

Bundesgericht  
Tribunal fédéral  
Tribunale federale  
Tribunal federal

{T 0/2}

9C\_768/2016

Arrêt du 15 mars 2017

Ile Cour de droit social

Composition

Mmes et M. les Juges fédéraux Pfiffner, Présidente, Meyer et Moser-Szeless.

Greffière : Mme Hurni.

Participants à la procédure

Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances  
sur la Vie SA,  
St. Alban-Anlage 26, 4052 Bâle,  
représentée par Me Alexandre Massard, avocat,  
recourante,

contre

A. \_\_\_\_\_,  
représenté par Me Michel De Palma, avocat,  
intimé.

Objet

Prévoyance professionnelle (réticence),

recours contre le jugement du Tribunal cantonal  
du Valais, Cour des assurances sociales, du 14 octobre 2016.

Faits :

A.

A.a. A. \_\_\_\_\_ travaillait en tant que pilote auprès de B. \_\_\_\_\_ SA. Les 14 et 15 juillet 1998, il a complété et signé une proposition d'assurance de prévoyance liée avec Patria Société suisse d'assurances sur la vie (ci-après: Patria), ainsi qu'un formulaire de "déclarations de la personne à assurer". Dans ce formulaire, il a notamment répondu par la négative aux questions 1a ("Durant les trois dernières années, avez-vous été examiné ou traité par un médecin?") et 11k ("Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert [d]une autre maladie, trouble de la santé ou blessure qui n'aurait pas encore été mentionnée?"); il a par ailleurs indiqué en relation avec la question 12 ("Avez-vous été soigné dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement de cure?") avoir été hospitalisé en raison d'une appendicite péritonite durant quinze jours en 1977. Sur la base de cette proposition, Patria a établi la police d'assurance n° xxx (prévoyance liée selon l'art. 82 LPP), prévoyant notamment le versement d'un capital en cas de vie le 1<sup>er</sup> août 2024 et la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de trois mois jusqu'au 31 juillet 2014.

Le 9 août 2000, A. \_\_\_\_\_ a adressé à Patria une annonce d'incapacité de travail en mentionnant avoir chuté le 5 avril 2000. Dans un certificat médical du 25 août 2000, le docteur C. \_\_\_\_\_ a attesté que l'intéressé souffrait depuis le 5 avril 2000 d'un sévère syndrome post-commotionnel et que l'incapacité de travail était de 100 % depuis cette date. Par lettre du 31 août 2000, Patria a informé A. \_\_\_\_\_ qu'au vu de son incapacité de gain, il avait droit à la libération du paiement de l'entier de la prime depuis le 1<sup>er</sup> août 2000; par la suite, le paiement de la prime a été fixé à 36 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2007.

A.b. Par courrier du 19 mars 2012, Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA (ci-après: Helvetia), successeur en droit de Patria depuis le 30 mars 2006, a résilié la police d'assurance

délivrée en faveur de A. \_\_\_\_\_ pour cause de réticence. La compagnie d'assurance a expliqué avoir appris que l'assuré avait été victime d'un traumatisme cervico-crânien en 1985 à la suite d'un accident de motocycle, ce qu'il avait omis d'indiquer dans ses réponses aux questions 11k et 12 du formulaire accompagnant la proposition d'assurance. Le 26 avril 2012, A. \_\_\_\_\_ a contesté cette résiliation, faisant notamment valoir qu'il n'avait aucun souvenir d'avoir été victime d'un traumatisme cervico-crânien en 1985.

Dans une nouvelle communication du 23 avril 2013, Helvetia a informé A. \_\_\_\_\_ qu'elle avait appris que d'autres éléments médicaux n'avaient pas été déclarés lors de la conclusion du contrat. Outre l'accident survenu en 1985, l'assuré avait en effet subi une atteinte crânienne le 3 juin 1997 et un trouble de l'épaule droite le 24 juin 1998, qui avaient alors justifié le versement d'indemnités journalières par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). L'intéressé avait pourtant omis de mentionner ces éléments dans ses réponses aux questions 1a, 11k et 12. L'assureur en tirait les mêmes conséquences juridiques que dans son courrier du 19 mars 2012.

B.

