

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 17 août 2012

---

Présidence de       Mme     DESSAUX  
Juges     :     M.     Jomini et M. Bonard, assesseur  
Greffier     :     Mme     Matile

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à Ecublens, demandeur, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

**FONDATION COLLECTIVE LPP P.**\_\_\_\_\_, à Zurich, défenderesse n° 1,  
**FONDATION COMPLÉMENTAIRE S.**\_\_\_\_\_, à Zurich, défenderesse n° 2,

---

**Art. 4 LCA, 6 al. 1 et 2 LCA**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_, né le 22 juillet 1965, a été employé de la société E.\_\_\_\_\_ SA, à Yverdon-les-Bains. Le 17 décembre 2004, il a été désigné comme directeur général de cette société. La raison sociale de l'entreprise était A.\_\_\_\_\_ SA jusqu'en 2002.

K.\_\_\_\_\_ a été assuré par son employeur pour la prévoyance professionnelle, au sens des dispositions de la LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité; RS 831.40), au moyen de deux contrats :

- le contrat E4359 conclu avec la J.\_\_\_\_\_ [ci-après : la Fondation collective LPP], qui vise pour l'essentiel à l'octroi des prestations minimales selon la LPP ("plan de base LPP ") ;

- le contrat E5275 conclu à l'origine avec la [...] [la Fondation commune], fondation dont les actifs et passifs ont été repris par suite de fusion, le 17 décembre 2008, par la Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_ [ci-après : Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_], qui vise à l'octroi de prestations plus étendues que le minimum LPP.

Les deux fondations précitées - la Fondation collective LPP et la Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_ - sont gérées par la D.\_\_\_\_\_, à Zurich.

**B.** Des certificats de prévoyance au 1<sup>er</sup> octobre 2005, établis le 20 septembre 2005 par D.\_\_\_\_\_ pour K.\_\_\_\_\_, donnent en particulier les indications suivantes :

- contrat E4359 :  
o salaire annuel : 300'188 fr.  
o salaire considéré, partie risque : 54'825 fr.  
o prestations annuelles en cas d'invalidité (degré d'invalidité 100 %)  
- rente d'invalidité, délai d'attente de 24 mois : 34'830 fr.  
- rente pour enfant d'invalidité : 6'966 fr.  
- exonération des cotisations, délai d'attente de 3 mois :  
assurée

- contrat E5275 :
    - o salaire annuel : 300'188 fr.
    - o salaire considéré, partie risque : 222'718 fr.
    - o prestations annuelles en cas d'invalidité (degré d'invalidité 100 %)
      - rente d'invalidité, délai d'attente de 24 mois : 133'631 fr.
      - exonération des cotisations, délai d'attente de 3 mois :
- assurée

Le contrat E4359 prévoyant une rente pour enfant d'invalidé, il y a lieu de préciser que K.\_\_\_\_\_ a trois enfants : [...], [...] et [...].

**C.** E.\_\_\_\_\_ SA a ensuite informé D.\_\_\_\_\_ que le nouveau salaire annuel de K.\_\_\_\_\_ serait, en 2006, de 520'000 fr. (envoi de la formule "notification des changements" pour les contrats E4359 et E5275).

Le 22 février 2006, D.\_\_\_\_\_ a écrit à K.\_\_\_\_\_ la lettre suivante, concernant les deux contrats précités :

"Votre employeur nous a informé que votre salaire assuré avait été augmenté. Le montant des prestations à assurer demande des informations complémentaires qui, selon les dispositions stipulées dans les conditions générales d'assurance, sont recherchées dans le cadre d'un examen du risque.

Nous vous prions donc de remplir le formulaire "Examen de l'état de santé en cas d'amélioration des prestations" ci-joint et de nous le renvoyer dans les 20 jours. [...] Une fois l'examen du risque terminé, nous vous indiquerons par écrit si l'augmentation des prestations entre en vigueur aux conditions normales ou avec des restrictions (c'est-à-dire avec une réserve pour raison de santé). [...]"

Selon le formulaire de D.\_\_\_\_\_ "Examen de l'état de santé en cas d'amélioration des prestations", la personne à assurer doit répondre elle-même notamment aux questions suivantes :

- Avez-vous eu des problèmes de santé au cours des 5 dernières années ou en avez-vous actuellement ?
- Êtes-vous en ce moment en traitement ou sous surveillance médical(e), et/ou psychothérapeutique et/ou en traitement auprès d'un chiropracteur ?
- Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

Le formulaire prévoit des questions complémentaires si l'intéressé a répondu "oui" à au moins une des trois questions précédentes. Ces questions complémentaires se rapportent en particulier à des opérations déjà subies, à d'éventuelles incapacités de travail supérieures à 3 semaines, aux habitudes en matière de fumée, aux dépendances, au poids, à la taille.

K.\_\_\_\_\_ a rempli ce formulaire ou cette déclaration le 23 février 2006. Il a répondu "non" aux trois premières questions. Il n'a donc pas répondu aux autres questions. Il a par ailleurs indiqué le nom de son médecin traitant, la Dresse L.\_\_\_\_\_, à Lausanne (laquelle est spécialiste en médecine interne générale, selon le registre suisse des professions médicales). D.\_\_\_\_\_ a reçu la déclaration le 27 février 2006.

D.\_\_\_\_\_, au nom de la Fondation collective LPP et de la Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_, n'a pas émis de réserve ni de restrictions après l'examen du risque.

