



---

9C\_380/2018

## **Arrêt du 14 novembre 2018**

### **Ile Cour de droit social**

---

Composition

Mmes les Juges fédérales Pfiffner, Présidente,  
Glanzmann et Moser-Szeless.  
Greffier : M. Cretton.

---

Participants à la procédure

**A.** \_\_\_\_\_,  
représentée par M<sup>e</sup> Matthieu Sartoretti, avocat,  
recourante,

**contre**

**Helvetia Compagnie d'Assurances sur la Vie SA,**  
St. Alban-Anlage 26, 4052 Bâle,  
intimée.

---

Objet

Prévoyance professionnelle (déclaration de santé;  
violation de l'obligation d'annoncer),

recours contre le jugement du Tribunal cantonal du  
Valais, Cour des assurances sociales, du 11 avril 2018  
(S2 16 133).

## **Faits :**

### **A.**

A.\_\_\_\_\_, née en 1967, a travaillé et travaille encore en tant que thérapeute indépendante. Elle a complété et signé des propositions d'assurance de prévoyance liée et libre avec Patria Société suisse d'assurances sur la vie (ci-après: Patria) puis Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances sur la Vie SA (successeur en droit de Patria; ci-après: l'Helvetia ou l'assureur) les 2 février 1995, 14 septembre 1995, 26 mai 2009 et 26 octobre 2011. Patria et l'Helvetia ont établi les polices d'assurance correspondantes n° xxx (pilier 3a) les 31 mars et 28 septembre 1995, n° yyy (pilier 3b) les 3 juin 2009 et 1<sup>er</sup> novembre 2011 ainsi que n° zzz (pilier 3a) le 4 novembre 2011.

L'assurée a rempli une annonce d'incapacité de travail le 20 janvier 2014. Elle indiquait souffrir d'une capsulite rétractile bilatérale sévère médicalement traitée dès le 11 juillet 2012. Elle a aussi produit un avis du docteur B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie (rapport du 15 janvier 2013, destiné à l'assureur perte de gain). L'Helvetia a encore obtenu des renseignements complémentaires des médecins traitants (rapports des docteurs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, des 28 janvier et 17 mars 2014, D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, des 17 avril et 9 septembre 2014 ainsi que E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du 28 février 2014) et une liste récapitulative des prestations remboursées par l'assureur-maladie depuis 2003. Sur la base des éléments recueillis, l'assureur a résilié la police n° zzz le 20 février 2014, la police n° yyy le 10 mars 2014 et la police n° xxx le 15 mai 2014, à chaque fois pour cause de réticence.

### **B.**

L'intéressée a actionné l'Helvetia devant le Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales, le 11 novembre 2016. Elle concluait principalement à l'annulation des résiliations des polices de prévoyance liée (n<sup>os</sup> xxx et zzz), à la condamnation de l'assureur à lui verser la rente prévue par la police n° xxx (avec intérêts à 5 % dès chaque échéance trimestrielle) et à la libération du paiement des primes à compter du 11 octobre 2012. Elle concluait subsidiairement à la condamnation de l'Helvetia au remboursement des primes versées ou, plus subsidiairement encore, au versement de la valeur de rachat des assurances en question.

Le tribunal cantonal a rejeté l'action (jugement du 11 avril 2018).

**C.**

A.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours en matière de droit public à l'encontre de ce jugement, dont elle requiert la réforme ou l'annulation. Elle reprend en substance les mêmes conclusions principales qu'en première instance et conclut, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause aux premiers juges pour nouvelle décision au sens des considérants.

L'assureur conclut au rejet du recours. L'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer. A.\_\_\_\_\_ a encore déposé une détermination sur la réponse de l'Helvetia.

**Considérant en droit :**

**1.**

**1.1** Le litige porte sur des prestations fondées sur des contrats 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 I<sup>le</sup> 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 (au sens des art. 82 ss LTF) peut être formé pour violation du droit (circonscrit par les art. 95 et 96 LTF). Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il n'est limité ni par l'argumentation de la partie recourante ni par la motivation de l'autorité précédente. Il statue sur la base des faits établis par celle-ci (art. 105 al. 1 LTF) mais peut les rectifier et les compléter d'office si des lacunes et des erreurs manifestes apparaissent d'emblée (art. 105 al. 2 LTF). En principe, il n'examine que les griefs motivés (art. 42 al. 2 LTF), surtout s'ils portent sur la violation des droits fondamentaux (art. 106 al. 2 LTF). Il ne peut pas aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Le recourant peut critiquer la constatation des faits qui ont une incidence sur le sort du litige seulement s'ils ont été établis en violation du droit ou de manière manifestement inexacte (art. 97 al. 1 LTF).