Le 11 avril 2014, A. \_\_\_\_\_ a déposé auprès du Juge de la Commune de D. \_\_\_\_\_ une requête en conciliation, visant à la "remise en vigueur de la police d'assurance" conclue avec Helvetia. Le juge de commune a délivré l'autorisation de procéder le 27 mai 2014. Le 29 septembre 2014, l'assuré a présenté auprès du Tribunal de district de Sion une requête en exécution de contrat à l'encontre d'Helvetia. La demande a été déclarée irrecevable faute de compétence du tribunal saisi, par jugement du 14 janvier 2015. Le 27 janvier 2015, l'intéressé a dès lors introduit la même action devant le Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales.

Dans sa réponse et demande reconventionnelle du 2 mars 2015, Helvetia a conclu au rejet de l'action et au versement à A. \_\_\_\_\_ de l'éventuel solde de la valeur de rachat du contrat d'assurance (70'982 fr. 20), après compensation des primes dues à Helvetia (56'545 fr. 85 plus intérêts). Elle a exposé avoir appris pour la première fois l'accident survenu en 1985 en consultant le dossier de l'Office cantonal AI du Valais (ci-après: l'office AI) à la fin du mois de février 2012; elle avait par ailleurs découvert l'existence des accidents de 1997 et 1998 lorsqu'elle avait pris connaissance des dossiers de la CNA en avril 2013. Dans ses observations finales du 30 septembre 2015, elle a invoqué le fait que A. \_\_\_\_\_ avait aussi omis de mentionner dans la proposition d'assurance avoir été hospitalisé en mars 1996 pour des coliques néphrétiques.

Au cours de l'instruction, le tribunal cantonal a notamment ordonné la production des dossiers constitués par la CNA, Helvetia, l'office AI et l'Office fédéral de l'aviation civile. Par jugement du 14 octobre 2016, il a admis la requête en exécution du contrat du 27 janvier 2015, rejeté la demande reconventionnelle du 2 mars 2015 et constaté qu'Helvetia ne s'était pas valablement départie du contrat d'assurance n° xxx de prévoyance liée selon l'art. 82 LPP et que ce contrat était maintenu.

C.

Helvetia interjette un recours en matière de droit public contre ce jugement. Elle en demande l'annulation et conclut principalement à ce qu'il soit constaté qu'elle ne doit aucune prestation prévue par la police n° yyy (recte: xxx) en cas d'incapacité de gain, subsidiairement au renvoi de la cause au tribunal cantonal pour nouvelle décision.

A. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit :

1.

1.1. Le litige porte sur les prestations dues par la recourante fondées sur un contrat de prévoyance professionnelle liée du pilier 3a selon l'art. 82 al. 2 LPP. De telles contestations ressortissent aux tribunaux de la prévoyance professionnelle (art. 73 al. 1 let. b LPP). En dernière instance, la IIe Cour de droit social du Tribunal fédéral est compétente (art. 35 let. e du Règlement du Tribunal fédéral du 20 novembre 2006 [RS 173.110.131] en relation avec les art. 49 et 73 LPP).

1.2. Le recours en matière de droit public peut être formé pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF), sans être limité par les arguments du recourant ou par la motivation de l'autorité précédente. Il n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l'art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al.

2 LTF). Le recourant qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées (cf. art. 97 al. 1 LTF).

2.

Le litige porte sur le maintien, respectivement la résolution, du contrat de prévoyance professionnelle liée conclu entre l'assureur recourant et l'intimé. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si la juridiction cantonale a considéré à juste titre que le second n'avait pas commis une réticence au sens de l'art. 6 aLCA et que le premier ne pouvait donc pas valablement se départir du contrat.

3.

3.1. Comme l'a retenu à bon droit la cour cantonale, le contrat de prévoyance litigieuse, conclu en 1998, est soumis à l'art. 6 LCA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2006 (modification du 17 décembre 2004, RO 2005 5250; cf. ATF 136 III 334 consid. 2.2 p. 335). Cette disposition prévoyait alors 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". Elle permet donc à l'assureur de résoudre le contrat et de refuser ses prestations pour un sinistre déjà survenu même si celui-ci est sans rapport avec le fait qui constitue l'objet de la réticence (ATF 136 III 334 consid. 2.2 p. 335 et les références).

