvrant le droit à un quart de rente dès le 1^{er} mai 2002 puis dès le 1^{er} août 2002 à une demi-rente. Une copie de ce projet de décision a été adressée à la Caisse.

Par lettre du 2 août 2006, Caisse de pensions P. _____ a fait part à l'OAI qu'elle avait des observations quant au préavis de décision du 17 juillet 2006 et elle a réclamé le dossier AI complet. Sur la base de ce dossier, qu'elle déclare avoir reçu le 15 août 2006, la Caisse a demandé le 31 août 2006 à l'OAI que le degré d'invalidité soit à nouveau examiné et déterminé selon la méthode mixte, aux motifs qu'U. _____ avait été engagée et avait toujours travaillé avec un statut de salariée à temps partiel (85 %) et ce par choix personnel selon le rapport de l'OAI du 29 avril 2005 et qu'il convenait donc de déterminer également quel serait le taux d'empêchement pour la partie ménagère restante de 15 %. La Caisse a adressé le 21 septembre 2006 à l'OAI le relevé des taux d'activité d'U. _____ depuis son entrée dans l'entreprise.

Le 28 septembre 2006, l'OAI a répondu à la Caisse que le statut d'U._____ avait été déterminé sur la base d'une enquête ménagère du 7 septembre 2005 et du rapport de l'employeur du 27 août 2002 qui justifiaient le statut d'active à 100 %. Selon l'OAI, l'assurée n'aurait eu d'autre choix que de travailler à plein temps pour subvenir à ses besoins de mère célibataire avec une enfant à charge et son horaire de travail avait été réduit pour des raisons de santé.

Dans sa lettre du 15 novembre 2006 à l'OAI, la Caisse a observé qu'U._____ avait été engagée à 85 % en 1998, qu'elle avait indiqué le 8 août 2002 sur le formulaire de demande de prestations AI qu'elle travaillait 35 heures par semaine, alors que l'horaire de travail normal de l'entreprise est de 41 heures, et que le rapport initial et final de l'OAI du 29 avril 2005 mentionnait que l'assurée travaillait à 85 % par choix personnel, en ajoutant que sa fille était âgée de 23 ans lorsqu'U._____ avait été engagée par l'entreprise en 1998. Sur cette base, la Caisse estimait que le degré d'invalidité devait être déterminé selon la méthode mixte.

Le 20 novembre 2006, l'OAI a informé la Caisse qu'il maintenait son projet de décision du 17 juillet 2006 et envoyait les documents finaux à la caisse de compensation pour qu'elle émette la décision de rente.

j) Entre-temps, dans un rapport interne du 16 septembre 2006 à Caisse de pensions P._____, son médecin-conseil, le Dr N._____, a observé ce qui suit :

« Die **Gesundheitserklärung** wurde **nicht vollständig** und damit **nicht ganz wahrheitsgetreu** ausgefüllt. Begründung: Aus prakt. allen ärztl. Berichten geht hervor, dass die vP. die Depression Jahre vor dem Eintritt in die MPK hatte. 1992 und 1993 sogar je eine

Hospitalisation aus diesem Grunde in der Psychiatrie. Auch die Migräne besteht seit Kindesalter.

Damit hätten unter Ziffer 1 / 2, ev. Zif. 4 und 8 (2 Hospitalisationen) unter GE **entsprechende Angaben gemacht werden müssen**.

In diesem Zusammenhang wären **Vorbehalte von 5 Jahren gerechtfertigt** gewesen für AUF im Zusammenhang mit dem psychischen Leiden und der Migräne.

Eine ärztlich bestätigte, durchgehende, **mindestens 20 % Arbeitsunfähigkeit vor dem Eintritt in die Caisse de pensions P._____**-Versicherungszeit konnte ich in den vorliegt den Akten nicht entnehmen. Die IV anerkannte aber Arbeitsstelle geben, welche aber aus finanziellen Gründen nicht angenommen werden konnte. (Abklärungsbericht Haushalt vom 14.8.02 p.3 unten). Sie wäre wahrscheinlich mehr als 20% arbeitsunfähig gewesen, musste aber aus finanziellen Gründen arbeiten.

Die ärztlich bescheinigte **definitive AUF**, deren Ursache zur Invalidität führte, liegt seit **14.03.01** vor. Es waren die gleichen Leiden, welche zur Beginn der AUF vorlagen, die jetzt zur Invalidität führten. Damit besteht volle **Kausalität** zwischen den Leiden zu Beginn der AUF und der jetzigen Invalidität.

Nach der Caisse de pensions P._____ -Versicherungszeit war die **AUF** durchgehend **mind. 40 bis 50 % auch für eine den Leiden angepasste Tätigkeit**.

Ich empfehle den **IV Grad von 50 %** (für Erwerbstätigkeit) von der Eidg. IV zu übernehmen. »

k) Par lettre du 19 décembre 2006 à U._____, Caisse de pensions P._____ a dénoncé avec effet immédiat le contrat de prévoyance portant sur les prestations complémentaires dépassant la partie obligatoire en se référant à l'art. 57 al. 3 du règlement Caisse de pensions P._____ 1998 et à la loi sur le contrat d'assurance pour limiter ses prestations aux rentes selon la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle (LPP). La Caisse considérait que la demanderesse avait rempli de façon incomplète et non conforme à la réalité la déclaration de santé lors de son admission, puisqu'elle n'avait pas indiqué aux points 1 et 2 qu'elle avait été atteinte de dépression et de migraine déjà avant son admission et qu'elle n'avait en outre pas mentionné au point 8 ses hospitalisations de 1992 et de 1993. Conformément à la décision de rente du 14 décembre 2006 jointe à cette lettre, U._____ avait droit dès le 1^{er} mars 2003 à une rente d'invalidité LPP de 50 % d'un montant de 187 fr. par mois. Cette rente lui était servie pour la première fois à la fin

du mois de décembre 2006 et le montant rétroactif de 8'415 fr. était versé en faveur du Centre social régional [...].

Le 9 janvier 2007, U._____ a contesté la dénonciation du contrat par la Caisse. Elle a expliqué qu'elle souffrait depuis ses quatorze ans de migraines qui ne l'avaient toutefois pas empêchée de travailler et que ses absences pour cause de maladie avaient commencé à la suite de son opération avec le risque d'une rupture d'anévrisme.

Le 21 février 2007, la Caisse a maintenu sa position du 19 décembre 2006 en raison du fait que l'assurée s'était déclarée en bonne santé et entièrement apte au travail sans restriction lors de son admission, en contradiction avec des données médicales de son dossier AI indiquant qu'elle souffrait de migraines depuis son enfance et qu'elle avait été hospitalisée en 1992 et 1993 pour dépression. Selon la Caisse, si ces faits avaient été mentionnés dans la déclaration de santé, des renseignements médicaux complémentaires auraient été demandés et l'assurée aurait été admise à l'assurance avec une réserve médicale de cinq ans pour les suites découlant de l'atteinte à la santé déjà existante. Par mesure d'égalité de traitement, le médecin-conseil devait, en cas de fausse déclaration, émettre rétroactivement des réserves selon l'art. 57 al. 3 du règlement. Sur la base d'un nouveau décompte de surindemnisation tenant compte de la décision de l'OAI du 24 janvier 2007, U._____ avait droit à une rente LPP d'invalidité mensuelle de 50 % non modifiée de 187 fr. dès le 1^{er} mars 2003 et de 193 fr. dès le 1^{er} janvier 2007.

I) Par décisions du 24 janvier 2007, l'OAI a octroyé à U._____ un quart de rente d'invalidité de 284 fr. par mois dès le 1^{er} mai 2002 et jusqu'au 31 juillet 2002 (degré d'invalidité de 40 %), puis une demi-rente de 568 fr. dès le 1^{er} août 2002 et jusqu'au 31 décembre 2002, de 581 fr. dès le 1^{er} janvier 2003, de 592 fr. dès le 1^{er} janvier 2005 et de 609 fr. dès le 1^{er} janvier 2007 (degré d'invalidité de 50 %). Les copies de ces décisions ont été adressées à Caisse de pensions P._____.

m) Dans son rapport médical du 29 septembre 2010 à l'OAI dans le cadre d'une procédure de révision, la Dre O._____ a mentionné, au titre de diagnostics incapacitants, une dysfonction exécutive et des troubles mnésiques depuis 2001, un anévrisme carotido-ophtalmique gauche non rompu, clippé en mars 2001, des céphalées chroniques tensionnelles et migraines sans aura, ainsi que des vertiges positionnels paroxystiques bénins récidivants depuis 2009.

Par décision du 14 février 2011, l'OAI a rejeté la demande d'augmentation de la rente d'invalidité d'U._____, considérant que sa capacité de travail était toujours de 50 %.

n) Selon un courriel des ressources humaines de la H._____ du 10 avril 2013, U._____ a travaillé 9 heures par semaine, ce qui correspond à un taux de 22 %, depuis le 1^{er} janvier 2011, mais elle est restée affiliée à Caisse de pensions P._____ en raison de son âge et de ses problèmes de santé, étant précisé qu'elle allait probablement prendre sa retraite à 63 ans, soit dès le 1^{er} octobre 2013.

