

Bundesgericht

Tribunal fédéral

Tribunale federale

Tribunal federal



{T 0/2}
9C_532/2014

Arrêt du 23 octobre 2014 Ile Cour de droit social

Composition

MM. et Mme les Juges fédéraux Kernen, Président,
Glanzmann et Parrino.
Greffière : Mme Moser-Szeless.

Participants à la procédure

A. _____,
représenté par M^e Eric Maugué, avocat,
recourant,

contre

Fondation collective LPP Swiss Life,
c/o Swiss Life SA, General-Guisan-Quai 40, 8002 Zurich,
intimée.

Objet

Prévoyance professionnelle (prestation d'invalidité;
réticence),

recours contre le jugement de la Cour de justice de la
République et canton de Genève, Chambre des
assurances sociales, du 5 juin 2014.

Faits :

A.

A.a A._____ a travaillé au service de la société B._____. À ce titre, il était assuré à partir du 1^{er} janvier 2001, en matière de prévoyance professionnelle, par la Fondation collective LPP de la Coop Vie SA pour une couverture d'assurance allant au-delà de la prévoyance professionnelle obligatoire (prévoyance dite plus étendue; contrat "xxx"), ainsi que par la Fondation commune de Coop Assurance dans un plan de prévoyance facultatif (contrat "yyy").

En relation avec son affiliation relative au contrat n° "yyy", A._____ a rempli, le 26 juin 2001, un questionnaire intitulé "Proposition" en répondant notamment par l'affirmative à la question de savoir s'il suivait un traitement médical, avait été malade, accidenté ou opéré au cours des cinq dernières années. Il a fait état d'un traitement occasionnel de l'hypertension et d'un accident de la route ayant entraîné des douleurs au dos. Le 28 août suivant, il a répondu avec son médecin traitant, aux questions relatives à son état de santé figurant sur un document intitulé "Rapport de l'examen médical". Il a notamment répondu "non" aux questions suivantes: "Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou d'affections (...) c) du système nerveux ou du psychisme tels que épilepsie, vertiges, paralysies, névrites, dépressions ou autres? Avez-vous fait une tentative de suicide?".

A.b En 2002, la société Coop Vie SA a été reprise par la Nationale Suisse Compagnie d'assurances sur la vie et est devenue la Nationale Suisse Vie SA; la Fondation collective LPP de Coop Vie SA est devenue la Nationale Suisse Fondation collective LPP, tandis que la Fondation commune de Coop Assurance a pris le nom de Nationale Suisse Fondation collective PLUS. Près de dix ans plus tard, le 6 avril 2011 (avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2011), le portefeuille de l'assurance-vie collective de la Nationale Suisse Vie SA a été transféré à la société Swiss Life SA; les Fondations de la Nationale Suisse ont modifié leur nom en Fondation collective Swiss Life BASIS (précédemment Nationale Suisse Fondation collective LPP) et en Fondation collective Swiss Life PLUS (précédemment Nationale Suisse Fondation collective PLUS).

À la suite d'une augmentation de son salaire dès le 1^{er} janvier 2007, A._____ s'est soumis à un examen médical auprès du docteur C._____ et a été invité à répondre à des questions sur son état de santé, formulées de manière identique que dans le questionnaire précédent. Il a à nouveau répondu par la négative à la question concernant un éventuel trouble du système nerveux ou du psychisme ("Déclarations de la personne à assurer" du 21 novembre 2007).

A.c A._____ a été mis en arrêt total de travail à partir du 1^{er} décembre 2010, en raison d'un trouble dépressif. À la demande de la Nationale Suisse, intervenant en qualité d'assurance perte de gain maladie de l'employeur, l'intéressé a été examiné par le docteur D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son expertise du 15 mars 2011, le médecin a, entre autres éléments, indiqué que A._____ avait tenté de se suicider à l'âge de trente ans et avait été suivi depuis l'âge de 20 ans par un psychiatre, puis des psychologues; il n'avait plus eu besoin d'un soutien psychologique de 2001 à 2010 environ.