Le certificat de prévoyance au 1<sup>er</sup> janvier 2006, établi le 10 mars 2006 par D.\_\_\_\_\_ pour K.\_\_\_\_\_ après communication du nouveau salaire pour 2006 et réception de la déclaration concernant l'état de santé, contient les indications suivantes pour le contrat E4359 :

- o salaire annuel : 520'000 fr.
  - o salaire considéré, partie risque : 54'825 fr.
  - o prestations annuelles en cas d'invalidité (degré d'invalidité 100 %)
    - rente d'invalidité, délai d'attente de 24 mois : 34'830 fr.
    - rente pour enfant d'invalidité : 6'966 fr.
    - exonération des cotisations, délai d'attente de 3 mois :
- assurée

Pour le contrat E5275, le certificat de prévoyance au 1<sup>er</sup> janvier 2006 porte la date du 14 février 2006 (après la communication du nouveau salaire). Il n'a cependant pas été modifié après la réception de la déclaration concernant l'état de santé. Il contient les indications suivantes :

- o salaire annuel : 520'000 fr.
  - o salaire considéré, partie risque : 442'600 fr.
  - o prestations annuelles en cas d'invalidité (degré d'invalidité 100 %)
    - rente d'invalidité, délai d'attente de 24 mois : 265'560 fr.
    - exonération des cotisations, délai d'attente de 3 mois :
- assurée

D. \_\_\_\_\_ a en effet précisé, dans une lettre du 2 mars 2006 à K. \_\_\_\_\_ (lettre portant en titre la référence au contrat E4359) qu'après avoir reçu le formulaire relatif à l'état de santé, elle confirmait avoir "accordé la couverture d'assurance dans le cadre des prestations contractuelles avec effet rétroactif au 01.01.2006".

**D.** Le 21 janvier 2007, K. \_\_\_\_\_ a consulté pour la première fois la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, à Lausanne. Il devait effectuer un check-up avant de contracter une assurance-vie. La Dresse C. \_\_\_\_\_ a organisé un test d'effort dans le cadre de ce check-up. Elle a suspecté la présence potentielle d'une atteinte vasculaire sévère et préconisé une coronarographie.

Le 5 février 2007, K. \_\_\_\_\_ a arrêté de travailler pour débiter le traitement. Il a été hospitalisé du 5 au 19 février 2007 à la Clinique Cecil à Lausanne. Il a été opéré le 7 février 2007 par le chirurgien I. \_\_\_\_\_, qui a posé le diagnostic de maladie coronarienne menaçante, s'étant manifestée la première fois lors du check-up (ergométrie pathologique). Le Dr I. \_\_\_\_\_ a prévu alors une incapacité de travail d'environ 3 mois, selon son rapport du 22 mars 2007 au médecin-conseil de la Z. \_\_\_\_\_ Assurances, assureur perte de gain.

Le 2 avril 2007, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant de K. \_\_\_\_\_ - il a indiqué que le traitement avait débuté le 22 août 2006 -, a également remis un rapport au médecin-conseil de la Z. \_\_\_\_\_ Assurances. A propos du diagnostic de maladie coronarienne, il a précisé : "sans clinique identifiable". Il a répondu "non" aux deux questions suivantes : L'assuré a-t-il déjà été en traitement pour

l'affection mentionnée ? La maladie actuelle est-elle influencée par des maladies précédentes ?

L'incapacité de travail étant durable, K. \_\_\_\_\_ a demandé des prestations de l'assurance-invalidité. Par une décision du 9 septembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) lui a accordé le droit à une rente AI basée sur un degré d'invalidité de 80 %, dès le 5 février 2008. L'OAI a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 5 février 2007, qu'après l'échéance du délai d'attente d'une année, sa capacité de travail était de 50 % dans son activité habituelle mais de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (sans stress, sans efforts physiques et sans exposition au froid). La décision de l'OAI est entrée en force.

**E.** E. \_\_\_\_\_ SA a annoncé à D. \_\_\_\_\_ l'incapacité de travail et de gain subie par K. \_\_\_\_\_. Le 28 avril 2008, D. \_\_\_\_\_ a accusé réception de l'avis de l'incapacité de gain. Elle a demandé qu'un certificat médical, sur une formule ad hoc, lui soit transmis par l'intéressé.

D. \_\_\_\_\_ a, toujours le 28 avril 2008, adressé à la Dresse L. \_\_\_\_\_ un questionnaire auquel ce médecin a répondu ainsi :

Question : Durant les 5 années précédant 01.01.2006, la personne assurée a-t-elle eu des problèmes de santé ayant entraîné une incapacité de travail supérieure à 3 semaines ?  
Réponse : non.

Question : La personne assurée avait-elle des problèmes de santé au 01.01.2006 ?  
Réponse : non, hormis hyperlipidémie.

Question : Au 01.01.2006, la personne assurée était-elle en traitement auprès d'un médecin et/ou d'un psychothérapeute et/ou d'un chiropracteur ou sous contrôle médical auprès d'un médecin et/ou d'un physiothérapeute ?  
Réponse : non.

Question : La personne assurée prenait-elle régulièrement des médicaments au 01.01.2006 ?

Réponse : pas de réponse.

Question : Si oui, lesquels ?

Réponse : Sortis prescrit en avril 2005.

Question : médecin traitant ou prescripteur ?

Réponse : moi-même.

Le questionnaire rempli par la Dresse L.\_\_\_\_\_ a été enregistré ("erfasst") par D.\_\_\_\_\_ le 9 juin 2008. Quelques jours auparavant, le 2 juin 2008, D.\_\_\_\_\_ avait écrit à la Dresse L.\_\_\_\_\_ pour lui rappeler sa demande de renseignements médicaux, à transmettre à son médecin-conseil (Dr R.\_\_\_\_\_).

La Dresse L.\_\_\_\_\_ a par ailleurs communiqué à D.\_\_\_\_\_ un certificat médical, sur un formulaire ad hoc rempli le 4 juin 2008, où elle indique qu'elle a été le médecin traitant de K.\_\_\_\_\_ du 8 février 2003 [recte : 2002] au 24 août 2005. Ce formulaire comporte plusieurs questions sur la capacité de travail. La Dresse L.\_\_\_\_\_ indique ne pas pouvoir répondre, ayant vu le patient pour la dernière fois à sa consultation en août 2005.