Par lettre du 28 mai 2013, H._____ a adressé à l'assurée une copie de ses certificats de prévoyance au 1^{er} janvier 2012 et au 1^{er} janvier 2013, ainsi qu'un calcul provisoire de sa prestation de retraite au 30 septembre 2013, en indiquant les possibilités qui lui étaient offertes de retrait en capital et de versements sous forme de rente.

Selon la lettre de la Caisse du 11 octobre 2013, U._____ a bénéficié depuis le 1^{er} octobre 2013 d'une rente de retraite d'un montant total de 1'783 fr tenant compte de la rente d'invalidité partielle LPP. Cette rente était composée d'une rente de retraite de 691 fr. et d'une rente de remplacement AVS-H._____ de 1'092 francs. Conformément à l'avis de prestations annexé, la Caisse indiquait que le droit à la rente de remplacement AVS-H._____ s'éteindrait lorsque l'âge ordinaire de la retraite AVS serait atteint.

B. **a)** Par une demande déposée le 24 juillet 2018, U._____ a ouvert action contre Caisse de pensions P._____, en concluant, avec dépens, à ce qu'il plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'admettre la demande et de condamner Caisse de pensions P._____ à lui payer immédiatement le complément de la rente d'invalidité qui devra être déterminé par expertise à compter du 1^{er} mars 2003, en tenant compte des prestations complètes (parts obligatoire et surobligatoire) à laquelle elle a droit, plus intérêt à 5 % l'an, ainsi qu'à lui rembourser les cotisations encaissées en trop pour les risques décès et invalidité dans une mesure à déterminer par expertise à compter du 1^{er} janvier 2003, plus intérêt à 5 % l'an.

A l'appui de ses conclusions, la demanderesse fait valoir que la Caisse a invoqué à tort la réticence et doit lui payer dès le 1^{er} mars 2003 les prestations d'invalidité réglementaires. De son point de vue, la défenderesse aurait pu ne pas émettre de réserve puisque cinq années se sont écoulées sans problème de santé entre sa dernière hospitalisation de 1993 et la signature de la déclaration de santé en 1998, ce qui correspond à la durée maximale d'une réserve. Elle prétend en outre que ses problèmes de santé en 2001 ayant entraîné une incapacité de travail invalidante n'ont pas de lien de causalité avec l'atteinte à la santé de 1992. Enfin, elle met en exergue le fait que la rente d'invalidité dont elle bénéficie a été préfinancée et ne cause donc pas un dommage à la Caisse. Sous l'angle formel, elle considère que la défenderesse n'a pas indiqué de manière suffisante le motif la conduisant à invoquer la réticence, arguant que la réglementation en vigueur en 1998 était difficilement compréhensible, voire contradictoire sur ce point, ce qui expliquerait qu'elle avait été finalement abandonnée en 2005, et que le formulaire de déclaration de santé envisageait des cas d'une certaine gravité eu égard aux questions posées. De plus, la demanderesse soutient, d'une part, que la Caisse aurait dénoncé le contrat de prévoyance pour les prestations surobligatoires en continuant de prélever, en trop et de manière indue, les cotisations réglementaires de risques décès et invalidité sur son salaire à partir du 1^{er} mars 2003, alors même qu'elle avait réduit à partir de ce moment-là les prestations au minimum LPP, et, d'autre part, qu'elle aurait

dû distinguer l'avoir de vieillesse constitué ou accumulé comme prévoyance professionnelle obligatoire et surobligatoire auprès de ses anciens employeurs.

b) Dans son mémoire de réponse du 28 septembre 2018, la Caisse a conclu au fond, préalablement, au rejet de la requête d'expertise, principalement, au rejet des conclusions de la demanderesse.

Se fondant sur le dossier de l'assurée auprès de l'OAI et sur le rapport médical de son médecin-conseil, la Caisse estime avoir invoqué à bon droit la réticence et réduit en conséquence les prestations au minimum obligatoire, compte tenu du fait que la demanderesse a omis de mentionner dans sa déclaration de santé sa dépression qui avait nécessité la prise d'antidépresseurs jusqu'à fin 1996 et ses séjours de vingt-cinq jours en 1992 et de seize jours en 1993 à l'Y._____, qui, de l'avis du médecin-conseil, impactaient vraisemblablement d'ores et déjà à plus de 20 % sa capacité de travailler. Elle précise qu'en dénonçant le 19 décembre 2006 avec effet immédiat le contrat de prévoyance portant sur les prestations surobligatoires, elle avait respecté le délai réglementaire de six mois à partir de la date de réception du dossier de l'OAI le 15 août 2006. Elle s'était par ailleurs référée explicitement à l'art. 57 al. 3 du règlement de 1998 et avait indiqué les points sur lesquels la déclaration de santé était incomplète, en particulier l'omission de l'assurée de mentionner la dépression et la migraine aux questions 1 et 2 ainsi que les hospitalisations en 1992 et en 1993 à la question 8, laquelle citait spécifiquement le séjour en clinique psychiatrique comme possibilité, ce alors même que ces questions étaient formulées de manière non équivoque. La Caisse rejette l'argumentation de la demanderesse sur les dispositions légales relatives aux réserves de santé, dès lors qu'aucune réserve n'a pu être émise sur la base de la déclaration de santé remplie lors de son admission. Par ailleurs, la défenderesse conteste n'avoir opéré aucune distinction entre l'avoir de vieillesse constitué ou accumulé comme prévoyance professionnelle obligatoire et surobligatoire auprès de ses anciens employeurs et s'être enrichie de manière induue en prélevant les cotisations conformément au règlement de prévoyance sur le salaire

versé pour son activité de caissière à 42,7 %. Sur ce dernier point, elle met en exergue le fait que le plan de prévoyance est en primauté de prestations pour les risques de décès et d'invalidité et allègue que la dénonciation du contrat de prévoyance surobligatoire n'aurait aucun effet sur les cotisations de risques prélevées sur son salaire. Pour ces raisons, elle considère comme superfétatoire la mise en œuvre d'une expertise.

c) Dans ses déterminations du 5 mars 2019, la demanderesse persiste dans les termes de sa demande. Elle souligne pour le surplus le fait que la Caisse a mis fin dès le 1^{er} janvier 2005 à son système de déclaration de santé lors de l'admission et elle considère dès lors que le règlement de 2005 doit s'appliquer à la réticence et, partant, que la réticence ne peut être valablement invoquée dans son cas. Elle reproche à la défenderesse d'avoir violé le droit fédéral en ayant omis de prendre en considération, dans le calcul de la rente minimale LPP, la part surobligatoire des prestations de libre passage apportées des précédents rapports de prévoyance auprès de G._____ et L._____. Elle fait encore valoir que la Caisse a dénoncé le contrat de prévoyance surobligatoire dans sa globalité tout en continuant à prélever les mêmes cotisations de risques sur la part active résiduelle, y compris les cotisations servant à financer les prestations surobligatoires auxquelles elle ne pouvait plus prétendre, de sorte que la Caisse s'était indûment enrichie en violation des principes d'assurance et d'égalité de traitement. Pour le surplus, elle réitère sa demande de mise en œuvre d'une expertise, en produisant une liste de trois experts en prévoyance professionnelle, aux fins de calculer le dommage causé par le prélèvement de cotisations à ses détriments ainsi que de recalculer sa rente d'invalidité et le cas échéant sa rente de vieillesse en tenant compte de la prestation apportée de libre passage provenant de la prévoyance surobligatoire dans le calcul de la rente minimale LPP.

d) Dans des déterminations du 26 mars 2019, la Caisse maintient ses conclusions. De son point de vue, la réticence doit être examinée sur la base du règlement de prévoyance de 1998 qui était en vigueur au moment où le contrat de prévoyance a été conclu. Elle

explique avoir pris en compte la totalité de la prestation de libre passage apportée dans l'avoir de vieillesse servant au calcul de la rente d'invalidité minimale LPP. La Caisse invoque la prescription pour les rentes d'invalidité surobligatoires réclamées par U. _____ dès le 1^{er} mars 2003 et jusqu'au 30 juin 2013 et pour le trop-perçu de cotisations prétendument encaissé pour les mois de mars 2003 à juin 2013, en application de l'art. 41 al. 2 LPP et respectivement de l'art. 35a al. 2 LPP. Elle fait valoir que des cotisations de risques ont été prélevées à bon droit sur le salaire versé pour son activité restante de caissière entièrement assurée selon le système en primauté de prestations et qu'en cas de nouvelle atteinte à sa santé, une rente d'invalidité aurait été calculée sur la part active sur la base du règlement déterminant ; la rente de retraite pour la partie active aurait été calculée selon le règlement déterminant et non selon le minimum LPP. Sur la base de ces arguments, la Caisse estime que la demande d'expertise est extravagante eu égard notamment à la prescription de la quasi-totalité de la prétendue créance en restitution et à un défaut de motivation sur les critères précis justifiant une réduction limitée des cotisations.