Le 7 avril 2011, en réponse à une demande de prestations présentée par l'intéressé, la Nationale Suisse Vie SA (pour la Nationale Suisse Fondation collective LPP et la Nationale Suisse Fondation collective PLUS) lui a reproché, au regard de l'expertise du docteur D._____, d'avoir rempli de manière inexacte et incomplète les questionnaires de santé qui lui avaient été remis en août 2001 et septembre 2007. Elle l'a informé que les prestations relevant des contrats d'assurance "xxx" et "yyy" seraient limitées aux prestations légales (sous réserve de la libération des primes jusqu'à la fin définitive des rapports de travail).

A.d Dès le 1^{er} janvier 2012, les employés de la société B._____ ont été assurés pour la prévoyance professionnelle auprès de la Fondation collective LPP Swiss Life.

À partir du 1^{er} février 2012, A._____ a été mis au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité (décision du 19 septembre 2012); l'office compétent a admis que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail depuis décembre 2010, mais constaté que sa demande de prestations avait été présentée tardivement.

Par courrier du 19 novembre 2012, Swiss Life SA, pour la Fondation collective LPP Swiss Life, a confirmé à A._____ qu'elle avait repris son dossier d'incapacité de gain au 1^{er} janvier 2012 et comptait lui verser une rente d'invalidité et trois rentes pour enfant dès le

1^{er} décembre 2012. Elle a précisé que dans le cadre du contrat "yyy", la Nationale Suisse avait traité de sa sortie au 31 janvier 2011 et que la prestation de libre passage correspondante avait été transférée à la Fondation de libre passage de la Banque Migros. En ce qui concernait le contrat de base "xxx", le financement des cotisations à la prévoyance professionnelle obligatoire avait été entièrement pris en charge, sans interruption depuis le 1^{er} mars 2011; en raison de la réticence, une mise à jour de la police d'assurance au minimum LPP était par ailleurs en cours.

B.

Après avoir requis en vain des prestations plus étendues, en se référant à un rapport médical de la doctoresse E._____, médecin traitant (du 24 janvier 2013), A._____ a ouvert action contre la Fondation collective Swiss Life BASIS et la Fondation collective Swiss Life PLUS auprès de la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales. Il concluait en substance à ce que les fondations soient condamnées à lui verser les prestations résultant des plans de prévoyance "xxx" et "yyy", sans qu'elles pussent se prévaloir d'une réticence de sa part. La Fondation collective LPP Swiss Life a conclu au rejet de la demande.

La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice genevoise a entendu les docteurs E._____ et D._____ à titre de témoins (audience du 12 mars, respectivement du 26 mars 2014). Par jugement du 5 juin 2014, elle a rejeté la demande, après avoir rectifié au préalable la qualité de la partie défenderesse dans le sens que la Fondation collective Swiss Life BASIS et la Fondation collective Swiss Life PLUS deviennent Fondation collective LPP Swiss Life.

C.

Agissant par la voie du recours en matière de droit public, A._____ demande au Tribunal fédéral d'annuler le jugement cantonal. Il conclut, en substance, à ce que la Fondation collective LPP Swiss Life soit condamnée à lui verser les prestations d'invalidité prévues par le règlement de prévoyance "xxx" dès le 1^{er} décembre 2012 et celles prévues par le règlement de prévoyance "yyy" dès la même date. À titre subsidiaire, il conclut à l'annulation du jugement cantonal et au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour complément d'instruction.

Le Tribunal fédéral a renoncé à procéder à un échange d'écritures.

Considérant en droit :

1.

Le recours en matière de droit public (art. 82 ss LTF) peut être formé pour violation du droit selon l'art. 95 sv. LTF. Le Tribunal fédéral statue en principe sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF), sous réserve des cas prévus à l'art. 105 al. 2 LTF. Cette disposition lui donne la faculté de rectifier ou compléter d'office l'état de fait de l'arrêt attaqué dans la mesure où des lacunes ou erreurs dans celui-ci lui apparaîtraient d'emblée comme manifestes. Quant au recourant, il ne peut critiquer la constatation de faits importants pour le jugement de la cause que si ceux-ci ont été constatés en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF ou de manière manifestement inexacte (art. 97 al. 1 LTF).