**2.**

**2.1** Compte tenu des motifs et des conclusions du recours, le litige porte sur la résolution des contrats de prévoyance professionnelle liée

conclus entre la recourante et l'assureur intimé. Il s'agit singulièrement de déterminer si la juridiction cantonale pouvait légitimement considérer que l'assurée avait commis des réticences au sens de l'art. 6 de la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (RS 221.229.1; LCA) et que l'Helvetia était par conséquent en droit de se départir des contrats n<sup>os</sup> xxx et zzz.

**2.2** Le jugement attaqué expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels indispensables à la solution du litige, en particulier ceux relatifs notamment aux réticences et à leurs conséquences (art. 6 LCA, dans sa teneur en vigueur avant et après le 1<sup>er</sup> janvier 2006), à la précision qu'un assuré doit apporter à ses réponses à un questionnaire de santé (ATF 136 III 334 consid. 2 p. 335 ss) ainsi qu'à l'attention dont doit faire preuve un assureur lorsqu'il examine les réponses à un tel questionnaire (art. 8 ch. 3 et 4 LCA). Il suffit donc d'y renvoyer.

### **3.**

**3.1** Concernant d'abord la police d'assurance n° xxx, le tribunal cantonal a constaté que, lors de la conclusion du contrat le 2 février 1995 et de sa modification le 14 septembre 1995 (augmentation de la valeur d'assurance), la recourante avait commis une réticence en ne répondant pas correctement à certaines questions du questionnaire de santé qui lui avait été soumis. Il a plus particulièrement retenu que, dans la mesure où elle avait souffert durant environ douze ans de gonalgies avant de consulter le docteur D.\_\_\_\_\_, l'assurée aurait dû mentionner la chondropathie rotulienne diagnostiquée par ce praticien, d'autant plus que cette pathologie avait conduit à une opération ayant nécessité un arrêt de travail de trois mois, même si la problématique des genoux ne semblait plus s'être manifestée par la suite. Il a en revanche admis que les autres atteintes à la santé évoquées par le médecin traitant (accident de ski, angines, verrue) étaient mineures et n'avaient pas à être annoncées. Il en a conclu que, vu le droit applicable (art. 6 aLCA), même si les faits dissimulés n'avaient joué aucun rôle dans la survenance du sinistre, l'assureur intimé était en droit de se départir du contrat.

**3.2** La recourante reproche aux premiers juges d'avoir négligé le fait, pourtant dûment constaté, qu'elle avait expressément mentionné une arthroscopie du genou gauche dans ses déclarations du 2 février 1995 et d'avoir violé son droit d'être entendue en n'expliquant pas pourquoi ils n'en avaient pas tenu compte dans leurs considérants en droit. Elle

leur fait également grief d'avoir violé le droit fédéral en entérinant la résolution du contrat: l'assureur intimé ne pouvait pas ignorer l'opération évoquée ni, du reste, les symptômes qui l'avaient précédée et l'incapacité temporaire de travail qui en avait résulté sans contrevenir à son devoir d'examiner avec diligence et esprit critique les réponses de l'assurée aux questionnaires de santé, même si elle n'avait pas mentionné ladite opération dans ses déclarations du 14 septembre 1995. Elle considère par conséquent que l'absence de mention de l'arthroscopie subie en 1990 dans le formulaire du 14 septembre 1995 ne constituait pas un cas de réticence.

**3.3** L'argumentation développée par l'assurée est en l'occurrence bien fondée. Conformément à ce qu'elle soutient, il ressort effectivement du jugement entrepris qu'elle avait expressément mentionné dans ses déclarations du 2 février 1995 avoir subi une arthroscopie du genou gauche en 1990. La juridiction cantonale n'a pas tenu compte de cet élément dans son appréciation et a inféré une réticence du formulaire rempli par la recourante le 14 septembre 1995. Ce dernier ne contenait plus d'indications relatives à une arthroscopie ou à un problème au genou.