e) Dans ses observations du 27 juin 2019, U. _____ a également maintenu ses conclusions, contestant les arguments présentés par la Caisse et lui reprochant un manque total de collaboration. Elle émet en outre des doutes quant à la prise en compte effective par la défenderesse de l'avoir de vieillesse apporté pour calculer sa rente d'invalidité minimale LPP et considère que le principe de la transparence exige de la Caisse qu'elle chiffre la part risque, la part vieillesse et les autres frais de gestion compris dans la prime en distinguant la part minimale LPP et la part surobligatoire. Elle réitère en conséquence sa demande, à titre principal, de mise en œuvre d'une expertise et sollicite, subsidiairement, que la Caisse calcule et communique le montant de la rente d'invalidité minimale LPP auquel elle aurait pu prétendre et le montant de la rente d'invalidité surobligatoire, pour la part supérieure à la rente d'invalidité versée et qui inclut la prestation de libre passage apportée, ainsi que la composition de la prime pour la période concernée.

f) Par ordonnance du 9 août 2019, la juge instructrice a requis de la défenderesse d'une part la production des certificats de prévoyance professionnelle d'U._____ pour les années 1998 à 2012, ainsi que de tout décompte ou calcul démontrant que la totalité de l'avoir de libre passage transféré à la Caisse lors de l'affiliation de la demanderesse a été pris en compte dans le calcul de la rente obligatoire LPP, d'autre part le calcul du montant de la rente d'invalidité (part surobligatoire comprise) qui aurait été versé à U._____ pour les mois de juillet 2013 à septembre 2013 si le contrat de prévoyance surobligatoire n'avait pas été dénoncé le 19 décembre 2006, en détaillant suffisamment les calculs de manière à permettre leur vérification.

Par lettre datée du 29 août 2019, la Caisse a produit une attestation relative au calcul d'une rente d'invalidité de 50 % éventuelle selon le règlement de 1998 du 1^{er} juillet au 30 septembre 2013 et une attestation relative à la rente d'invalidité LPP de 50 % dès le 1^{er} mars 2003.

Par courriers du 16 décembre 2019 et du 16 janvier 2020, la demanderesse a notamment observé que les éléments transmis par la Caisse ne permettaient pas de distinguer, avant et après invocation de la réticence, le coût des risques décès et invalidité, de la vieillesse et des frais de gestion prélevés sur les cotisations.

En date du 6 février 2020, la Caisse a produit les fiches d'assurance de la demanderesse au 1^{er} janvier 2002, au 1^{er} janvier 2003, au 31 décembre 2004, au 31 décembre 2005 et au 1^{er} janvier 2013. Elle a rappelé, d'une part, que seules les créances en restitution partielle des cotisations pour les mois de juillet, août et septembre 2013 n'étaient pas encore prescrites au jour du dépôt de l'action et, d'autre part, que la demanderesse avait maintenu une activité lucrative assurée, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre à une réduction des cotisations, y compris s'agissant de la couverture des risques décès et invalidité. La Caisse considérait en outre que la prétention en restitution était manifestement infondée et que la demande d'expertise devait être rejetée.

g) Dans ses déterminations du 10 juillet 2020, la demanderesse a réitéré sa requête d'expertise, considérant que la Caisse n'avait communiqué ni les éléments, ni les bases techniques et actuarielles permettant de vérifier le calcul des cotisations. Elle soutient que l'art. 57 al. 3 du règlement de 1998 n'est pas conforme au droit et ne pouvait pas être appliqué correctement s'agissant du financement des prestations réduites au minimum LPP et que les dernières pièces produites par la Caisse tendaient à prouver que celle-ci a perçu des cotisations supérieures à celles nécessaires pour le financement des prestations de risques minimales LPP.

h) En se déterminant le 14 septembre 2020, la Caisse a confirmé l'entier de ses conclusions, en relevant que la majeure partie des créances en restitution et l'essentiel des arrérages de rentes réclamés par la demanderesse sont prescrits. Elle met en exergue que les institutions de prévoyance enveloppantes n'opèrent pas de distinction entre la part obligatoire et la part surobligatoire de l'avoir de vieillesse et ne peuvent chiffrer de manière séparée les cotisations respectives pour chacune de ces parts.

i) Dans des observations spontanées du 22 septembre 2020, la demanderesse a persisté dans ses conclusions. Elle soutient que si une institution de prévoyance enveloppante est en droit de prévoir une disposition réglementaire relative à la réticence qui réduit les prestations au minimum LPP, elle doit alors être en mesure de justifier le niveau correspondant des cotisations et, ce indépendamment de son mode de financement, conformément aux principes de l'égalité de traitement et de la planification qui requièrent une transparence sur ce plan. Sous l'angle des principes de l'égalité de traitement, d'adéquation et de planification, les prestations ne sauraient à son avis être réduites au minimum LPP, sans que les cotisations prélevées soient adaptées en conséquence.

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 la personne assurée a été engagée (art. 73 al. 3 de la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 [LPP ; RS 831.40] ; art. 49 al. 2 ch. 22 LPP).

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 al. 1 let. c de la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; RSV 173.36]).

c) En matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions proprement dites. Lorsqu'un litige survient au sujet de prétentions qu'elles font valoir envers des assurés ou qu'elles leur refusent, ce litige doit se résoudre par la voie d'une action devant le tribunal compétent, de façon analogue à un litige privé (ATF 115 V 224 consid. 2). L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239 ; ATF 117 V 237 et 329 consid. 5d ; ATF 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). L'ouverture de l'action prévue à l'art. 73 LPP n'est soumise, comme telle, à l'observation d'aucun délai. Les prétentions qu'un assuré fonde sur la LPP ou sur le règlement de l'institution de prévoyance ne peuvent s'éteindre, par suite de l'écoulement du temps, qu'en raison de la prescription (ATF 117 V 329 ; ATF 117 V 336). Faute pour la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des articles 106 et suivants 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 d'exploitation dans lequel la

demanderesse a été engagée, est recevable en la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse (5'280 fr. à titre de rente annuelle d'invalidité réglementaire à 50 % jusqu'à l'octroi de la rente de retraite, plus indexation, et convertie par la suite en une rente de retraite de même montant, cf. pièce 13 de la défenderesse et art. 32 al. 3 du règlement de 1998) étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par une cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 de la loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 [LOJV ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a *a contrario* et 109 al. 1 LPA-VD).

e) Conformément à l'art. 73 al. 2, seconde phrase, LPP, la maxime inquisitoire est applicable à la procédure en matière de prévoyance professionnelle. En vertu de ce principe, il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires. En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

Conformément à l'art. 108 al. 2 LPA-VD, dans le domaine du droit des assurances sociales, le Tribunal cantonal n'est pas lié par les conclusions des parties. Il peut, aux conditions fixées par l'article 89 alinéa

3 LPA-VD, statuer au détriment de la partie demanderesse ou lui accorder plus qu'elle n'a demandé.

2. Il n'incombe pas au juge d'examiner d'office la question de la prescription : l'exception tirée de la prescription doit en effet être expressément soulevée (ATF 134 V 223 ; 129 V 237 ; TF 9C_115/2008 et 9C_134/2008 du 23 juillet 2008 ; TF 9C_614/2007 du 19 juin 2008 ; TF 9C_556/2007 du 3 janvier 2008).

En l'espèce, la défenderesse a soulevé cette exception dans ses déterminations du 26 mars 2019 en se basant sur les art. 35a et 41 LPP et la demanderesse ne l'a pas contesté.

A juste titre, la défenderesse a invoqué la prescription par cinq ans des arrérages de rentes d'invalidité pour la période du 1^{er} mars 2003 au 30 juin 2013, eu égard à la date du dépôt de la demande le 24 juillet 2018, conformément à l'art. 41 al. 1 LPP en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004, à l'art. 41 al. 2 LPP en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2005 et à l'art. 49 al. 2 ch. 6 LPP (ATF 129 V 237 ; 134 V 223 ; Kaspar Gehring/Ueli Kieser, in Marc M. Hürzeler/Hans-Ulrich Stauffer [éd.], *Berufliche Vorsorge, Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge; Freizügigkeitsgesetz; einschlägige Bestimmungen aus BV, ATSG, OR, ZGB, IPRG, ZPO, FusG, VVG, VAG, DBG, StHG, Covid-19-Gesetz und ausgewählte Staatsverträge*, Basler Kommentar, 2021, n. 10 ad art. 41 LPP).