**F.** Le 19 juin 2008, D.\_\_\_\_\_ a écrit la lettre suivante à K.\_\_\_\_\_ :

"Contrat E4359 - J.\_\_\_\_\_, Yverdon-les-Bains  
Contrat E5275 — Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_, Yverdon-les-Bains  
Votre assurance 01-138.65.322  
Incapacité de gain - Réticence  
Monsieur,

Nous avons bien reçu votre avis d'incapacité de gain et vous en remercions.  
Le 23 février 2006, vous aviez déclaré, suite à l'augmentation de votre salaire, et de ce fait à l'augmentation des prestations, que vous n'aviez eu, durant les 5 années précédant cette demande, aucun problème de santé ayant conduit à une incapacité de travail d'une durée supérieure à 3 semaines, et que vous n'aviez pas de problème de santé au moment de la demande, ni que vous étiez sous traitement.

Les documents médicaux en notre possession (certificat médical du Dr. L.\_\_\_\_\_ daté du 4 juin 2008) nous permettent toutefois de constater que les réponses aux questions mentionnées auraient dû être positives.

Sur la base des documents mentionnés, nous faisons valoir - en qualité de gérante de J.\_\_\_\_\_ - une réticence au sens de l'art. 4 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et par conséquent limitons vos prestations d'assurance au minimum LPP.

Nous vous informons que nous maintenons momentanément la couverture actuelle et allouons la libération des primes sur la base du salaire annoncé à la survenance du cas.

La réduction des prestations interviendra dans la mesure où une incapacité de gain vous est reconnue, et ceci rétroactivement au 01 février 2007.

Sur la base des documents mentionnés, nous faisons également valoir - en qualité de gérante de J.\_\_\_\_\_ - une réticence au sens de l'art. 4 de la loi

fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et par conséquent refusons l'augmentation de salaire annoncé au 1<sup>er</sup> janvier 2006. La réduction des prestations interviendra prochainement et rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2006."

Puis, dans une lettre du 24 juin 2008, D. \_\_\_\_\_ a précisé que la réticence n'était pas applicable au contrat E4359 (à l'issue du délai d'attente du 24 mois, montant de la rente d'invalidité : 35'802 fr. ; montant de la rente d'enfant : 7'160 fr.). En revanche, la réticence était appliquée au contrat E5275; le montant annuel de la rente assurée, après le délai d'attente de 24 mois (expiré au 5 février 2009), serait de 133'631 fr. Pour ce dernier contrat de prévoyance, la lettre du 19 juin 2008 est donc une résiliation partielle, dans ce sens que les prestations de risque restaient arrêtées à l'état financé avant l'augmentation du salaire au 1<sup>er</sup> janvier 2006.

**G.** Le 24 septembre 2008, K. \_\_\_\_\_ a écrit à D. \_\_\_\_\_ pour manifester son désaccord avec l'invocation d'une réticence.

Le 16 octobre 2008, D. \_\_\_\_\_ a écrit à l'avocate de K. \_\_\_\_\_ qu'elle avait "appliqué la réticence du fait de l'hyperlipidémie, que le traitement ait été suivi ou pas".

Par lettre du 5 décembre 2008, K. \_\_\_\_\_ a signifié à D. \_\_\_\_\_ qu'il contestait sa prise de position. Il y a joint un certificat médical du Dr U. \_\_\_\_\_, daté du 21 août 2008 et ainsi libellé :

"Le médecin soussigné certifie avoir suivi ce patient dès le 22 août 2006. A cette date, il ne recevait aucun médicament, malgré la notion anamnétique d'une hypercholestérolémie. Des examens sanguins du 17 novembre 2006 ont confirmé l'existence d'une hypercholestérolémie LDL, d'abord abordée par des modifications comportementales".

Le 16 décembre 2008, D. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit (en se référant au seul contrat E5275) :

"Compte tenu des contestations formulées dans votre lettre citée en référence, le dossier a été transmis une nouvelle fois à notre service médical

pour prise de position. Ce dernier confirme que Monsieur K.\_\_\_\_\_ aurait du répondre par oui aux questions de l'examen approfondi de l'état de santé rempli en février 2006."

[...]

"Monsieur K.\_\_\_\_\_, savait en février 2006 qu'un traitement au Sortis lui avait été prescrit en avril 2005 et ceci en prévention primaire de son hyperlipidémie. Monsieur K.\_\_\_\_\_ a préféré substituer le traitement médicamenteux par la modification de ses habitudes alimentaires et son hygiène de vie. Selon le dictionnaire médical la définition du traitement est un "Moyen thérapeutique ou hygiénique utilisé pour diminuer au maximum ou pallier une déficience, une incapacité ou un handicap ou pour atténuer, abrégé ou guérir d'une maladie".

Dès lors, suivre un régime alimentaire et adapter son hygiène de vie doit être considéré comme un traitement, dans la mesure où il est suivi afin d'atténuer les risques inhérents d'une maladie.

Dans la mesure où, pendant les cinq années précédant la signature du questionnaire, Monsieur K.\_\_\_\_\_ a été sous traitement, la réticence pour l'augmentation du salaire et des prestations y afférentes est justifiée."

Dans une nouvelle lettre du 5 janvier 2009 à l'avocate de K.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ a précisé ce qui suit :

"Sur la base des documents mentionnés, le service médical estime que si Monsieur K.\_\_\_\_\_ avait répondu par oui aux questions de l'examen de l'état de santé en cas d'amélioration des prestations signé le 23 février 2006 qui sont notamment: "Avez- vous eu des problèmes de santé au cours des 5 dernières années ou en avez-vous actuellement" et "Etes-vous en ce moment en traitement ou sous surveillance médicale" des investigations médicales complémentaires auraient été demandées.