3.2. La juridiction cantonale a retenu que les différents épisodes invoqués par l'assureur recourant dans ses courriers des 19 mars 2012 (accident de motorcycle en 1985) et 23 avril 2013 ("atteinte crânienne" liée à l'agression de juin 1997 et "atteinte à l'épaule droite" liée à la chute à la piscine de juin 1998), ainsi que dans son écriture du 30 septembre 2015 (hospitalisation à la suite d'une colique néphrétique en 1996), ne constituaient pas des cas de réticence car ils ne portaient pas sur des faits importants au sens des art. 4 et 6 LCA. En outre, elle a considéré que l'assureur recourant n'avait pas établi le moment auquel il avait pris connaissance des événements de 1997 et 1998, de telle sorte qu'il n'avait pas prouvé avoir respecté le délai de l'art. 6 LCA. Ce délai n'était pas non plus respecté pour ce qui concerne l'hospitalisation survenue en 1995, que l'assureur recourant avait seulement invoquée en cours de procédure le 30 septembre 2015. La juridiction cantonale en a conclu que l'assureur recourant ne s'était pas valablement départi du contrat le liant à l'intimé et a admis la requête en exécution déposée par ce dernier.

4.

L'assureur recourant reproche à la juridiction cantonale d'avoir violé les art. 4 et 6 LCA en considérant que les événements en cause ne constituaient pas des cas de réticence. Les premiers juges auraient par ailleurs constaté les faits de manière manifestement inexacte et appliqué les règles sur le fardeau de preuve découlant de l'art. 8 CC de manière erronée en retenant que l'assureur recourant n'avait pas prouvé avoir résilié le contrat dans le délai de l'art. 6 LCA.

5.

5.1. On traitera d'abord ce deuxième argument, relatif au respect du délai de l'art. 6 LCA; celui-ci concerne uniquement les deux épisodes faisant l'objet du courrier du 23 avril 2013, à savoir les conséquences de l'agression subie par l'intimé en juin 1997 et de la chute survenue en juin 1998, dès lors que le respect du délai de l'art. 6 LCA est admis par le tribunal cantonal s'agissant de l'accident de motorcycle dénoncé dans le courrier du 19 mars 2012 et que l'assureur recourant n'invoque plus devant le Tribunal fédéral l'hospitalisation de l'assuré survenue en 1995.

5.2. L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence (art. 6 LCA). Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance. Il s'agit d'un délai de péremption (ATF 118 II 333 consid. 3 p. 338 s.; arrêt 4A\_150/2015 du 29 octobre 2015 consid. 6.3).

En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. Ainsi, lorsque l'assureur exerce son droit de résilier le contrat en application de l'art. 6 LCA, il lui incombe notamment d'apporter la preuve du respect du délai de quatre semaines prévu par cette disposition. Il doit donc établir, par pièces ou autres moyens de preuve, le moment où il a eu connaissance de la réticence. Il n'est dispensé d'apporter cette preuve

que si la partie adverse a admis ses allégations (arrêt 4A\_150/2015 du 29 octobre 2015 consid. 6.3 et 6.6).

5.3. En l'espèce, l'autorité cantonale a constaté, de manière à lier le Tribunal fédéral, que l'assureur recourant avait allégué avoir pris connaissance des accidents de l'intimé survenus en 1997 et 1998 lors d'un entretien téléphonique avec un employé de la CNA le 18 avril 2013; il n'avait toutefois apporté aucun élément de preuve à ce sujet, de telle sorte qu'il n'avait pas prouvé avoir notifié la résolution du contrat dans le délai de quatre semaines prévu par l'art. 6 LCA. La cour cantonale en a déduit que les épisodes en question ne pouvaient justifier la résolution du contrat de prévoyance liée conclu avec l'intimé.