En ce qui concerne les créances en restitution des cotisations, la doctrine est divisée quant à savoir si les cotisations payées en trop doivent être restituées conformément aux art. 62 ss du code des obligations du 30 mars 1911 (CO ; RS 220), ou en appliquant par analogie l'art. 25 al. 3 LPGA (Basile Cardinaux, in Marc M. Hürzeler/Hans-Ulrich Stauffer [éd.], op. cit, n. 11 ad art. 35a LPP). Selon la jurisprudence (TF 9C_308/2011 du 13 décembre 2011 ; TF B_149/06 du 11 juin 2007), il faut appliquer le droit de l'enrichissement illégitime et, partant, l'art. 67 CO qui prévoit que l'action pour cause d'enrichissement illégitime se prescrit par

un an à compter du jour où la partie lésée a eu connaissance de son droit de répétition et, dans tous les cas, par dix ans à compter de la naissance de ce droit. Le délai d'un an a été porté à trois ans ensuite des modifications du droit de la prescription, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (ch. I de la loi fédérale du 15 juin 2018 relative à la révision du droit de la prescription, RO 2018 5343, FF 2014 221). Selon l'art. 49 al. 1 du Titre final du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), lorsque le nouveau droit prévoit des délais de prescription plus longs que l'ancien droit, le nouveau droit s'applique dès lors que la prescription n'est pas échue en vertu de l'ancien droit. S'agissant du point de départ du délai relatif d'un an applicable au cas d'espèce, le Tribunal fédéral a retenu que le lésé n'a connaissance de son droit que lorsqu'il a la possibilité d'intenter une action judiciaire et qu'il possède des éléments suffisants pour la justifier, notamment à chaque décompte annuel de prime (ATF 127 III 421 consid. 4b ; TF B_149/06 du 11 juin 2007 consid. 8). En ce qui concerne le point de départ du délai absolu de dix ans, il convient d'observer qu'à partir de la dénonciation du contrat de prévoyance le 19 décembre 2006, la défenderesse a limité ses prestations au minimum LPP. Compte tenu de la date du dépôt de la demande le 24 juillet 2018, à savoir plus de quatre ans après les dernières primes payées pour 2013 et plus de douze ans après la dénonciation du contrat de prévoyance qui a conduit au versement de prestations réduites, la défenderesse est ainsi fondée en l'occurrence à se prévaloir de la prescription des créances de cotisations, ce qu'elle a fait pour la période du 1^{er} mars 2003 au 30 juin 2013.

3. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que la demanderesse a droit à une demi-rente d'invalidité à titre de prestations minimales obligatoires selon la LPP pour la période du 1^{er} mars 2003 au 30 septembre 2013 et à une rente de retraite réglementaire à partir du 1^{er} octobre 2013. Le litige porte sur le droit à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle surobligatoire ou étendue (art. 49 LPP), sur le calcul du montant des prestations d'invalidité minimales LPP et sur le paiement des cotisations de risques durant la période concernée. En particulier, il s'agit d'examiner si la défenderesse était

fondée à se départir du contrat de prévoyance relatif à la prévoyance surobligatoire en raison d'une réticence de la demanderesse et, le cas échéant, quelles seraient les conséquences d'une telle réticence sur le montant des cotisations de risques à payer par la demanderesse.

4. a) Du point de vue temporel, les dispositions déterminantes pour examiner la réticence et ses conséquences sont celles qui étaient en vigueur lors de la conclusion du contrat de prévoyance, c'est-à-dire au moment de l'admission de la personne assurée dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 ; TF 9C_360/2018 du 27 septembre 2018 consid. 4.3.1 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1 ; TF 9C_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4.2 et les arrêts cités). Ne sont ainsi pas applicables, en principe, les modifications apportées postérieurement à ces dates.

Dans le cas d'espèce, la demanderesse a été affiliée au mois d'août 1998 à la Caisse de pensions défenderesse et elle a rempli le questionnaire de santé le 10 août 1998. Il faut donc appliquer le règlement de prévoyance en vigueur en 1998.

b) 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 du Conseil fédéral du 19 décembre 1975 l'appui d'un projet de loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, FF 1976 I 127 ; ATF 136 V 313 consid. 4.2 ; 131 II 593 consid. 4.1). Lorsqu'une institution de prévoyance décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi (prévoyance surobligatoire ou plus étendue), on parle alors d'institution de prévoyance "enveloppante". Une telle institution est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi

que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 136 V 313 consid. 4.3 ; 115 V 103 consid. 4b).

En règle générale, une institution de prévoyance enveloppante prévoit un (ou plusieurs) plan de prestations qui inclut les prestations minimales et les améliore, sans opérer de distinctions entre prévoyance obligatoire et prévoyance plus étendue. Afin de s'assurer que les prestations réglementaires respectent les exigences minimales de la LPP, à savoir que 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 doit procéder à un calcul comparatif entre les prestations selon la LPP (sur la base du compte témoin ou *Schattenrechnung*) et les prestations réglementaires (ATF 136 V 65 consid. 3.7 ; 114 V 239 consid. 6a). Le calcul du droit aux prestations n'intervient alors pas en deux calculs séparés, l'un pour le domaine obligatoire et l'autre pour la prévoyance élargie, et en additionnant ensuite les deux résultats (principe du « *splitting* » ou du cumul). Au contraire, il s'agit de comparer les droits résultant de la loi et les prestations de même type calculées selon le règlement correspondant à la même période (calcul parallèle) (ATF 136 V 65 consid. 3.7).

c) Quand une institution de prévoyance professionnelle (de droit privé) décide d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées par la loi, les employés assurés sont liés à l'institution par un contrat innommé (*sui generis*) dit de prévoyance (ATF 131 V 27 consid. 2.1). Le règlement de prévoyance constitue le contenu préformé de ce contrat, c'est-à-dire ses conditions générales, auxquelles l'assuré se soumet expressément ou par actes concludants. Lorsqu'un assureur, au moment de conclure, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; lorsqu'une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi (ATF 138 III 659 consid. 4.2.1 ; 135 III 410 consid. 3.2). En application de ce principe, l'interprétation dite objective ou normative consiste à établir le sens que chacune des parties pouvait et

devait raisonnablement prêter aux déclarations de volonté de l'autre. Pour ce faire, il convient de partir du texte du règlement avant de l'examiner dans son contexte ; dans ce dernier cas, toutes les circonstances ayant précédé ou accompagné sa conclusion doivent être prises en considération (ATF 140 V 50 consid. 2.3 ; 132 V 286 consid. 3.2.1 ; 129 III 118 consid. 2.5). A titre subsidiaire, il peut également être tenu compte du mode d'interprétation spécifique aux conditions générales, notamment la règle de la clause ambiguë (*in dubio contra stipulatorem*, ATF 146 III 339 consid. 5.2.3 ; 140 V 145 consid. 3.3 et les références citées).

d) La défenderesse est une institution de prévoyance de droit privé qui pratique la prévoyance obligatoire et plus étendue : il s'agit donc d'une institution enveloppante. L'art. 2 al. 3 de son règlement de prévoyance prévoit ce qui suit (versions 1998 et 2005) :

« La caisse est une institution de prévoyance inscrite au registre de la prévoyance professionnelle. Par cette inscription, elle s'engage à participer à l'application du régime de l'assurance obligatoire conformément à la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP) et à ses ordonnances. La loi et les ordonnances font partie intégrante du présent règlement. »

Les prestations réglementaires allouées par la défenderesse vont au-delà des prestations minimales selon la LPP, dès lors, notamment, que les prestations d'invalidité sont définies sur la base de la durée d'assurance, du taux de rente acquis par année d'assurance et du revenu assuré déterminant, de telle sorte qu'elles excèdent le minimum LPP (art. 25 al. 1 et art. 33 al. 1 du règlement de 1998).

5. a) Conformément à l'art. 10 al. 1 LPP, l'assurance obligatoire commence en même temps que les rapports de travail. Comme le relève la doctrine, dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire, le rapport de prévoyance est une conséquence légale obligatoire de la conclusion d'un contrat de travail et il naît de par la loi si les autres conditions légales sont remplies (salaire minimum de l'art. 7 al. 1 LPP et absence de motif d'exclusion au sens de l'art. 1 j al. 1 OPP2), alors que dans le domaine de la prévoyance professionnelle subobligatoire ou

étendue, le rapport entre le destinataire et une institution de prévoyance de droit privé est fondé sur le contrat de prévoyance et il débute en principe en même temps que les rapports de travail, mais seulement à partir du moment où le salarié se soumet expressément ou par actes concluants au règlement de prévoyance (Jürg Brechbühl/Maya Geckeler Hunziker, in Jacques-André Schneider/Thomas Geiser/Thomas Gächter [éd.], LPP et LFLP [Lois fédérales sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité et sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité], 2^e éd., 2020, n. 7 et 11 ad art. 10 LPP et les références citées).

Dans la mesure où l'art. 6 LPP prévoit que la deuxième partie de la loi fixe des exigences minimales et où cette deuxième partie ne mentionne pas la possibilité d'émettre des réserves pour raisons de santé, il faut en déduire que de telles réserves sont exclues dans la prévoyance professionnelle obligatoire. En revanche, des réserves pour raisons de santé peuvent être formulées dans la prévoyance professionnelle surobligatoire ou étendue sur la base de l'art. 331c CO qui prévoit que les institutions de prévoyance peuvent faire des réserves pour raisons de santé en relation avec les risques d'invalidité et de décès (première phrase). La durée de ces réserves est de cinq ans au plus (deuxième phrase). Cette disposition se réfère aux réserves émises lors de l'entrée de la personne assurée dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 4.4 ; TF 9C_810/2011 du 4 juin 2012 consid. 4.2.1), en règle générale après qu'elle a rempli un questionnaire de santé, et de telles réserves ne peuvent être formulées que pour les risques d'invalidité et de décès.