D'après l'expérience du service médical en matière d'examen de risques approfondi et compte tenu du diagnostic posé en avril 2005 (Hyperlipidémie) de même que du traitement prescrit (Sortis), les investigations complémentaires auraient conduit avec vraisemblance prépondérante à l'émission d'une réserve de santé pour les troubles cités de même que ses conséquences cardiovasculaires.

Ce courrier fait office de prise de position et reprend les propos rendus sous forme de note interne par le service médical."

**H.** D.\_\_\_\_\_ a versé les rentes calculées sur les bases mentionnées le 24 juin 2008 (cf. supra, let. F), ces rentes étant dues à partir du 5 février 2009.

**I.** Par une requête du 13 février 2009, dirigée contre d'une part J.\_\_\_\_\_, et d'autre part contre la Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_ [...], K.\_\_\_\_\_ (le demandeur) demande à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de prononcer ce qui suit :

"I. K. \_\_\_\_\_ a droit de la Fondation collective LPP P. \_\_\_\_\_ aux rentes d'invalidité suivantes, dès le 5 février 2009:

- rente d'invalidité à 100% en faveur de K. \_\_\_\_\_ d'un montant annuel de Fr. 35'802.-,
- rente pour enfant d'invalidité destinée à [...] d'un montant annuel de Fr. 7'160.-,
- rente pour enfant d'invalidité destinée à [...] d'un montant annuel de Fr. 7'160.-,
- rente pour enfant d'invalidité destinée à [...] d'un montant annuel de Fr. 7'160.-.

II. K. \_\_\_\_\_ a droit de la Fondation complémentaire S. \_\_\_\_\_ a une rente d'invalidité d'un montant annuel de Fr. 265'560.- dès le 5 février 2009, avec intérêts à 5% l'an dès le dépôt de présente requête, sous déduction de la rente d'invalidité versée de manière partielle par la Fondation complémentaire S. \_\_\_\_\_."

**J.** Dans sa réponse du 19 mars 2009, la J. \_\_\_\_\_ (la défenderesse n° 1) conclut au rejet de la demande "pour autant qu'elle tend à obtenir des prestations de la défenderesse n° 1, prestations déjà perçues par le demandeur".

La défenderesse n° 1 a précisé, le 25 mai 2009, que sa raison sociale avait été modifiée en Fondation collective LPP P. \_\_\_\_\_.

Le demandeur s'est déterminé sur la réponse précitée le 24 août 2009 (réplique). Il a fait valoir que la défenderesse n° 1 avait versé les prestations requises onze jours après le dépôt de la demande et près de trois semaines après la date convenue. Il estime qu'en versant tardivement les prestations dues, la défenderesse a, de fait, adhéré à ses conclusions, ce qui équivaut à un passé-expédient.

La défenderesse n° 1 a exposé, dans une détermination du 28 septembre 2009, que la demande était devenue caduque et que la cause pouvait être rayée du rôle.

**K.** Dans sa réponse du 27 mars 2009, la Fondation complémentaire S. \_\_\_\_\_ (la défenderesse n° 2) conclut au rejet de la demande "pour autant qu'elle tend à obtenir des prestations de la défenderesse n° 2".

Dans sa réplique du 24 août 2009, le demandeur a complété ses conclusions. Il conclut au rejet des conclusions prises par la Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_ dans sa réponse du 27 mars (nouvelle conclusion II) et à ce que cette Fondation soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité d'un montant annuel de 265'560 fr., dès le 5 février 2009, avec intérêts à 5 % l'an dès le 13 février 2009, sous déduction de la rente d'invalidité versée de manière partielle depuis le 5 février 2009.

Dans sa duplique du 13 octobre 2009, la défenderesse n° 2 a confirmé les conclusions de sa réponse.

**L.** Le demandeur a produit, avec sa réplique, une lettre du 5 mai 2009 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, cardiologue, à qui il avait demandé des précisions. Cette lettre a la teneur suivante :

"Vous m'avez communiqué le 5 mai 2009 la réticence retenue par votre 2<sup>ème</sup> pilier D.\_\_\_\_\_. En effet, sur le questionnaire de cette assurance de 2006, vous aviez répondu que vous ne preniez pas de traitement.

Par la présente, je peux confirmer que lors de votre première consultation du 21 janvier 2007, vous êtes effectivement arrivé à mon cabinet sans traitement hypolipémiant ce qui est attesté par la lettre relatant cette consultation datée du 1<sup>er</sup> février 2007. Vous aviez donc répondu de bonne foi au questionnaire de ladite assurance.

Je tiens également à souligner par ces lignes que lors de cette première consultation, en vue de la réalisation d'un checkup exigé par une assurance vie, vous ne présentiez pas d'angor typique et vous considérez en bonne santé.

Le test d'effort, demandé dans le cadre de ce checkup, qui fut effectué ce jour-là s'est révélé objectivement positif. J'ai dû user d'une argumentation soutenue pour vous convaincre de la présence potentielle d'une atteinte vasculaire sévère et de la nécessité d'effectuer une coronarographie. Au vu de votre jeune âge, cette possibilité ne vous avait même pas effleuré. On peut donc raisonnablement présumer que vous avez en toute bonne foi imaginé régler votre problème de cholestérol par les modifications d'hygiène de vie qui avaient également été proposées précédemment. Je souligne également que l'anamnèse a dû être complétée à plusieurs reprises jusqu'à ce que vous signaliez les sensations de brûlures thoraciques à l'énervement, qui constituait finalement le seul élément objectivement suspect dont vous n'aviez malheureusement pas pris conscience. Ce n'est qu'après le résultat de la coronarographie que vous avez finalement pris conscience et accepté la gravité de la situation. Le fait que vous êtes suivi depuis 2007, de façon très régulière et compliant, confirme également que la conscience de votre état a drastiquement changé."