5.4. Le raisonnement de la cour cantonale résulte d'une application correcte de l'art. 8 CC. Contrairement à ce que l'assureur recourant affirme, il ne lui appartenait pas d'apporter la preuve d'un "fait négatif indéterminé", celui de son absence de connaissance des motifs de réticence dans une période précédant de plus de quatre semaines l'envoi du courrier du 23 avril 2013. En application de l'art. 8 CC, il lui appartenait de prouver l'ensemble des faits allégués à l'appui de la résolution du contrat la liant à l'intimé, y compris le moment auquel il avait pris connaissance des motifs de réticence, qui marque le point de départ du délai de l'art. 6 LCA. Il s'agit là d'un fait (positif) dont la preuve n'était ni impossible, ni soumise à des exigences disproportionnées. L'assureur recourant relève lui-même qu'il existe des pièces propres à établir la date à laquelle un tiers lui aurait transmis de nouveaux documents ou informations (notice téléphonique, mémorandum interne, lettre de transmission, etc.); il aurait également pu offrir à titre de preuve le témoignage des employés qui auraient échangé ces informations par téléphone. Dès lors que l'intimé n'avait pas admis les allégués correspondants de l'assureur recourant, la cour cantonale ne pouvait se contenter de ceux-ci et elle a à juste titre retenu qu'en l'absence de preuve, ni le fait allégué - à savoir la transmission des informations de la CNA en avril 2013 -, ni, partant, le respect du délai de l'art. 6 LCA n'étaient établis. Les constatations de fait qui en découlent ne sont pas non plus arbitraires mais reposent sur une appréciation correcte des moyens de preuve offerts par les parties. Le recourant ne reproche au demeurant pas à la juridiction cantonale d'avoir effectué une appréciation anticipée arbitraire des preuves.

6.

6.1. Dès lors que le droit de l'assureur recourant à se départir du contrat est périmé en relation avec les événements dénoncés dans le courrier du 23 avril 2013, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant si les éléments invoqués alors par l'assureur recourant, considérés séparément ou dans leur ensemble, pouvaient constituer un motif de réticence valable. Seul peut entrer en ligne de compte à cet égard le fait que l'intimé a omis de mentionner le traumatisme cervico-crânien qu'il avait subi en lien avec un accident de motocycle en 1985 lorsqu'il a rempli le formulaire accompagnant la proposition d'assurance, cet événement ayant été invoqué en temps utile par l'assureur recourant dans son courrier du 19 mars 2012, conformément aux constatations du tribunal cantonal.

6.2. L'art. 6 al. 1 LCA permet à l'assureur de se départir du contrat lorsque l'assuré omet de déclarer un fait important qu'il connaissait ou devait connaître. La notion de fait important est définie à l'art. 4 al. 2 LCA. 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. On vise ainsi tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur, à savoir toutes les circonstances permettant de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 337).

Selon la jurisprudence, il ne faut adopter ni un critère purement subjectif, ni un critère purement objectif pour juger si le proposant a violé ou non son obligation de renseigner lorsqu'il a tu une information à l'assureur. Il est décisif de déterminer si et dans quelle mesure le proposant pouvait donner de bonne foi une réponse inexacte à l'assureur, au regard des circonstances concrètes et selon la connaissance personnelle qu'il avait de la situation et, le cas échéant, compte tenu encore des renseignements que lui avaient fournis des personnes qualifiées. Le proposant doit se demander sérieusement s'il existe un fait qui tombe sous le coup des questions de l'assureur; il remplit son obligation s'il déclare, outre les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, ceux qui ne peuvent pas lui échapper s'il réfléchit soigneusement aux questions posées (ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 337; ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 p. 514; ATF 118 II 333 consid. 2b p. 337). Celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement de bonne foi considérer comme sans importance pour l'évaluation du risque, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou de symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de

renseigner (ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 338; 116 II 338 consid. 1b p. 340 et les références).

6.3. Il ressort du jugement attaqué que l'intimé a répondu de manière inexacte à la question 11k ("Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une autre maladie, trouble de la santé ou blessure qui n'aurait pas encore été mentionnée?") du formulaire accompagnant la proposition d'assurance, dès lors qu'il a tu un traumatisme cervico-crânien subi en 1985 à la suite d'un accident de motocycle. On ne saurait en revanche suivre l'assureur recourant lorsqu'il fait valoir que la réponse donnée par l'intimé à la question 12 ("Avez-vous été soigné dans un hôpital, un sanatorium ou un établissement de cure?") serait également inexacte du fait des conséquences de ce même accident. Il se fonde en effet sur une simple hypothèse, le fait que l'intimé se serait rendu aux urgences après son accident, qui ne repose sur aucune pièce du dossier. Alors que l'assurance supportait le fardeau de la preuve des faits fondant la réticence, la juridiction cantonale pouvait constater sans arbitraire qu'il n'était pas établi que l'intimé aurait été soigné dans un hôpital en 1985.