Le Tribunal fédéral applique par ailleurs le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'est donc limité ni par les arguments soulevés dans le recours ni par la motivation retenue par l'autorité précédente; il peut admettre un recours pour un autre motif que ceux qui ont été invoqués et il peut rejeter un recours en adoptant une argumentation différente de celle de l'autorité précédente (cf. ATF 132 II 257 consid. 2.5 p. 262). Lorsqu'il s'agit, en particulier, de prestations de la prévoyance professionnelle, le Tribunal fédéral examine en principe librement les statuts et règlements d'institutions de prévoyance ou de fondations de libre passage de droit privé, en tant que contenu préformé du contrat de prévoyance (ATF 134 V 369 consid. 2 p. 371 et les arrêts cités).

2.

Il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente d'invalidité à titre de prestations minimales obligatoires selon la LPP (art. 6 LPP). Est seul litigieux le droit à des prestations d'invalidité découlant de la prévoyance professionnelle plus étendue (art. 49 LPP). Il s'agit, en particulier, d'examiner si la juridiction cantonale a nié ce droit à juste titre, en considérant que l'intimée était fondée à se départir du contrat de prévoyance relatif à la prévoyance surobligatoire en raison d'une réticence de l'assuré, soit que celui-ci n'avait pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation.

3.

3.1 Dans le domaine de la prévoyance plus étendue, la réticence et ses conséquences doivent être examinées en fonction des dispositions statutaires et réglementaires valables au moment où a été conclu le contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 2.1 in fine p. 12), sous réserve du cas particulier dans lequel le règlement ou les statuts en vigueur au moment de la déclaration de résiliation interdisent une telle résiliation (arrêts 9C_1003/2009 du 27 avril 2010 consid. 4 et B 69/00 et 70/00 du 17 décembre 2011 consid. 3c). Selon la jurisprudence (ATF 130 V 9), en l'absence de telles dispositions, 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 (RS 221.229.1).

3.2 Il n'est pas contesté que le recourant a été affilié pour la prévoyance plus étendue à partir du 1^{er} janvier 2001. Les règlements en vigueur à l'époque prévoient la possibilité d'instaurer une réserve médicale (respectivement "prononcer une exclusion") d'une durée maximale de cinq ans (art. 2.1.3 du Règlement de la Fondation collective LPP de Coop Vie, Bâle, concernant l'oeuvre de prévoyance pour la société B._____, "xxx"/3/23.01.02; art. 14 ch. 4 du Règlement d'assurance de la Fondation commune de Coop Assurance pour la prévoyance en faveur de la société B._____, édition janvier 2001, "yyy"/10/30.22.01). Ils ne comprennent en revanche aucune disposition relative à la situation dans laquelle la personne à assurer omet de déclarer ou déclare inexactement un fait important sur lequel elle a été interrogée (réticence). Par ailleurs, aucune des dispositions réglementaires en vigueur au moment où la Nationale Suisse Vie SA (pour la Nationale Suisse Fondation collective LPP et la Nationale Suisse Fondation collective PLUS) a invoqué une réticence du recourant, le 7 avril 2011, ne vise une interdiction de se départir du contrat de prévoyance dans cette éventualité.

Il convient par conséquent d'appliquer les règles des art. 4 ss. LCA à l'éventualité d'une réticence et aux conséquences de celle-ci.

4.

4.1 Aux termes de l'art. 4 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur, suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque tels qu'ils lui sont ou doivent lui être connus lors de la

conclusion du contrat (al. 1). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (al. 2). Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques (al. 3).

Les faits en question sont tous les éléments qui doivent être pris en considération lors de l'appréciation du risque et qui peuvent éclairer l'assureur sur l'étendue du risque à couvrir; il ne s'agit donc pas seulement des facteurs du risque, mais aussi des circonstances qui permettent de conclure à l'existence de facteurs de risque (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2 p. 513; 116 V 218 consid. 5a p. 116 et les références citées). Pour faciliter le processus décisionnel, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 337 s.; 134 III 511 consid. 3.3.4 p. 515).

Pour renverser cette présomption, aucune preuve particulière n'est requise et il suffit par exemple que le contraire ressortisse à l'évidence. 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 p. 340 et les arrêts cités). 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 126 III 10 consid. 2b p. 12; ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 337).