En l'espèce, la recourante semble certes ne pas avoir répondu conformément à la vérité dans ses déclarations du 14 septembre 1995 (à propos des déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat cf. ATF 136 III 334 consid. 2.3 p. 336 s.), dès lors qu'elle n'y a pas fait état de la symptomatologie douloureuse ayant abouti à l'arthroscopie du genou et à l'incapacité temporaire de travail qui l'avait suivie. Cependant, elle a mentionné l'intervention chirurgicale dans le formulaire complété le 2 février 1995. Ces deux déclarations successives sont intervenues dans le cadre du même contrat, la première lors de sa conclusion et la seconde lors de sa modification quelques mois plus tard. Les polices correspondantes portent du reste le même numéro (n° xxx), font remonter les effets du contrat à la même date (le 4 février 1995, deux jours après que l'assurée a signé la première proposition d'assurance) et sont établies pour Patria par le même chef de service.

Pour admettre une réticence au sens de l'art. 6 aLCA, encore faut-il que la violation de l'obligation de déclarer porte sur un fait important ou, autrement dit, un fait de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (cf. art. 4 al. 1 et 2 LCA). Il convient dès lors de déterminer la volonté de l'assureur quant à la conclusion du contrat, dans l'hypo-

thèse où la vérité lui aurait été dite, en tenant compte des circonstances particulières et en se livrant à une appréciation objective fondée sur le principe de la bonne foi (cf. ATF 136 III 334 consid. 2.4 p. 337 ss). Or au regard des circonstances évoquées, il apparaît que l'importance du fait que la recourante n'a pas rappelé dans ses déclarations du 14 septembre 1995 avoir été opérée du genou gauche en 1990 doit être relativisée. En effet, celle-ci avait dûment annoncé l'arthroscopie de 1990 dans le formulaire signé le 2 février 1995, conformément à l'énoncé de la question 13a du questionnaire de santé, même si elle n'y avait mentionné ni le diagnostic qui l'avait justifiée ni l'incapacité de travail de plus d'un jour qui en avait résulté par la suite, sans que l'assureur intimé n'émette une quelconque réserve ni ne juge utile de demander des renseignements complémentaires. Une arthroscopie est une intervention chirurgicale qui, qu'elle soit réalisée à des fins diagnostiques ou de traitement, implique nécessairement une affection préexistante pouvant, selon les circonstances, influencer plus ou moins longtemps la capacité de travail. L'assurée pouvait dès lors de bonne foi déduire de l'absence de réaction de l'Helvetia que la mention de l'arthroscopie ne revêtait pas un caractère déterminant pour l'appréciation du risque et ne plus l'évoquer dans ses secondes déclarations. On précisera tout de même à cet égard que la chondropathie rotulienne de stade I diagnostiquée à l'époque est une pathologie qui, par définition, affecte le cartilage des genoux et ne saurait par conséquent être assimilée à une quelconque maladie (y compris rhumatismale) touchant spécifiquement le dos ou la colonne vertébrale et apparemment visée par la question 12f du questionnaire de santé. De plus, son stade de développement (I) malgré une évolution de plusieurs années ainsi que la disparition totale de la symptomatologie postérieurement à l'opération démontrent son caractère de peu de gravité et légitiment l'absence de réponse à la question 12k concernant l'existence d'autres maladies, troubles ou blessures non encore cités. Enfin, les précisions fournies quant à la durée (un jour) et aux suites (sans) de l'intervention chirurgicale peuvent être considérées comme conformes à la vérité étant donné l'imprécision de la question. L'incapacité de travail de trois mois consécutive pouvait ne pas être mentionnée dans le mesure où elle ne visait que l'activité de monitrice de ski exercée alors accessoirement par la recourante.

On ajoutera par ailleurs que l'obligation de la recourante de déclarer les faits importants est atténuée par l'obligation de l'assureur intimé d'examiner de manière attentive et critique les réponses qu'il reçoit. Ainsi, celui-ci ne peut résilier le contrat s'il connaît ou doit connaître le

fait qui n'a pas été déclaré (art. 8 ch. 3 LCA). On ne saurait toutefois inverser les rôles et exiger de l'assureur qu'il procède lui-même à des investigations pour répondre aux questions qu'il a posées. Celui-ci doit en revanche rechercher des informations s'il est nécessaire d'écarter des incertitudes ou d'éclaircir des contradictions qui résulteraient des réponses apportées dans la proposition (cf. arrêt 4A\_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.4.1 et les références). Or dans la mesure où les deux propositions des 2 février et 14 septembre 1995 ont été signées par l'assurée dans le cadre du même contrat et correspondent à des polices établies par la même personne, comme déjà indiqué, les premiers juges ne pouvaient pas déduire du seul second formulaire que l'Helvetia ignorait l'arthroscopie de 1990 et l'affection du genou. Il appartenait effectivement à l'assureur intimé de solliciter des précisions quant à la contradiction manifeste au regard des circonstances existant entre les deux formulaires s'il entendait pouvoir se fonder plus tard sur la réticence en cas de sinistre en toute bonne foi (cf. arrêt 4A\_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.4.1 in fine). Les considérations du médecin-conseil de l'Helvetia produites en instance cantonale, auxquelles se réfère l'assureur intimé, ne changent rien à ce qui précède dès lors qu'elles correspondent précisément aux éclaircissements qui auraient dû être requis à l'époque de la conclusion du contrat en vertu du devoir d'examiner les réponses reçues.