6.4. Il reste à examiner si le fait tu par l'intimé, à savoir le traumatisme cervico-crânien subi en 1985, constituait un fait important au sens de l'art. 4 LCA. L'autorité cantonale a constaté que, selon les données reçues de la CNA, cet événement avait occasionné le versement d'indemnités journalières de 2'553 fr. ainsi que le paiement de deux factures médicales de 444 fr. 25 et 15 fr. 60. Elle a également relevé que cet accident ne figurait que dans un seul rapport médical, mais non dans plusieurs autres documents résumant l'anamnèse médicale de l'intimé. Elle en a déduit que le traumatisme subi par l'assuré, ancien et léger, n'avait justifié qu'une très courte période d'incapacité de travail et que le traitement médical n'avait consisté qu'en quelques consultations médicales, sans laisser de séquelles.

Il n'y a pas lieu de s'écarter de ces faits et de l'appréciation qu'en a faite l'autorité judiciaire cantonale. En particulier, les affirmations de l'assureur recourant remettant en cause la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident ne doivent pas être prises en considération. Elles ne reposent pas sur les constatations du jugement attaqué mais sur la prémisse qu'aucun accident n'est anodin, alors que l'assureur recourant ne démontre pas que la cour cantonale aurait établi les faits pertinents de manière arbitraire.

Compte tenu de ces constatations, il apparaît que l'intimé pouvait considérer de bonne foi que l'accident subi en 1985 n'était qu'un épisode sans conséquence et sans importance pour l'évaluation du risque, dès lors qu'il n'entraînait aucun risque de rechute, ni n'était le symptôme d'une autre maladie. Comme l'a également souligné la juridiction cantonale, il s'agissait en outre d'un événement ancien, s'étant produit plus de dix ans avant la conclusion du contrat. La question soumise par l'assureur, qui portait sur toute maladie, trouble de la santé ou blessure, actuelle ou passée (sans limite de date aucune), était par ailleurs particulièrement vague; l'intimé pouvait y répondre de bonne foi sans énumérer de manière exhaustive toutes les consultations médicales auxquelles il se serait rendu. Dans ces circonstances, l'intimé n'a pas violé son obligation de renseigner lorsqu'il a omis de mentionner le traumatisme cervico-crânien subi en 1985 en remplissant la proposition d'assurance soumise par l'assureur recourant en juillet 1998.

7.

7.1. Dans un dernier grief, l'assureur recourant fait valoir que l'autorité cantonale aurait statué ultra petita, dès lors que l'intimé avait seulement conclu à ce que la police d'assurance conclue soit "remise en vigueur" ou, subsidiairement, au versement de la prestation due à l'échéance du contrat (174'962 fr.). Selon l'assureur recourant, l'assuré aurait de cette manière souhaité une interruption, à tout le moins temporaire, de la couverture d'assurance entre la date de résiliation et le jour du jugement définitif, ce que la cour cantonale n'aurait pas respecté dans les termes de son dispositif.

7.2. On rappellera que les conclusions prises par les parties doivent exprimer clairement les prétentions réclamées et la nature de l'action. En cas d'incertitude, le juge procède à l'interprétation objective des conclusions, selon les règles de la bonne foi (arrêt 4A\_66/2015 du 22 septembre 2015 consid. 7.2).

En l'occurrence, l'assureur recourant relève à juste titre que la conclusion de l'intimé tendant à la "remise en vigueur" du contrat manque de clarté. Celle-ci accompagne toutefois une première conclusion indépendante tendant à l'admission de la "requête en exécution de contrat" présentée par l'intimé, et une conclusion subsidiaire tendant au versement de la somme d'assurance due au terme du contrat. Dans leur ensemble, ces conclusions, interprétées de bonne foi, tendent à faire reconnaître la validité du contrat et à contester les effets de la réticence invoquée par l'assureur recourant, en exigeant la poursuite de l'exécution du contrat. La juridiction cantonale n'est donc pas sortie de leur cadre en constatant que l'assureur recourant ne s'était pas valablement départie du

contrat et que ce contrat était maintenu.

8.

Vu l'issue du litige, l'assureur recourant, qui succombe, supporte les frais de justice (art. 66 al. 1 LTF) et versera en outre à l'intimé une indemnité à titre de dépens (art. 68 al. 2 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 6'000 fr., sont mis à la charge de la recourante.

3.

La recourante versera à l'intimé la somme de 2'800 fr. à titre de dépens pour la procédure devant le Tribunal fédéral.

4.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, au Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales, et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 15 mars 2017

Au nom de la IIe Cour de droit social  
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente : Pfiffner

La Greffière : Hurni