4.2 La juridiction cantonale a retenu, en se fondant sur l'expertise du docteur D._____, que le recourant avait commis une tentative de suicide en percutant un camion avec sa moto, ce qui ne pouvait être considéré comme un événement anodin. Elle a également constaté que le recourant avait souffert de troubles du psychisme, dès lors qu'il avait dû consulter un psychologue lors de son service militaire et pendant ses études universitaires. Si, sur le plan psychique, il pouvait éventuellement être admis que le recourant avait pu penser de bonne foi que ses troubles psychiques pendant le service militaire et ses études n'avaient pas d'importance pour la conclusion du contrat de prévoyance plus étendue, l'intéressé aurait dû se rendre compte que l'élément relatif à la tentative de suicide était important sous cet angle. La fondation de prévoyance avait en effet expressément posé une question relative à une tentative de suicide. Aussi, en répondant par la négative à celle-ci, le recourant avait-il commis une réticence. Les premiers juges en ont déduit que l'intimée avait été en droit de se départir du contrat de prévoyance surobligatoire.

4.3 Contrairement à ce que prétend tout d'abord le recourant, on ne saurait qualifier d'arbitraire l'appréciation des preuves des premiers juges qui ont suivi les données anamnestiques du docteur D._____ sur la tentative de suicide au détriment de ses dénégations à ce sujet. Interpellé sur les circonstances de l'examen d'expertise, le docteur D._____ a déclaré en instance cantonale qu'il reprenait les propos des expertisés sur la base de ses propres notes et de celles de son assistante médicale et n'inventait pas les événements rapportés; il ne pouvait pas s'imaginer avoir mal interprété les propos de A._____ (procès-verbal de l'audience du 26 mars 2014). Au regard de ces déclarations, et du rapport d'expertise du 15 mars 2011, la juridiction cantonale pouvait tenir pour avéré le fait que le recourant avait tenté par le passé de mettre fin à ces jours en raison d'une rupture sentimentale. Cet élément apparaissait d'autant plus vraisemblable que, comme l'a souligné la juridiction cantonale, il avait été rapporté à l'expert avec quelques détails sur ses conséquences (blessures au dos et au genou, quelques jours d'hospitalisation).

Les démentis apportés par le recourant ne suffisent pas à remettre en cause la crédibilité des constatations de l'expert. Le fait que le recourant se trouvait dans un état d'effondrement total lorsqu'il a été examiné par le docteur D._____ ou qu'il n'avait jamais évoqué spontanément de tentative de suicide avec son psychiatre traitant ne permet pas d'établir que l'expert aurait mal compris les propos du

recourant. À l'inverse, dès lors que le docteur D._____ devait se prononcer sur l'existence d'éventuels troubles psychiques et de ses effets sur la capacité de travail du recourant, il a sans aucun doute conduit son examen psychiatrique de manière adéquate, en posant à l'intéressé des questions relatives à son état émotionnel et psychique depuis l'enfance et l'adolescence et en recueillant consciencieusement les éléments relatés. Il n'apparaît pas surprenant que le recourant ait, dans ce contexte, livré davantage de détails sur son passé que lors des consultations chez la doctoresse E._____, lesquelles portaient, ainsi qu'elle l'a précisé, sur "d'autres sujets plus actuels, comme ses troubles du sommeil, ses problèmes familiaux et difficultés professionnelles" (procès-verbal de l'audience du 12 mars 2014). Dans ces circonstances, le recourant se prévaut en vain de sa réaction au courrier du 7 avril 2011 par lequel les institutions de prévoyance alors compétentes ont fait valoir une réticence, en exposant avoir d'emblée contesté toute tentative de suicide, ainsi que de sa bonne foi au moment de remplir la déclaration du 21 juin 2001. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la constatation de la juridiction cantonale, quant à la tentative de suicide commise par le recourant.