**M.** Le juge instructeur a demandé à la Dresse L.\_\_\_\_\_ de répondre par écrit à certaines questions. Les questions et les réponses, du 22 mai 2012, sont ainsi libellées :

"Question 1. De quelle date à quelle date avez-vous été le médecin traitant de M. K.\_\_\_\_\_ ?

Réponse : J'ai suivi M. K.\_\_\_\_\_ entre le 8 février 2002 et le 24 août 2005, date du dernier examen.

Question 2. Quand avez-vous la première fois diagnostiqué une hyperlipidémie ? Auriez-vous pu, sur la base de vos constatations, employer également à ce propos le terme d'hypercholestérolémie ?

Réponse : Premier diagnostic d'hyperlipidémie en mars 2002. Sur la base des constatations, le terme d'hypercholestérolémie aurait pu être également employé.

Question 3. Sur la base de quels examens ou analyses (taux de cholestérol ou de lipoprotéines) êtes-vous parvenue à cette conclusion ?

Réponse : Il s'agissait du dosage du cholestérol total, du cholestérol HDL, du cholestérol LDL et des triglycérides.

Question 4 : Quelle est la teneur exacte de la prescription de Sortis que vous avez ordonnée en avril 2005 ? Aviez-vous auparavant déjà prescrit ce médicament à M. K.\_\_\_\_\_ ?

Réponse : En avril 2005, j'ai prescrit un traitement de SORTIS 20mg/j (statine). En juillet 2002 après un régime alimentaire et une deuxième confirmation des résultats sanguins en juin 2002 j'avais proposé de débiter un traitement par statine (ZOCOR) qui n'avait pas été pris par le patient.

Question 5 : Avez-vous prescrit ou conseillé d'autres mesures ou traitements à M. K.\_\_\_\_\_, par exemple une modification de l'hygiène de vie et de l'alimentation, des exercices en vue de perdre du poids ?

Réponse : Oui, avant de proposer un traitement médicamenteux, une modification du régime alimentaire a été proposé.

Question 6 : Le cas échéant, avez-vous indiqué à M. K.\_\_\_\_\_ qu'il devait de toute manière prendre le médicament Sortis, ou au contraire qu'il s'agissait d'un moyen alternatif, le changement d'hygiène de vie et la perte de poids (modifications comportementales) pouvant également résoudre les problèmes d'hyperlipidémie ou hypercholestérolémie ?

Réponse : Le traitement par statine a été prescrit après un régime alimentaire au vu de l'insuffisance d'amélioration du profil lipidique après régime.

Question 7 : Le cas échéant, ces mesures comportementales pouvaient-elles être qualifiées de mesures préventives usuelles, pour un patient de l'âge de M. K.\_\_\_\_\_ ? De même, la prescription de Sortis pouvait-elle être considérée comme usuelle ?

Réponse : La prescription d'un traitement par statine ne peut pas être considéré comme "usuelle". Il est par contre usuel de débiter la prise en charge par un changement des habitudes alimentaires et de poursuivre ses modifications d'hygiène de vie sous traitement.

Question 8. Avez-vous pu vérifier, après avril 2005, si d'une part M. K. \_\_\_\_\_ prenait le médicament Sortis, et si d'autre part il avait modifié son hygiène de vie et son alimentation ? En particulier, pouvez-vous, sur la base de votre dossier, indiquer l'évolution du poids de M. K. \_\_\_\_\_ pendant la période où vous étiez son médecin traitant ? Avez-vous eu l'occasion de faire en quelque sorte le bilan des mesures préventives prescrites ou conseillées, avant le mois de février 2006 ?

Réponse :

- J'ignore si Monsieur K. \_\_\_\_\_ a pris le traitement de SORTIS prescrit en avril 2005.

- Oui, le patient décrivait un poids de 79 kg avant le régime alimentaire débuté en février 2002. Le poids était de 70 kg en juillet 2002 et de 74 kg en novembre 2004.

- Les valeurs de cholestérol total, cholestérol HDL, du cholestérol LDL et triglycérides ont été mesurées en mars 2002, juin 2002, décembre 2004 et août 2005.

Question 9. D'une manière générale, aviez-vous des indices, avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006, d'une gravité particulière de l'hyperlipidémie ou hypercholestérolémie dont était atteint M. K. \_\_\_\_\_ ? Estimez-vous que ce que vous avez prescrit ou conseillé à M. K. \_\_\_\_\_, notamment en avril 2005, était typique d'un traitement pour une hyperlipidémie ou hypercholestérolémie d'une gravité certaine ?

Réponse : Les résultats des examens sanguins étaient suffisamment élevés pour justifier un traitement médicamenteux. J'utiliserai le terme d'indication à un traitement plutôt que de "gravité" des valeurs du profil lipidique."

**N.** Le juge instructeur a également demandé un rapport au Dr U. \_\_\_\_\_. Les questions et ses réponses, du 8 mai 2012, ont la teneur suivante :

"Question 1 : Avez-vous reçu, en août 2006, des informations du précédent médecin traitant concernant l'hypercholestérolémie dont était atteint M. K. \_\_\_\_\_ ?

Réponse : Non

Question 2 : En particulier, savez-vous si des modifications comportementales avaient été prescrites ou conseillées auparavant, et si un médicament avait été prescrit, et pris par le patient ?

Réponse : Selon le patient, l'hypercholestérolémie constatée avait conduit à des conseils de comportement et à une perte pondérale améliorant les données. A ma connaissance, aucun médicament n'avait été prescrit.