La loi fédérale du 17 décembre 1993 sur le libre passage dans la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LFLP, RS 831.42) prévoit également des règles applicables aux réserves de santé. Aux termes de l'art. 14 LFLP, 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). C'est ainsi que lors d'un changement d'institution de prévoyance, la durée de la réserve déjà écoulee dans l'ancienne institution doit être imputée sur la durée de réserve fixée par la nouvelle institution (Christian Bruchez/Patrick Mangold/Jean-Christophe Schwaab, Commentaire du contrat de travail selon le code des obligations, 4^e éd., 2019, n. 1 ad art. 331c CO et les références citées).

Une réticence est commise par la personne qui répond de manière inexacte ou tait des faits importants, qu'elle connaissait ou devait connaître, au moment de son affiliation à une institution de prévoyance, comme il ressort des art. 6 ss de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1 ; Anne-Sylvie Dupont, in Jean-Philippe Dunand/Pascal Mahon, Commentaire du contrat de travail, 2013, n. 11 ad art. 331c CO et les références citées).

Selon la doctrine, les principes valant pour l'application de la LCA devraient être transposés dans la prévoyance professionnelle surobligatoire pour la cohérence du droit des assurances et la sécurité du droit : l'institution de prévoyance doit donc poser par écrit des questions précises et sans équivoque et la personne assurée n'a pas à faire de déclarations spontanées (Dupont, op. cit., n. 6 ad art. 331c CO et les références citées en note de bas de page 16). L'existence d'une réticence doit être examinée en tenant compte des circonstances du cas d'espèce, en particulier les questions posées et la situation de la personne (Dupont, op. cit., n. 11 ad art. 331c CO et les références citées).

Lorsqu'une institution de prévoyance découvre après coup la réticence de la personne assurée, elle ne peut pas formuler de réserve pour raisons de santé avec effet rétroactif ; l'institution de prévoyance est toutefois fondée à se départir du contrat de prévoyance, en appliquant ses dispositions statutaires et réglementaires ou, à défaut, les art. 4 ss LCA par analogie et, partant, à ne pas verser les prestations allant au-delà des prestations minimales de la prévoyance obligatoire (ATF 130 V 9 consid. 4 et 5 ; TF 9C_606/2017 du 14 mars 2018 consid. 3.2 ; TF 9C_532/2014 du

23 octobre 2014 consid. 3.1). A cet égard, l'entrée en vigueur de la LFLP n'a pas apporté de changement (ATF 130 V 9). Avec cette jurisprudence, le Tribunal fédéral a admis que la réticence peut avoir des conséquences plus lourdes pour la personne assurée que l'instauration d'une réserve pour raisons de santé de cinq ans au moment de son affiliation (TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 5.2).

Comme le Tribunal fédéral l'a souligné, dans le domaine de la prévoyance plus étendue, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance ; ce n'est qu'en l'absence de telles dispositions que les institutions de prévoyance sont fondées à se départir du contrat de prévoyance, en cas de réticence, par application analogique des art. 4 ss LCA (ATF 130 V 9 consid. 2.1 et 4-5 ; TF 9C_333/2020 du 23 février 2021 consid. 4.2.1 ; TF 9C_606/2017 du 14 mars 2018 consid. 3.2 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.1).

Aux termes de l'art. 4 LCA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable *ratione temporis* [ATF 138 V 176 consid. 7.1]), le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent 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). Selon la jurisprudence, les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir ; il ne s'agit pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 ; 116 V 218 consid. 5a ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA

présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; ATF 134 III 511 consid. 3.3.4 ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire apparaisse évident. En outre, pour admettre le renversement de la présomption, on ne saurait se montrer trop exigeant. Certes, il n'appartient pas au proposant de déterminer - à la place de l'assureur - quels éléments sont pertinents pour apprécier le risque et une certaine rigueur est de mise. Il n'en demeure pas moins que la présomption est renversée s'il apparaît que le proposant a omis un fait qui, considéré objectivement, apparaît totalement insignifiant. Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). Le preneur d'assurance est tenu de répondre de manière véridique aux questions (qui doivent être formulées par écrit de façon précise et non équivoque) telles qu'il peut les comprendre de bonne foi (ATF 136 III 334 consid. 2.3.), mais il n'a pas à évoquer de faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.2). En prenant en considération toutes les circonstances du cas d'espèce et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi, il faut se demander si l'assureur, dans l'hypothèse où la vérité lui aurait été dite, n'aurait pas conclu le contrat ou ne l'aurait pas conclu aux mêmes conditions ; il faut donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur, ce qui constitue une question de droit que le Tribunal fédéral revoit librement (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 126 III 10 consid. 2b ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1).

Les conséquences en général d'une réticence sont réglées à l'art. 6 LCA qui prévoyait, dans sa teneur en vigueur en 1998 que si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, 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. Cet article a été modifié avec effet au 1^{er} janvier 2006 (ch. I de la LF du 17 déc. 2004 ; RO 2005 5245 ; FF 2003 3353). Il prévoit désormais que si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), et sur lequel il a été questionné par écrit, l'assureur est en droit de résilier le contrat ; il doit le faire par écrit. La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance (al. 1). Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (al. 2). Si le contrat prend fin par résiliation en vertu de l'al. 1, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation s'éteint également pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. Dans la mesure où il a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre, l'assureur a droit à son remboursement (al. 3). Des conditions formelles doivent ainsi être remplies selon l'art. 6 LCA pour que l'institution de prévoyance puisse invoquer la réticence : l'institution de prévoyance doit résilier par écrit le contrat de prévoyance dans le délai de quatre semaines après qu'elle a eu connaissance de la réticence en renseignant la personne assurée sur l'omission ou l'inexactitude qui lui est reprochée (Dupont, op. cit., n. 13 à 16 ad art. 331c CO).

b) L'art. 9 du règlement de la défenderesse applicable en 1998 prescrit ce qui suit en ce qui concerne la déclaration de santé :

« 1. Lors de leur affiliation à la caisse, les personnes assurées doivent fournir personnellement des renseignements sur leur état de santé.

2. Sur la base de la déclaration de santé, la caisse peut exiger que les personnes assurées se soumettent à une visite médicale auprès du médecin-conseil, ceci aux frais de la caisse.

L'art. 10 dudit règlement prévoit ce qui suit au sujet des réserves :

- « 1. Si la personne assurée fait courir à la caisse des risques accrus, le conseil de fondation peut, sur proposition du médecin-conseil, imposer des réserves qui sont communiquées à l'intéressé(e).
2. De telles réserves ne peuvent pas grever les prestations légales obligatoires selon la LPP. Pour les prestations de sortie apportées, une réserve de l'ancienne institution de prévoyance n'est reprise que pour le temps non écoulé de cette réserve.
3. Si des maladies, des infirmités, ou des prédispositions à une maladie ou à une infirmité guérissent ou disparaissent ultérieurement, les réserves imposées peuvent être levées. Elles le sont dans tous les cas après 5 ans.
4. Les réserves selon l'alinéa 1 ne peuvent pas grever les prestations dues aux survivants. »

Les dispositions susmentionnées du règlement de 1998 relatives à la déclaration de santé et aux réserves ne figurent plus dans le règlement de 2005.

L'art. 57 du règlement de 1998 règle comme suit l'obligation de renseigner :

- « 1. Les personnes assurées et les bénéficiaires de prestations de la caisse sont tenus de renseigner sans délai, de manière complète et véridique, les organes de la caisse ou son médecin-conseil sur les faits pouvant revêtir de l'importance quant aux prestations de la caisse. Ils sont également tenus d'indiquer sans délai et spontanément toute modification de ces faits.
2. Les personnes mentionnées sous chiffre 1 répondent vis-à-vis de la caisse de tout dommage causé à cette dernière par suite d'un renseignement non fourni, tardif, inexact ou incomplet sauf en cas de preuve qu'elles ne sont imputables d'aucun tort. Les prestations indûment touchées doivent être restituées à la caisse, indépendamment de toute faute.
3. En cas d'infraction à l'obligation d'information, les prestations sont réduites au niveau obligatoire légal. Lors d'une demande de prestation, la caisse notifiera à la personne assurée la réduction de prestation dans un délai de six mois. Ce délai ne commencera à courir que lorsque la caisse a acquis la certitude qu'il y a infraction à l'obligation d'information. »

Dans le règlement de 2005, l'art. 58 correspond en substance à l'art. 57 du règlement de 1998, avec l'adjonction suivante à l'al. 2 :

- « La caisse suspend ses prestations aussi longtemps que les renseignements n'ont pas été communiqués. Les frais occasionnés peuvent être facturés. »

c) En l'occurrence, la défenderesse a dénoncé, par lettre du 19 décembre 2006, le contrat de prévoyance portant sur les prestations complémentaires dépassant la partie obligatoire, en se référant à l'art. 57 al. 3 du règlement de prévoyance de 1998 et en indiquant à la demanderesse qu'elle lui reprochait d'avoir répondu de manière incomplète aux questions 1, 2 et 8 du formulaire de déclaration de santé en ayant omis d'indiquer lors de son admission qu'elle avait été atteinte de dépression et de migraine et qu'elle avait été hospitalisée en 1992 et en 1993.