4.4 A._____ critique ensuite la formulation imprécise de la question litigieuse. Son argumentation, déjà exposée en instance cantonale, n'est cependant pas pertinente pour les raisons convaincantes mentionnées par la juridiction cantonale, aux considérations desquelles il suffit de renvoyer. En particulier, on ne saurait considérer que la question "Avez-vous fait une tentative de suicide?" qui figurait sur la déclaration de santé signée le 28 août 2001 par le recourant était imprécise. La question porte en effet sur une situation clairement circonscrite et est dénuée de toute équivoque. Le recourant soutient certes que l'acte relaté dans l'expertise du docteur D._____ ne correspondait pas à une tentative de suicide, parce qu'aucun tiers n'était intervenu pour empêcher l'événement et que le comportement en cause n'avait pas eu de conséquences autodestructrices significatives ("Il a pris sa moto et percuté un camion; il en est sorti indemne avec des blessures au dos et au genou, ne nécessitant que quelques jours d'hospitalisation", rapport du 15 mars 2011, p. 6). Une telle interprétation de la tentative de suicide ne correspond toutefois pas à la définition d'un tel événement, telle qu'elle est utilisée et comprise dans le langage courant, à savoir un acte intentionnel effectué par une personne dans le but de mettre fin à sa vie mais qui n'aboutit pas à la mort. La gravité de l'atteinte à l'intégrité corporelle auquel aboutit l'acte manqué ou l'intervention d'un tiers dans le déroulement des actes ne jouent pas de rôle.

4.5 Le recourant 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'il aurait renversé la présomption y relative (consid. 4.1 supra). On ne saurait en effet admettre que les institutions de prévoyance concernées auraient, dans l'hypothèse où le recourant avait déclaré la vérité, conclu le contrat de prévoyance sans autre examen. Le fait d'avoir cherché à mettre un terme à sa vie ne constitue pas une indisposition sporadique que l'intéressé aurait pu de bonne foi considérer comme sans importance. À tout le moins, les fondations concernées auraient-elles requis davantage de précisions sur l'événement en cause, au regard desquelles elles auraient pu évaluer le risque au moment de l'affiliation. Avec les premiers juges, on constate donc que le recourant a donné une réponse inexacte à une question portant sur un fait important, ce qui est constitutif d'une réticence.

4.6 Le recourant se prévaut encore des conditions prévues par les règlements des institutions de prévoyance auxquelles il avait initialement été affilié pour émettre une réserve médicale. Son argumentation tombe cependant à faux lorsqu'il soutient que celles-ci n'étaient pas habilitées à former une quelconque réserve près de neuf mois après son affiliation auprès d'elles. Ni la Fondation collective LPP de la Coop Vie SA, ni la Fondation commune de Coop Assurance n'ont émis de réserve à son égard, de sorte qu'il n'est pas déterminant de savoir dans quel laps de temps une réserve aurait pu être prononcée.

Quant à la prétendue violation par les institutions de prévoyance en cause de "la procédure réglementaire" qui prévoyait un examen de santé et non pas une succession de questionnaires de santé adressés à l'intéressé, elle n'est pas davantage fondée. Il ressort des prescriptions réglementaires invoquées qu'une réserve ne pouvait être instaurée que 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. En l'espèce, les institutions de prévoyance ont précisément estimé nécessaire, au vu des indications du recourant dans la "Proposition" relative à l'affiliation n°"yyy" (traitement de l'hypertension et douleurs au dos), de le soumettre à un examen médical auprès de son médecin traitant. Aussi, le "rapport de l'examen médical", signé le 28 août 2001 par le recourant, a-t-il été contresigné par le médecin traitant (le 12 septembre 2001), qui attestait ainsi avoir examiné et interrogé la personne à assurer et avoir répondu en toute bonne foi aux questions posées. Compte tenu de l'appréciation du docteur C._____, selon

lequel le recourant était en bonne santé, les institutions de prévoyance n'ont pas fait procéder à des investigations médicales complémentaires, ni instauré de réserve. Quoi qu'en dise le recourant, une telle manière de procéder apparaît parfaitement conforme aux dispositions réglementaires invoquées, qui n'interdisent nullement aux institutions de prévoyance de "soumettre l'assuré à un second questionnaire plus détaillé". Le fait, enfin, que les questionnaires ont été soumis, respectivement l'examen médical effectué, postérieurement au début des rapports de prévoyance, le 1^{er} janvier 2001, n'est pas déterminant. Même si l'on ignore en l'espèce les raisons pour lesquelles le recourant a signé la "Proposition" relative à l'affiliation n° "yyy" près de six mois après le début des rapports de prévoyance, on ne saurait considérer d'emblée que les institutions de prévoyance compétentes n'étaient plus en droit de lui demander à ce moment-là des renseignements sur son état de santé. Dans la mesure où il appartient aux employeurs d'annoncer tous les salariés soumis à la prévoyance professionnelle, un décalage temporel entre le début effectif des rapports de prévoyance et le moment où les institutions de prévoyance requièrent les renseignements relatifs à l'état de santé des personnes assurées n'est pas rare en pratique.