Question 3 : Les modifications comportementales en question pouvaient-elles être qualifiées de mesures préventives usuelles, pour un patient de l'âge de M. K. \_\_\_\_\_ ?

Réponse : Oui

Question 4. Comment qualifieriez-vous, en 2005-2006 (à savoir avant votre prise en charge), la nature ou le degré de l'hypercholestérolémie dont était atteint M. K. \_\_\_\_\_ ?

Réponse : Le 17.11.2006, la constellation était la suivante: cholestérol total 7,1 mmol/l, cholestérol HDL 0,9 mmol/l, triglycérides 2,2 mmol/l, LDL calculé 5,2 mmol/l, rapport cholestérol/HDL 7,9.

Cette dyslipidémie mixte était certainement significative, mais en amélioration selon le patient par rapport aux données antérieures dont je ne disposais pas. Comme le collègue précédent, je lui ai d'abord proposé une modification comportementale, incluant l'augmentation de l'effort physique et la diminution du tabac en sus des mesures diététiques. La prise en charge a été accélérée lorsqu'une épreuve d'effort de janvier 2007 s'est révélée rapidement et fortement positive, conduisant à une coronarographie révélant une maladie coronarienne gravissime. A toute fin utile, je vous signale que l'importance de l'affection coronarienne (et de l'atteinte artérielle généralisée) a surpris tous les intervenants".

Les questions aux deux médecins et leurs réponses ont été communiquées aux parties.

**O.** Le 6 juin 2012, le juge instructeur a interpellé les parties à propos de l'éventualité de rendre un jugement partiel:

- sur les conclusions du demandeur dirigées contre la défenderesse n° 1, et

- sur la question d'une éventuelle résiliation du contrat conclut avec la défenderesse n° 2 en raison d'une réticence, parce que le demandeur n'avait pas annoncé l'hyperlipidémie ainsi que le traitement prescrit en répondant au questionnaire le 23 février 2006.

La défenderesse n° 1 en a pris acte le 14 juin 2012 et a déclaré n'avoir aucune réquisition à présenter.

La défenderesse n° 2 a exposé, dans des déterminations du 14 juin 2012, qu'elle ne voyait pas comment la question de la résiliation partielle du contrat - résiliation seulement dans la mesure où les prestations de risque ont été arrêtées à l'état financé avant

l'augmentation du salaire au 1<sup>er</sup> janvier 2006 -, liée à celle de la réticence, pourrait faire l'objet d'un jugement partiel. Pour le reste, elle a confirmé une requête tendant à ce que soit produit le résultat intégral d'un check-up du demandeur, mentionné par le chirurgien I. \_\_\_\_\_ dans un de ses rapports.

La défenderesse n° 2 a informé le tribunal de la modification de sa raison sociale (publication FOSC du 16 octobre 2009), qui est désormais: Fondation complémentaire S. \_\_\_\_\_.

Le demandeur a, le 19 juillet 2012, présenté quelques observations sur les rapports médicaux et il a confirmé ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1.** Au regard des règles de procédure des art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36; action de droit administratif, cf. aussi art. 73 LPP), la demande est recevable et il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

La demande est dirigée contre deux défenderesses, d'une part Fondation collective LPP P. \_\_\_\_\_ (défenderesse n° 1, chef de conclusions I de la demande), et d'autre part Fondation complémentaire S. \_\_\_\_\_ (défenderesse n° 2, chef de conclusions II de la demande). Il y a lieu à ce stade de rendre un jugement partiel, où il sera statué, par une décision finale, sur les conclusions prises à l'encontre la défenderesse n° 1 (consid. 2 infra), et où il sera pris une décision, sans caractère final, sur le fondement des prétentions du demandeur à l'encontre de la défenderesse n° 2 (consid. 3 infra).

**2.** La défenderesse n° 1 a versé d'emblée les prestations prévues en vertu du contrat E4359, soit un "plan de base LPP", correspondant pour l'essentiel aux prestations minimales selon la LPP dans le cadre de l'assurance obligatoire (art. 7 ss LPP). Le 24 juin 2008, elle a indiqué au

demandeur que la réticence, invoquée dans une lettre du 19 juin 2008, n'était pas applicable à ce premier contrat.

La défenderesse n° 1 a ainsi clairement manifesté son intention de verser les prestations dues dès la fin du délai d'attente de 24 mois. Si, concrètement, le premier versement des rentes d'invalidité et pour enfant n'est pas intervenu à la date d'échéance du délai d'attente (le 5 février 2009), il a toutefois été effectué durant le mois de février 2009.

Il apparaît ainsi qu'il n'y avait pas de litige au sujet du versement des prestations dues selon ce "plan de base LPP". Dans ces conditions, le demandeur n'était pas fondé à ouvrir action contre la défenderesse n° 1, qui n'avait jamais mis en doute son engagement à verser ces prestations puisqu'elle avait auparavant précisé qu'une éventuelle réticence n'aurait pas d'effet dans ce cadre (réticence déclarée non applicable plusieurs mois avant que les rentes ne soient dues). Dès lors, en l'absence de litige – et partant d'hypothèse d'un passé-expédient sur des prétentions litigieuses –, les conclusions du demandeur tendant à la condamnation de la défenderesse n° 1 au paiement de rentes doivent être simplement rejetées.

Le rejet du chef de conclusions I de la demande met fin au procès en tant qu'il oppose le demandeur à la défenderesse n° 1.

**3.** Les prétentions du demandeur à l'encontre de la défenderesse n° 2 sont en revanche litigieuses (chef de conclusions II de la demande).

**a)** La défenderesse invoque une réticence au sens de la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1), propre à entraîner une résiliation partielle du contrat E5275 (prévoyance plus étendue; cf. art. 49 al. 2 LPP). Elle précise que ses dispositions réglementaires, pour la prévoyance plus étendue ou subrogatoire, ne traitent pas des déclarations obligatoires de l'assuré lors de la conclusion du contrat, ni des conséquences d'une omission de déclarer. Aussi se prévaut-elle des dispositions contenues à ce propos dans la LCA.