Compte tenu de ce qui précède, la juridiction cantonale a conclu à tort que la recourante avait commis une réticence lors de la conclusion du contrat n° xxx et que l'assureur intimé pouvait s'en départir.

#### 4.

**4.1** Concernant ensuite la police d'assurance n° zzz, le tribunal cantonal a considéré que l'assurée avait commis une réticence lors de la conclusion du contrat le 26 octobre 2011 dans la mesure où, bien qu'elle n'ait alors déclaré aucun trouble ostéo-articulaire ni musculaire, il était très vraisemblable qu'elle souffrît déjà d'une capsulite rétractile bilatérale sévère. Il est parvenu à ce résultat en se fondant notamment sur la liste des prestations remboursées par l'assureur-maladie, ainsi que sur les informations fournies par le docteur C.\_\_\_\_\_, dont il a déduit que la recourante avait consulté de nombreux praticiens au cours des années ayant précédé la conclusion de l'assurance et suivi de nombreux traitements pour des montants annuels totaux allant de 2'500 à 10'000 fr. environ et qu'elle avait commencé un suivi pour ses scapulalgies auprès du docteur F.\_\_\_\_\_ au moins à compter du 29 octobre 2011. Il a également constaté que l'assurée avait déclaré

ne souffrir d'aucune pathologie psychique alors que la liste de l'assureur-maladie laissait apparaître un suivi psychiatrique régulier (plusieurs séances par an) depuis 2003. Il a par conséquent confirmé que l'assureur intimé était en droit de se départir du contrat.

**4.2** La recourante reproche d'abord aux premiers juges d'avoir déduit du remboursement par l'assureur-maladie de plusieurs consultations ostéopathiques l'existence antérieure à la signature du contrat d'une pathologie affectant ses épaules, sans même l'inviter à s'exprimer à ce propos. Elle produit deux attestations établies par les ostéopathes G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ niant l'avoir traitée pour des troubles scapulaires. Elle soutient également que la déduction de la juridiction cantonale était d'autant plus arbitraire que, comme l'avait du reste relevé cette dernière, la doctoresse E.\_\_\_\_\_, médecin traitant depuis 1996, n'avait évoqué aucun problème en lien avec les épaules. Elle souligne encore que les prétendus troubles psychiques retenus par le tribunal cantonal ne sont pas pertinents en l'espèce dans la mesure où ils n'ont aucune relation avec le sinistre survenu. Elle estime enfin qu'on ne peut lui reprocher d'avoir omis d'annoncer le 26 octobre 2011 un suivi par le docteur F.\_\_\_\_\_ débuté le 28 octobre suivant dès lors que le dossier médical démontre que la gravité des troubles scapulaires ne s'est manifestée qu'à partir du printemps 2012.

### **4.3**

**4.3.1** L'argumentation de l'assurée est fondée. On relèvera au préalable que, comme elle le soutient, l'existence – ou non – d'un quelconque trouble psychique n'est pas pertinente en l'espèce dès lors que, conformément à ce que les premiers juges ont constaté, l'art. 6 al. 3 LCA, dans sa teneur en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006, exige que l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence ait influé sur la survenance du sinistre ou l'étendue de celui-ci (voir aussi ATF 138 III 416 consid. 6 p. 420 ss; 136 III 334 consid. 2.2 p. 335 s.). Les considérations de la juridiction cantonale à propos du nombre des consultations dispensées par la doctoresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et l'absence de déclaration à cet égard ne sont donc pas pertinentes dans la mesure où le sinistre est strictement lié à la survenance de problèmes scapulaires.