4.7 Il résulte de ce qui précède que les motifs invoqués par le recourant pour contester que les conditions d'une réticence de sa part étaient réalisées sont mal fondés.

On ajoutera que les mêmes considérations valent également pour la déclaration de santé signée le 21 novembre 2007 par le recourant, avec le concours du docteur C._____, à l'occasion de l'augmentation de salaire de l'intéressé à partir du 1^{er} janvier 2007; les dispositions réglementaires sont apparemment restées les mêmes après la reprise de Coop Vie SA par la Nationale Suisse Compagnie d'assurances sur la vie et les institutions de prévoyance correspondantes.

5.

5.1 En ce qui concerne les conséquences de la réticence en tant que telles, le recourant soutient que les fondations de prévoyance ne pouvaient protéger leurs intérêts que durant les cinq premières années de l'affiliation, dès lors que la réserve qu'elles auraient pu émettre n'était valable que pendant cette période. Selon lui, elles ne pouvaient donc limiter ou se départir de leur obligation de prêter en invoquant une réticence, alors que le cas d'assurance est survenu dix

ans après son affiliation, soit bien après la durée de cinq ans de validité d'une réserve. En d'autres termes, la durée maximale de l'éventuelle réserve qui aurait pu être émise s'appliquerait également en relation avec la faculté de faire valoir une réticence.

5.2 Dans son arrêt de principe sur la faculté, pour les institutions de prévoyance, de se départir à certaines conditions (consid. 3.1 supra) du contrat de prévoyance relatif à la prévoyance plus étendue en cas de réticence (ATF 130 V 9), le Tribunal fédéral s'est prononcé sur une situation semblable au cas d'espèce, sous l'angle temporel. Il s'agissait d'une assurée qui avait manqué de déclarer souffrir d'une maladie lors de son affiliation à une institution de prévoyance en avril 1990. Après avoir appris que l'intéressée avait dû être hospitalisée en mai 1995, puis avait présenté une incapacité de travail durable en raison de cette maladie, l'institution de prévoyance l'a informée, le 1^{er} mai 1996, qu'elle adaptait le contrat de prévoyance dans la mesure où seules les prestations de la prévoyance obligatoire allaient lui être versées.

Le Tribunal fédéral a retenu que dans le domaine de la prévoyance professionnelle plus étendue, une réserve avec effet rétroactif n'est pas valable, même dans le cas où la personne assurée n'a pas répondu de manière conforme à la vérité aux questions relatives à son état de santé (questionnaire de santé) au moment de son affiliation – ce qui amène l'institution de prévoyance à ne pas formuler de réserve pour raisons de santé – et que l'institution de prévoyance découvre après coup la réticence de son assuré. Le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 331c CO, et donc la possibilité d'émettre une réserve pour raisons de santé (d'une durée maximale de cinq ans), ne vaut que pour les réserves que l'institution de prévoyance a émises lors de l'entrée de l'assuré dans l'institution de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 4.4 p. 24 s.; cf. aussi, HERMANN WALSER, LPP et LFLP, 2010, ad art. 14 LFLP, n° 10 p. 1541). Il a considéré que lorsque l'assuré viole son devoir de renseigner et que l'institution de prévoyance l'apprend après coup, elle ne peut corriger la situation qu'en se départissant du contrat de prévoyance (ATF 130 V 9 consid. 5.1 p. 15). En conséquence, il est arrivé à la conclusion que l'institution de prévoyance était fondée, dans le cas qui lui était soumis, à se départir du contrat et, partant, à ne pas verser les prestations allant au-delà des prestations minimales de la prévoyance obligatoire; demeurait réservée la question du respect du délai de péremption de quatre semaines après

la connaissance de la réticence au sens de l'art. 6 LCA, question qui devait encore être examinée par l'autorité judiciaire de première instance à laquelle la cause a été renvoyée à cette fin (ATF 130 V 9 consid. 6 p. 17).