L'application à titre subsidiaire ou par analogie, en pareil cas, des art. 4 ss LCA est admise par la jurisprudence (ATF 134 III 511; ATF 119 V 283; cf. aussi TF 9C\_179/2008 du 30 octobre 2008 consid. 3.1).

Dès lors que tous les faits décisifs (augmentation du salaire, envoi du formulaire "examen de l'état de santé", etc.) sont postérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2006, la nouvelle teneur de l'art. 6 LCA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006, est applicable.

**b) aa)** L'art. 4 LCA a la teneur suivante, sous le titre: "Déclarations obligatoires lors de la conclusion du contrat, règle générale":

<sup>1</sup> 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 être connus lors de la conclusion du contrat.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Sont réputés importants les faits au sujet desquels l'assureur a posé par écrit des questions précises, non équivoques.

Les conséquences d'une violation de ces prescriptions sont exposées à l'art. 6 al. 1 et 2 LCA, dans les termes suivants:

<sup>1</sup> Si celui qui avait l'obligation de déclarer a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactly 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.

<sup>2</sup> Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence.

**bb)** La défenderesse estime que le demandeur, lors du changement de salaire entraînant une modification du contrat de prévoyance ("amélioration des prestations"), a omis de déclarer, ou a inexactly déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître.

Le demandeur a répondu à trois questions principales de la défenderesse concernant son état de santé. Est décisive la manière dont il pouvait comprendre de bonne foi les questions de l'assureur (cf. Vincent Brulhart, Droit des assurances privées, Berne 2008, n. 473 p. 215). En y répondant, il lui incombait d'indiquer "tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, tels qu'ils lui sont ou doivent être connus" (art. 4 al. 1 LCA). Cela doit être déterminé sur une base objective, en tenant compte d'un comportement correct et loyal de l'assuré, donc de l'attention que l'on doit attendre de lui. Les circonstances concrètes sont décisives, à savoir tout ce que l'intéressé doit savoir, à propos des faits importants, en fonction de son intelligence, de son niveau de formation, de son expérience, de sa situations personnelle globale. L'intéressé ne satisfait à son obligation que lorsqu'il communique à l'assureur, outre les faits qui lui étaient d'emblée connus, les faits dont il ne pouvait pas faire abstraction en réfléchissant sérieusement aux questions de l'assureur (ATF 134 III 511 consid. 3.3.3 et les arrêts cités; Urs Ch. Nef, in BaK VVG, n. 26 ad art. 4 p. 99).

Le Tribunal fédéral a précisé que l'assuré viole l'obligation de déclarer quand, en répondant à une question précise et non équivoque de l'assureur, il nie des atteintes existantes ou passées à la santé, auxquelles il aurait dû attribuer le caractère de maladie en étant suffisamment diligent ou attentif. En revanche, taire ce qui peut être considéré comme une atteinte passagère au bien-être, non susceptible de se transformer en symptôme d'une souffrance plus sévère si l'on prend les mesures de précaution nécessaires, ne comporte pas de violation de l'obligation de déclarer (ATF 134 III 511 consid. 3.3.4).

**c)** En l'espèce, trois questions ont été posées par la défenderesse au demandeur, auxquelles il devait quoi qu'il en soit répondre (formulaire "Examen de l'état de santé en cas d'amélioration des prestations"). Des réponses négatives à ces trois questions dispensaient de répondre à d'autres questions.

**aa)** La troisième question, "Prenez-vous régulièrement des médicaments ?", est précise et non équivoque (au sens de l'art. 4 al. 3 LCA). Elle se rapporte à la période actuelle, étant posée directement après la question "Etes-vous en ce moment en traitement ?". Autrement dit, il n'est pas demandé à l'intéressé s'il a pris des médicaments dans le passé; il ne lui est pas non plus demandé s'il aurait la possibilité de prendre des médicaments, parce qu'il en a à disposition à la suite d'une prescription médicale. En répondant par la négative le 23 février 2006 à cette question, le demandeur n'a pas fait une fausse déclaration. Il ressort du dossier que son médecin traitant, la Dresse L.\_\_\_\_\_, lui avait prescrit des statines en avril 2005 (Sortis) et qu'elle avait proposé un médicament analogue en juin 2002 (Zocor). Néanmoins, aucun élément du dossier ne permet de retenir que le demandeur mentirait lorsqu'il affirme n'avoir pas pris ces médicaments. La Dresse L.\_\_\_\_\_ - qui n'a plus suivi le demandeur à partir du mois d'août 2005 - ignore s'il a pris le traitement de Sortis prescrit en avril 2005 (cf. aussi son absence de réponse à la question posée le 28 avril 2008 par la défenderesse: "La personne assurée prenait-elle régulièrement des médicaments au 01.01.2006?"). Le Dr U.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant depuis le mois d'août 2006, ignorait à ce moment-là qu'un médicament avait été prescrit par son prédécesseur. Quant à la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie qui a suivi le demandeur depuis le mois de janvier 2007, elle a également attesté qu'il n'y avait pas de traitement hypolipémiant (à savoir de médicament capable de diminuer une hyperlipidémie) lors de sa prise en charge.

**bb)** La deuxième question - "Etes-vous en ce moment en traitement ou sous surveillance médical(e), et/ou psychothérapeutique et/ou en traitement auprès d'un chiropracteur ?" - doit être comprise en relation avec la première question - "Avez-vous eu des problèmes de santé au cours des 5 dernières années ou en avez-vous actuellement ?" - car on ne saurait retenir que toute personne qui a un médecin traitant (médecin de famille, par exemple) qu'il consulte épisodiquement, pour un contrôle périodique ou en cas d'incapacité de travail, est "en traitement ou sous surveillance médical". Le traitement ou la surveillance médical doit

donc être déclaré s'il se rapporte à des "problèmes de santé" actuels ou survenus au cours des cinq dernières années.