Conformément à la jurisprudence, il convient d'examiner si la demanderesse a commis une réticence et quelles conséquences doivent être le cas échéant tirées, à la lumière des dispositions idoines du règlement de prévoyance qui était en vigueur lors de son admission en 1998 dans la Caisse de pensions défenderesse. Si la jurisprudence permet à l'institution de prévoyance de se fonder sur ses propres dispositions réglementaires, plutôt qu'en appliquant les art. 4 et suivants LCA par analogie, il n'en demeure pas moins toutefois que le règlement de prévoyance reprend, sur le fond, les principes déjà développés par la jurisprudence sur la base des art. 4 ss LCA. En effet, l'art. 9 du règlement de 1998 impose aux personnes assurées, au moment de leur affiliation, de fournir personnellement des renseignements sur leur état de santé et ces renseignements doivent, aux termes de l'art. 57 dudit règlement, être fournis sans délai, de manière complète et véridique, ce qui permet à la Caisse de pensions défenderesse de réduire les prestations au niveau du minimum légal en cas d'infraction à l'obligation d'information.

Lors de son entrée dans la Caisse de pensions défenderesse au mois d'août 1998, la demanderesse a dû répondre, selon l'art. 9 al. 1 du règlement de 1998, à un formulaire de déclaration de santé qui lui demandait si elle était alors en bonne santé et entièrement apte au travail, sans restriction due à sa santé, et si elle était également dans cet état durant les 12 derniers mois et elle a répondu positivement à cette

première question, sans compléter le champ figurant sous « Nature de vos ennuis de santé » à côté du « non ». Elle a répondu par la négative à la deuxième question qui lui demandait si elle souffrait d'une maladie chronique (par ex. du diabète, d'hypertension) ou des suites d'une maladie ou d'un accident antérieurs, sans compléter le champ figurant sous « Nature de vos ennuis de santé » à côté du « oui ». A la huitième question tendant à savoir si elle avait souffert au cours des 10 dernières années d'une grave maladie, qui mentionnait l'exemple d'un séjour à l'hôpital, ou si elle avait subi durant cette période un grave accident ou une opération chirurgicale, elle a également répondu par la négative, sans compléter les champs figurant à côté du « oui » sur la nature de la maladie, la nature de l'accident et la nature de l'opération et sans remplir les champs figurant au-dessous de cette question lui demandant l'adresse exacte de l'hôpital, du sanatorium, de la clinique psychiatrique, le nom du médecin traitant et la durée du séjour, ainsi que les noms et adresse du médecin de famille. Il y a lieu ici de rappeler que le formulaire de déclaration attirait expressément son attention sur les conséquences selon l'art. 57 du règlement de 1998 qu'entraîneraient des renseignements inexacts ou incomplets.

On ne voit pas en quoi les questions posées dans le formulaire de déclaration de santé ne seraient pas précises ou présenteraient un caractère équivoque. En effet, la huitième question fait explicitement référence à un séjour à l'hôpital, y compris dans une clinique psychiatrique qui est précisément mentionnée sous cette question. Or, la demanderesse a été hospitalisée du 23 novembre au 18 décembre 1992, soit environ quatre semaines, ainsi que du 21 juin au 7 juillet 1993, à savoir environ deux semaines et demie, à l'Y._____ où elle a été prise en charge pour dépression. Certes, il ressort de l'expertise du Dr V._____ du 16 juillet 2004 que la demanderesse a plutôt tendance à minimiser ses difficultés d'ordre psychologique qui ont été prises en charge par son médecin généraliste et pour lesquelles elle ne tolérerait pas les anti-dépresseurs. Dans ses rapports des 19 juillet 2002 et 23 août 2002, la Dre J._____ mettait en évidence le fait qu'après des difficultés existentielles ayant entraîné son hospitalisation en 1993 pour un état dépressif majeur, la

demanderesse avait pu reprendre une vie normale, une conclusion reprise par le Dr V. _____ dans son expertise du 16 juillet 2004 (cf. page 22 de son rapport). A réitérées reprises, la demanderesse a rapporté aux différents médecins qui l'ont examinée qu'elle souffrait de migraines depuis l'enfance, sans que cela ne l'empêche de travailler, ce que la Dre O. _____, à l'instar de la Dre J. _____, distingue bien des séquelles de son opération du 14 mars 2001 pour anévrisme carotidien dans ses rapports successifs (cf. les rapports de la spécialiste en neurologie du 11 juillet 2003 et du 20 mars 2005). Ces observations du médecin traitant, de la neurologue et de l'expert V. _____ peuvent éventuellement expliquer le fait que la demanderesse ait considéré qu'elle était en bonne santé et entièrement apte au travail et qu'elle ne souffrait d'aucune maladie lorsqu'elle a rempli la déclaration de santé. Il faut toutefois constater que, du fait de la durée de ses séjours en hôpital psychiatrique, ces épisodes ne peuvent pas être considérés comme anodins et ils remontent à un peu plus de cinq ans - et non pas à neuf années et quelques mois - avant l'admission de la demanderesse dans la Caisse de pensions défenderesse. La demanderesse ne pouvait ainsi ignorer, au moment où elle a rempli la déclaration de santé, que sa dépression ayant nécessité deux hospitalisations sur plusieurs semaines et qui avaient eu alors un impact sur sa capacité de travail, devait être considérée comme une maladie d'une certaine gravité. Elle évoque d'ailleurs elle-même une atteinte dépressive dès 1992 dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 5 septembre 2005. La demanderesse ne prétend par ailleurs pas que la question en cause était dénuée d'importance pour l'appréciation du risque par l'institution de prévoyance ou qu'elle aurait renversé la présomption y relative. On ne saurait en effet admettre que la défenderesse aurait conclu le contrat de prévoyance sans autre examen dans l'hypothèse où la demanderesse avait déclaré ses séjours de 1992 et de 1993 à l'Y. _____ pour cause de dépression. À tout le moins, la défenderesse aurait-elle requis davantage de précisions, au regard desquelles elle aurait pu évaluer le risque au moment de l'affiliation. Il ressort de l'art. 9 al. 2 et de l'art. 10 du règlement de 1998 qu'une réserve pouvait être instaurée sur la base d'un examen de santé. Or la nécessité d'un tel examen s'appréciait en fonction des réponses de

la personne concernée au questionnaire sur l'état de santé. Enfin, il convient de rappeler que le diagnostic médical d'épisode dépressif majeur a notamment motivé la reconnaissance d'une invalidité et justifié l'octroi de prestations à ce titre tant dans le cadre de l'AI que de la LPP. En conséquence, il faut constater que la demanderesse a donné une réponse incomplète à la question 8 portant sur un fait important, ce qui est constitutif d'une réticence. Il convient donc de retenir que la défenderesse a considéré à bon droit que la demanderesse avait commis une réticence du fait qu'elle avait omis de mentionner ses deux séjours pour cause de dépression dans un hôpital psychiatrique qui représentaient des faits importants pour l'appréciation des risques.

Dans la mesure où la Caisse de pensions défenderesse a invoqué la réticence par écrit le 19 décembre 2006, en respectant de ce fait le délai de six mois à compter de la date où elle a reçu le dossier AI (15 août 2006) selon l'art. 57 al. 3 du règlement de 1998 - qui déroge à l'art. 6 LCA sur ce point -, et où elle a renseigné alors la demanderesse sur l'omission qui lui était reprochée et l'a informée qu'elle dénonçait en conséquence le contrat de prévoyance dans le domaine de la prévoyance surobligatoire, il faut admettre que les conditions matérielles et formelles posées pour l'invocation de la réticence par le règlement de prévoyance applicable qui reprend les principes jurisprudentiels développés sur la base de la LCA ont été remplies en l'espèce.

L'art. 57 al. 3 du règlement de 1998 précise qu'en cas d'infraction à l'obligation d'information, les prestations sont réduites au niveau obligatoire légal. La défenderesse était donc en droit de résilier l'assurance surobligatoire et de limiter ses prestations d'invalidité à la prévoyance obligatoire. A toutes fins utiles, il convient de constater que ces mêmes dispositions ont été reprises dans le règlement de 2005 à son art. 58. La même conclusion s'impose, par ailleurs, en appliquant la deuxième phrase de l'art. 32 al. 2 du règlement de 1998 qui prévoit des règles spécifiques en matière d'octroi de prestations d'invalidité lorsqu'il y a violation de l'obligation de renseigner (cf. consid. 7b ci-après).

6. a) Dans le domaine de la prévoyance professionnelle étendue, les institutions de prévoyance sont libres, sur la base de l'autonomie qui leur est conférée par l'art. 49 al. 2 LPP, de prévoir une notion d'invalidité dans leur règlement de prévoyance qui déroge à la définition légale de l'art. 23 LPP.

b) Le droit à la rente d'invalidité réglementaire est régi par les art. 31 et suivants du règlement de 1998 de la défenderesse comme suit :

« Art. 31 Définition de l'invalidité

1. Est invalide dans le sens de ce règlement la personne assurée qui, avant l'âge de la retraite réglementaire, perd sa capacité d'exercer une activité lucrative de façon partielle ou totale par suite de maladie, coups et blessures involontaires ou par déchéance intellectuelle ou physique.