**4.3.2** On ajoutera que l'appréciation des faits par le tribunal cantonal repose sur le principe de la vraisemblance prépondérante (sur ce principe, cf. ATF 139 V 179 consid. 5.3 p. 186; 138 V 218 consid. 6

p. 221), dès lors que cette autorité a déduit une réticence de différents indices, tels que la liste des remboursements effectués par l'assureur-maladie ou les propos de divers médecins. Or les critiques émises par l'assurée relativisent ces indices ou, autrement dit, la vraisemblance des faits sur lesquels se fondent le jugement cantonal. Ainsi, la recourante a d'abord produit ceans des attestations émanant des deux ostéopathes supposés l'avoir traitée pour des problèmes aux épaules afin de démontrer que tel n'était pas du tout le cas puisqu'elle n'avait pas eu l'occasion de s'exprimer en première instance sur le lien imprévisible établi entre le remboursement de factures d'ostéopathes et le traitement d'une capsulite rétractile. Il n'est toutefois pas nécessaire d'examiner si ces pièces sont des nouveaux moyens de preuves admissibles devant le Tribunal fédéral (au sens de l'art. 99 al. 1 LTF) ou si la Cour cantonale a violé le droit d'être entendue de la recourante. En effet, conformément à ce que soutient cette dernière, le raisonnement de l'autorité judiciaire est arbitraire (sur cette notion, cf. notamment ATF 140 III 264 consid. 2.3 p. 266 et les références; voir aussi arrêt 8C\_732/2016 du 26 septembre 2017 consid. 3.1). Il n'est effectivement pas possible de déduire de la liste des remboursements effectués par l'assureur-maladie, qui ne mentionne que le nom du fournisseur de prestations, sa qualité ainsi que le montant et la date du remboursement, les raisons pour lesquelles le thérapeute est intervenu. Il est dès lors manifestement insoutenable d'inférer l'existence d'une capsulite rétractile du seul remboursement de factures d'ostéopathes. Le raisonnement de la juridiction cantonale se trouve par conséquent déjà fortement affaibli.

Il tombe totalement à faux dans la mesure où il ne trouve aucune confirmation dans le rapport de la doctoresse E.\_\_\_\_\_ qui n'avait évoqué aucun trouble scapulaire depuis le début de son suivi en 1996 ni dans les rapports du docteur C.\_\_\_\_\_ qui avait expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il faisait remonter la survenance des problèmes d'épaules au mois de mai 2012, même s'il l'avait dans un premier temps fixée dans le courant de l'année 2010. On relèvera finalement que l'évocation d'un suivi par le docteur F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dès le 28 octobre 2011, soit deux jours après la signature de la proposition d'assurance, peut certes laisser supposer la préexistence de scapulalgies. On ne saurait néanmoins déduire une réticence de l'omission de mentionner un éventuel futur suivi médical dès lors qu'à l'époque, il s'agissait d'une première consultation et que, selon les rapports médicaux analysés par le tribunal cantonal, le caractère pathologique, ou important au sens de l'art. 6 al. 1 LCA, des douleurs

scapulaires n'est apparu que bien après.

Dans ces circonstances, les premiers juges ont conclu à tort que l'assurée avait commis une réticence lors de la conclusion du contrat n° zzz et que l'assureur intimé pouvait s'en départir.

**5.**

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'admettre le recours et d'annuler l'acte attaqué. Comme indiqué, la juridiction cantonale ne pouvait effectivement pas conclure que la recourante avait commis des réticences lors de la signature des deux contrats d'assurances nos xxx et zzz et, par conséquent, confirmer le droit de l'Helvetia de les résilier. Au regard de l'issue qu'elle a donné au litige, elle n'a toutefois pas constaté les faits pertinents quant aux conditions d'application desdits contrats, à savoir l'existence d'une incapacité de gain, la date de son éventuelle survenance et sa durée, la date de la naissance d'un éventuel droit aux prestations ou le type et le montant d'éventuelles prestations. Il convient dès lors de renvoyer la cause au tribunal cantonal pour qu'il constate et examine ces éléments puis rende un nouveau jugement.

**6.**

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires et les dépens doivent être mis à la charge de l'assureur intimé (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 LTF).

**Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :**

**1.**

Le recours est admis. Le jugement du Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales, du 11 avril 2018 est annulé. La cause est renvoyée à la juridiction cantonale pour nouveau jugement dans le sens des considérants.

**2.**

Les frais judiciaires arrêtés à 3'500 fr. sont mis à la charge de l'intimée.

**3.**

L'intimée versera à la recourante 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 14 novembre 2018

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

La Présidente :

Le Greffier :

Pfiffner

Cretton