Avec cet arrêt, le Tribunal fédéral a admis que la réticence peut avoir des conséquences plus lourdes pour la personne assurée que l'instauration d'une réserve de cinq ans au moment de son affiliation. Concrètement, si la personne assurée avait déclaré sa maladie en avril 1990, la réserve qui aurait été émise serait arrivée à échéance à la fin du mois de mars 1995. L'assurée aurait alors bénéficié de la couverture d'assurance pour la prévoyance plus étendue pour l'incapacité de travail survenue à partir du 14 mai 1995 et l'invalidité qui s'en est suivie. La résiliation du contrat de prévoyance en 1998, fondée sur la réticence, avait en revanche pour conséquence que l'assurée n'avait pas droit aux prestations subrogatoires (cf. HANS-ULRICH STAUFFER, PJA 7/2004, p. 882 s.).

5.3 En application des principes exposés, le recourant doit se voir opposer une réticence et les conséquences plus sévères qui en découlent pour lui, en comparaison avec la situation qui aurait été la sienne s'il n'avait pas déclaré inexactly un fait important qu'il devait connaître.

En particulier, les art. 4 et 6 LCA (dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005, ici déterminante) ne prévoient pas de limite temporelle au-delà de laquelle l'assureur ne pourrait plus faire valoir une réticence pour se départir du contrat (en dehors du délai, non pertinent dans ce contexte, dans lequel l'assureur doit agir après la connaissance de la réticence). Le Tribunal fédéral a admis l'application analogique de ces dispositions à la réticence dans le domaine de la prévoyance plus étendue, en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires idoines, sans en limiter la portée au regard de l'art. 331c CO. Le recourant invoque dès lors en vain que l'art. 6 LCA ne saurait être transposé dans le contexte de la prévoyance plus étendue sans poser une limite temporelle à l'invocation de la réticence. Son argumentation se heurte aux principes retenus dans l'ATF 130 V 9, sans qu'il mette en évidence des motifs convaincants pour justifier un changement de jurisprudence (sur les conditions d'une telle modification, ATF 138 III 359 consid. 6.1 p. 361 et les arrêts cités).

Au demeurant, son argumentation ne vaudrait pas pour les prestations supplémentaires correspondant à l'augmentation de son salaire à partir du 1^{er} janvier 2007, à l'occasion de laquelle l'institution de prévoyance en cause était habilitée à procéder à un nouvel examen de santé (cf. art. 2.1.3 dernière phrase du règlement de la Nationale Suisse Fondation collective LPP). Celle-ci a fait valoir la réticence moins de cinq ans après l'"augmentation des prestations de prévoyance".

5.4 Enfin, le recourant invoque en vain l'art. 8 ch. 1 LCA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2005), selon lequel malgré la réticence (art. 6), l'assureur ne pourra pas se départir du contrat si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre. Cette disposition ne s'applique pas lorsque les effets du fait important subsistent au moment de la survenance du sinistre (URs CH. NEF, in Basler Kommentar, Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag, 2001, n° 7 ad art. 8). Au regard des troubles psychiques qui ont entraîné l'incapacité de travail du recourant à partir de décembre 2010, on ne saurait admettre d'emblée que l'état de santé psychique qui l'avait conduit par le passé à chercher à mettre fin à sa vie n'avait aucun lien ou répercussion avec la problématique psychique qui a conduit à la survenance du cas d'assurance. En tout état de cause, le recourant ne fait valoir aucun motif ou fait qui conduiraient à admettre le contraire.

6.

En conclusion, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté.

7.

Compte tenu de l'issue du litige, les frais judiciaires afférents à la procédure sont mis à la charge du recourant (art. 66 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 800 fr., sont mis à la charge du recourant.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour de justice de la République et canton de Genève, Chambre des assurances sociales, et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 23 octobre 2014

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

Le Président :

La Greffière :

Kernen

Moser-Szeless