2. Le médecin-conseil de la caisse définit le degré d'incapacité de gain. L'incapacité de gain est considérée comme totale lorsque la personne assurée ne peut plus exercer ni sa profession ni une autre activité pouvant être exigée compte tenu de ses connaissances ou de ses capacités.

3. Le médecin-conseil de la caisse peut tenir compte de rapports médicaux déjà existants ou de documents des assurances sociales. A la demande de la caisse, les personnes assurées doivent se faire examiner par le médecin-conseil pour déterminer l'incapacité de gain et son degré, ceci aux frais de la caisse. S'il y a refus de cet examen, la caisse peut réduire la rente en toute liberté d'appréciation. Les prestations d'invalidité selon la LPP sont garanties.

4. L'obligation de cotiser est supprimée pour la personne assurée et l'entreprise H. _____ lorsque l'incapacité de gain est totale. En cas d'incapacité partielle de gain, l'obligation de cotiser est maintenue conformément au taux d'occupation.

Art. 32 Conditions d'octroi et durée du droit à la rente d'invalidité

1. Le droit à la rente d'invalidité prend naissance le jour où cessent toutes prestations de salaire et d'indemnité journalière, au plus tard toutefois après 720 jours d'incapacité de travail totale ou partielle.

2. Si une incapacité de travail résulte d'une maladie ou d'une infirmité antérieure pour laquelle une réserve de 5 ans au maximum a été imposée, seules les prestations LPP sont payées. De même, si les personnes assurées n'ont pas fait état dans leur déclaration de santé d'une maladie ou d'une infirmité antérieure et qu'une incapacité de travail en résulte pendant la durée maximale de la réserve, elles n'ont droit qu'aux prestations LPP.

3. La rente d'invalidité est due aussi longtemps que dure l'invalidité, au plus tard toutefois jusqu'au jour de la retraite réglementaire. Dès

cette date, la rente d'invalidité est convertie en une rente de retraite du même montant.

Art. 33 Montant de la rente d'invalidité

1. La rente complète d'invalidité est payée lorsque le degré de l'incapacité de gain est au moins de $66 \frac{2}{3}$ %. Le montant de la rente complète d'invalidité est calculé comme celui de la rente de retraite. Les années d'assurance prises en considération sont celles que l'assuré(e) aurait eues le jour de la retraite réglementaire. Le revenu déterminant est le revenu assuré le jour de l'octroi de la rente d'invalidité.

2 Le montant de la rente d'invalidité partielle est calculé en pourcentage de la rente d'invalidité complète, le taux applicable étant celui correspondant au degré de l'incapacité de gain. Une incapacité de gain de moins de 25 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité. (...). »

c) La définition de l'invalidité donnée par le règlement de prévoyance applicable ne se réfère pas explicitement à la notion d'invalidité de l'assurance-invalidité (AI), mais elle en reprend des éléments centraux, à savoir l'élément médical (une atteinte à la santé), l'élément économique (la perte totale ou partielle de la capacité d'exercer une activité lucrative) et l'élément causal (une perte de capacité par suite d'une atteinte à la santé). En conséquence, il ne suffit pas que la personne assurée ait subi une atteinte à sa santé, encore faut-il qu'une telle atteinte à sa santé entraîne une incapacité d'exercer une activité lucrative pour avoir droit à des prestations d'invalidité réglementaires.

Dans le cas d'espèce, la demanderesse a été reconnue comme étant invalide au sens du règlement de prévoyance et elle a bénéficié à ce titre de prestations d'invalidité à 50 % qui ont toutefois été limitées aux prestations minimales LPP pour cause de réticence.

Dans le cadre de la détermination du droit à prestations d'invalidité, le règlement de prévoyance sanctionne de la même manière, en réduisant les prestations d'invalidité au minimum LPP, les conséquences du refus de la personne assurée de se faire examiner par le médecin-conseil pour déterminer l'incapacité de gain et son degré (art. 31 al. 3, troisième phrase, du règlement de 1998), que celles de l'omission d'indiquer dans la déclaration de santé une maladie ou infirmité antérieure

en cas d'incapacité de travail en résultant pendant la durée maximale de la réserve (art. 32 al. 2, seconde phrase, du règlement de 1998) et celles de la survenance d'une incapacité de travail résultant d'une maladie ou infirmité antérieure pour laquelle une réserve de 5 ans aurait été imposée (art. 32 al. 2, première phrase, du règlement de 1998). En revanche, le règlement ne pose pas de telles règles s'agissant des autres prestations, que ce soit pour la rente de retraite ou pour les rentes de survivants, lesquelles ne peuvent, par ailleurs, être grevées d'une réserve aux termes de l'art. 10 al. 4 dudit règlement.

Il faut ainsi déduire du règlement de prévoyance applicable lors de l'entrée de la demanderesse dans la Caisse de pensions que cette dernière avait décidé de limiter les seules prestations d'invalidité au minimum obligatoire en cas de maladies qui n'auraient pas été signalées dans la déclaration de santé lors de l'admission dans la caisse et qui engendreraient ultérieurement une incapacité de travail déclenchant l'obligation de la caisse d'allouer les prestations d'invalidité réglementaires.

d) Eu égard à ce qui précède, il faut admettre que la demanderesse a commis une réticence et qu'elle a donc droit uniquement à une rente d'invalidité LPP qui, selon l'art. 26 al. 3 LPP, correspond à une prestation viagère (la rente d'invalidité réglementaire est en revanche temporaire ainsi que le prévoient l'art. 32 al. 3 du règlement de 1998 et l'art. 29 al. 3 du règlement de 2005).

7. a) La demanderesse fait grief à la Caisse de pensions défenderesse de n'avoir pas pris en compte, dans la détermination du montant de la prestation d'invalidité minimale LPP, la part surobligatoire des prestations de libre passage apportées de rapports de prévoyance antérieurs.

b) Si l'assuré entre dans une nouvelle institution de prévoyance, l'ancienne institution de prévoyance doit verser la prestation de sortie à cette nouvelle institution (art. 3 al. 1 LFLP) et l'assuré est

couvert par la nouvelle institution de prévoyance pour les prestations qui lui reviennent, d'après le règlement, sur la base de la prestation d'entrée à payer (art. 10 et 12 LFLP). Aux termes de l'art. 9 LFLP, dans sa teneur en vigueur en 1998, l'institution de prévoyance doit permettre à l'assuré qui entre de maintenir et d'augmenter sa prévoyance ; elle doit lui créditer les prestations de sortie qu'il a apportées (al. 1). Si l'institution de prévoyance fixe ses prestations dans un plan de prestations, elle doit donner à l'assuré la possibilité de racheter toutes les prestations réglementaires (al. 2). Lors du calcul de ses prestations, l'institution de prévoyance n'est pas autorisée à faire la distinction entre les prestations qui ont été obtenues pendant la période de cotisation et celles qui ont été acquises par la prestation d'entrée (al. 3).

L'art. 21 du règlement de prévoyance de 1998 prévoit ce qui suit :

« 1. Lors de son affiliation, la personne assurée est tenue de faire transférer à la caisse la prestation de sortie provenant des rapports de prévoyance antérieurs. Elle doit permettre à la caisse de consulter les décomptes de la prestation de sortie. En cas de retard dans le transfert de la prestation de sortie, elle est frappée d'intérêts moratoires.

2. La caisse peut réclamer la prestation de sortie provenant du rapport de prévoyance pour le compte de la personne assurée.

3. La prestation de sortie transférée est affectée à l'achat d'années d'assurance, conformément à l'art. 20.

4. Si le montant de la prestation de sortie apportée excède le montant nécessaire à l'achat des prestations réglementaires complètes, le solde est utilisé pour l'achat d'une rente complémentaire (...). »

Dans un arrêt de 2018 (ATF 144 V 376 consid. 4), le Tribunal fédéral a précisé que la prestation de libre passage apportée provenant de la prévoyance surobligatoire doit être prise en considération dans le calcul de la rente minimale LPP, eu égard à la conception de la loi selon laquelle la protection de prévoyance qui existait au moment du transfert doit être

maintenue (art. 14 al. 1 LFLP). La Haute Cour s'est appuyée à cet effet sur un raisonnement par analogie entre les prescriptions applicables aux réserves pour raisons de santé et les règles concernant la réticence et ses conséquences.

c) En l'occurrence, une prestation de sortie provenant de G._____ de 32'890 fr. (part LPP de 21'548 fr.) au 28 février 2003 et une prestation de sortie provenant L._____ de 885 fr. 95 (part LPP de 885 fr. 95) au 11 mars 2003 ont été transférées à la Caisse de pensions défenderesse. La demanderesse estime toutefois que la défenderesse n'a pas apporté la preuve que ces prestations de sortie ont été prises en compte pour fixer le montant de la rente d'invalidité minimale qui lui a été versée. Or, il faut constater, sur la base de la pièce 14 produite par la défenderesse, que le montant total de la prestation d'entrée de 33'775 fr. 95 (dont 22'433 fr. 95 de part LPP) a été intégralement pris en compte pour calculer la demi-rente d'invalidité minimale LPP, ce qui conduit à une rente d'invalidité plus élevée et qui apparaît conforme à la jurisprudence susmentionnée.

8. a) En vertu de l'art. 65 LPP, les institutions de prévoyance doivent offrir en tout temps la garantie qu'elles peuvent remplir leurs engagements (al. 1) et elles règlent leur système de cotisations et leur financement de telle manière que les prestations prévues par la présente loi puissent être fournies dès qu'elles sont exigibles (al. 2, art. 49 al. 1 et al. 2 ch. 16 LPP). Le financement d'une institution de prévoyance est fixé à l'avance dans les statuts et les règlements selon des critères schématiques et objectifs (ATF 136 V 313 consid. 4.1) et il doit respecter les principes d'adéquation, de collectivité, d'égalité de traitement, de planification et d'assurance (art. 1 al. 3 et art. 50 al. 1 let. c LPP).

Selon la manière dont les prestations sont définies, on peut distinguer le système de la primauté des cotisations et celui de la primauté des prestations. Dans le premier cas, l'institution de prévoyance fixe au préalable le financement, c'est-à-dire les cotisations, et détermine

sur cette base le montant des prestations. Au contraire, dans le système de la primauté des prestations, un but ou niveau général de prestations est fixé au départ, puis le financement est déterminé en conséquence, de sorte qu'une forte solidarité caractérise ce système (Francine Oberson, La prévoyance professionnelle : principes et fondements, 2013, p. 53). Dans le système de la primauté des prestations, le financement repose sur le principe de l'équivalence collective. Selon la jurisprudence, il en découle que les prestations ne correspondent pas nécessairement aux cotisations individuelles versées, à la différence de ce que prévoit le principe de l'équivalence individuelle (TF 9C_78/2020 du 27 novembre 2020 consid. 5).

Aux termes de l'art. 66 al. 1 LPP, l'institution de prévoyance fixe dans ses dispositions réglementaires le montant des cotisations de l'employeur et de celles des salariés. La somme des cotisations (contribution) de l'employeur doit être au moins égale à la somme des cotisations de tous les salariés ; la contribution de l'employeur ne peut être fixée plus haut qu'avec son assentiment.

Toute institution de prévoyance doit désigner un expert agréé en matière de prévoyance professionnelle (cf. art. 77 du règlement de 1998 et art. 78 du règlement de 2005) auquel il incombe de déterminer périodiquement si l'institution de prévoyance offre la garantie qu'elle peut remplir ses engagements et si les dispositions réglementaires de nature actuarielle et relatives aux prestations et au financement sont conformes à la loi, conformément à l'art. 52e LPP dès le 1^{er} janvier 2012 et à l'ancien art. 53 al. 2 LPP (RO 2011 3393 ; FF 2007 5381).

b) A teneur du règlement de prévoyance et en particulier de ses dispositions relatives aux rentes qui sont fixées en pourcentage du revenu assuré (cf. art. 25 et 33 notamment du règlement de 1998), la défenderesse applique le système de la primauté des prestations.

Les cotisations de la personne assurée font l'objet d'une disposition spécifique, l'art. 49 du règlement de 1998, qui prévoit ce qui suit :

- « 1. La cotisation annuelle de la personne assurée est égale : pour l'assurance risque à 1 % et pour l'indexation des rentes de longue durée à 0.5 %, pour l'assurance complète à 8 % et pour l'indexation des rentes de longue durée 0.5 %, du revenu soumis à cotisation.
2. Le conseil de fondation, compte tenu des possibilités financières de la caisse, peut renoncer en tout ou partie à la perception des cotisations pour l'indexation des rentes de longue durée. ».

Cette disposition correspond à l'art. 49 du règlement de 2005 pour ce qui concerne les taux de cotisations.

c) Dans le cas d'espèce, la Caisse de pensions défenderesse a dénoncé avec effet immédiat, le 19 décembre 2006, le contrat de prévoyance en matière surobligatoire, sans spécifier sur quel objet portait précisément la dénonciation. La demanderesse lui reproche d'avoir dénoncé le contrat de prévoyance surobligatoire dans sa globalité et réduit en conséquence ses prestations d'invalidité au minimum LPP, tout en ayant continué à prélever de façon indue à partir du 1er mars 2003 l'intégralité des cotisations de risques décès et invalidité sur la part active résiduelle. Pour calculer le montant qui serait dû à titre de cotisations, la demanderesse requiert la mise en œuvre d'une expertise. La défenderesse fait valoir qu'elle n'opère pas de distinction entre la part obligatoire et la part surobligatoire des cotisations de risques et que ces cotisations de risques auraient été prélevées à bon droit sur le salaire versé pour son activité restante de caissière entièrement assurée selon le système en primauté de prestations, arguant qu'en cas de nouvelle atteinte à sa santé, une rente d'invalidité aurait été calculée sur le part active selon le règlement déterminant. Elle estime que la demande d'expertise formulée par la demanderesse est extravagante.

Il faut déduire des dispositions légales relatives aux réserves par un raisonnement analogique, des jurisprudences citées ci-dessus, des dispositions réglementaires applicables à la réticence et du fait que la

demanderesse a effectivement bénéficié d'une rente de retraite réglementaire, que la dénonciation ne pouvait porter que sur les prestations de risques surobligatoires et non sur l'intégralité des prestations surobligatoires.

Selon les indications données par la défenderesse, un taux global de cotisation pour le risque a été appliqué en l'occurrence sur la base du règlement (art. 49 al. 1 des règlements de 1998 et de 2005). Il appartient à l'expert agréé de la Caisse de pensions défenderesse de déterminer ce taux de telle sorte que le financement de l'institution de prévoyance soit assuré selon le principe de l'équivalence collective.

Cela étant, même si l'expert de la Caisse de pensions défenderesse avait tenu compte en l'espèce, non pas du taux réglementaire, mais uniquement du minimum LPP, il en résulterait un montant de cotisations qui peut être considéré comme minime du fait qu'il s'agirait uniquement de la part de la cotisation de la demanderesse, pour les seuls risques et en matière surobligatoire seulement et, de surcroît, calculée sur la base du revenu de son activité résiduelle.

d) Cette question peut toutefois rester ouverte dès lors que la défenderesse a soulevé à bon droit la prescription des créances en restitution partielle des cotisations et que la demanderesse ne peut prétendre dans le cadre du présent litige à la restitution des cotisations qui ne seraient pas prescrites.

En effet, l'objet d'une demande en justice ne peut en principe porter que sur des questions juridiques actuelles dont les conséquences touchent concrètement le justiciable. La jurisprudence admet cependant la recevabilité d'une action en constatation de droit si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate d'un rapport de droit litigieux. Un intérêt de fait suffit, pour autant qu'il s'agisse d'un intérêt actuel et immédiat. De manière plus générale, l'intérêt digne de protection requis fait défaut, en règle ordinaire, lorsque la partie peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore; en ce sens, le droit

d'obtenir une décision en constatation est subsidiaire. Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence de l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable. Il faut également admettre l'existence d'un intérêt digne de protection à la constatation immédiate d'un rapport de droit, lorsque la partie doit limiter son action à une partie seulement de son dommage, parce qu'elle ne peut pas encore chiffrer ni apprécier le reste de son dommage (TF 9C_1044/2012 du 25 juillet 2013 consid. 6.1 et les références citées).

En l'espèce, selon la loi et le règlement de prévoyance, l'employeur est débiteur de la totalité des cotisations envers l'institution de prévoyance et c'est à lui qu'il appartient de réclamer à l'institution de prévoyance des cotisations qui auraient été prélevées en trop sur le salaire (art. 66 LPP, art. 331 al. 3 CO, art. 51 des règlements de 1998 et de 2005). La demanderesse ne peut donc prendre des conclusions condamnatoires. Elle ne justifie pas non plus d'un intérêt actuel et immédiat à la constatation d'un droit à la restitution de cotisations dans la mesure où il serait toujours possible à la défenderesse de soulever, comme dans le présent litige, l'exception de la prescription à l'égard d'une éventuelle action de l'employeur.

9. a) Eu égard à ce qui précède, la demande formée le 24 juillet 2018 par U. _____ doit être intégralement rejetée.

Il ne sera pas donné suite à la requête de mesures d'instruction de la demanderesse tendant à la mise en œuvre d'une expertise portant sur le montant de la rente d'invalidité à lui payer et sur les cotisations pour les risques de décès et d'invalidité à lui rembourser, dès lors qu'elles ne sont pas susceptibles de modifier l'issue de la procédure (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

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

La demanderesse, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD). Bien que la défenderesse obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part du demandeur. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance 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 128 V 124 ; ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas retenu en l'espèce.

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

- I.** La demande déposée le 24 juillet 2018 par U._____ contre Caisse de pensions P._____ est rejetée.
- II.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- III.** Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Guy Longchamp (pour U. _____),
- Me Alexia Raetzo (pour Caisse de pensions P. _____),
- 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).

Le greffier :