La notion de "problèmes de santé" ne vise pas les indispositions sporadiques que l'intéressé pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou de symptômes d'une maladie imminente ou aiguë (cf. ATF 136 III 334 consid. 2.4).

En l'occurrence, le demandeur a répondu qu'il n'avait pas eu de problèmes de santé durant les cinq années précédentes (février 2001-février 2006) et qu'il n'était pas en traitement. Il ressort en effet du dossier qu'en février 2006, il n'était plus suivi par la Dresse L.\_\_\_\_\_ (la dernière consultation chez ce médecin généraliste datait d'août 2005) et qu'il n'avait consulté son nouveau médecin traitant, le Dr U.\_\_\_\_\_, qu'en août 2006. Il avait donc laissé passé une année sans être examiné par un médecin généraliste ou interniste. Ce n'est qu'en 2007 qu'il a été vu et traité par des spécialistes des maladies cardio-vasculaires.

En 2002, la Dresse L.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué une hypercholestérolémie ou hyperlipidémie (hypercholestérolémie=excès de cholestérol dans le sang, qui prédispose à de multiples complications ischémiques par développement de l'artériosclérose cérébrale, myocardique ou rénale [cf. Dictionnaire médical éd. Elsevier/Masson, 6<sup>ème</sup> éd.]). Un même diagnostic a été posé par ce médecin en avril 2005. En 2006, le Dr U.\_\_\_\_\_ a fait les mêmes constatations.

Ces deux médecins traitants ont d'abord proposé une modification comportementale (mesures diététiques, augmentation de l'effort physique, diminution du tabac). Les conseils de la Dresse L.\_\_\_\_\_ à ce propos ont été suivis d'effets, puisque le demandeur a diminué sensiblement son poids (79 kg avant un régime alimentaire débuté en février 2002, 70 kg cinq mois plus tard). En fonction de cette évolution ou amélioration, le nouveau médecin traitant dès août 2006, le Dr U.\_\_\_\_\_,

n'avait pas prescrit de médicaments pour l'hypercholestérolémie, se bornant à proposer une modification comportementale.

De bonne foi, le demandeur pouvait estimer que ses médecins, en lui conseillant de modifier son alimentation ou ses habitudes (régime, exercice physique, etc.) ne lui avaient pas prescrit un traitement médical stricto sensu, mais qu'ils lui avaient proposé de mener une vie plus saine, conformément à ce qui est généralement préconisé, par tous ceux qui se préoccupent du bien-être de la population (dans la presse, dans les discussions avec des connaissances), pour les personnes de son âge (une quarantaine d'années) et de sa catégorie socio-professionnelle (travail de bureau avec des responsabilités). Un taux de cholestérol excessif, sans autres symptômes, pouvait être considéré comme une atteinte banale ou usuelle pour un homme d'environ quarante ans, pas suffisamment attentif aux habitudes alimentaires ou comportementales requises pour une "vie saine". Le refus de prendre le médicament Sortis, prescrit par la Dresse L.\_\_\_\_\_, n'est pas significatif; c'est plutôt un signe que le demandeur voyait cette prescription comme une alternative, son état de santé ne justifiant pas qu'il fasse davantage que modifier son comportement. A cet égard, il ressort du Compendium suisse des médicaments que le Sortis est un médicament délivré exclusivement sur ordonnance médicale et que le conditionnement est d'au maximum de 100 comprimés, ce qui représente un traitement d'environ trois mois. L'absence de renouvellement de l'ordonnance tend ainsi à confirmer que le médicament prescrit n'a pas été pris. Au demeurant, le dernier contrôle des valeurs de cholestérol par la Dresse L.\_\_\_\_\_, en août 2005, n'a pas amené ce médecin à se préoccuper du suivi de la prescription médicamenteuse, ce qui ne pouvait que conforter le demandeur dans l'idée que tout était en ordre, nonobstant l'absence de prise de médicaments. Le Dr U.\_\_\_\_\_ n'a du reste pas été surpris, en août 2006, par le fait que son nouveau patient ne prenait aucun médicament, et il n'a pas d'emblée prescrit autre chose que de persister dans une attitude qui avait conduit à une amélioration. Comme le relève la Dresse L.\_\_\_\_\_, le demandeur pouvait de bonne foi imaginer régler son problème de cholestérol par des modifications d'hygiène de vie, sans s'engager dans un véritable traitement médical.

Il en résulte que le demandeur n'a pas violé son obligation de déclarer, au sens de l'art. 4 LCA, en ne faisant aucune communication à la défenderesse au sujet de l'hypercholestérolémie, lorsqu'il était requis de répondre aux questions. Il pouvait en effet estimer, à cette époque, qu'il avait pris les mesures nécessaires pour régler ce problème sans véritable traitement médical. En d'autres termes, il s'agissait pour lui d'une atteinte passagère non susceptible de se transformer en symptôme d'une souffrance plus sévère (cf. supra, consid. 3b/bb in fine). Le demandeur n'avait donc pas à signaler cette atteinte en répondant aux questions, ni à faire sous une autre forme une déclaration à ce propos.

**cc)** Pour statuer sur le contenu des déclarations faites le 23 février 2006 par le demandeur, il n'est pas nécessaire d'avoir d'autres renseignements médicaux. En particulier, les résultats détaillés d'un check-up effectué une année plus tard ne sont pas pertinents, vu l'avis de la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui avait ordonné ce check-up. Cette spécialiste a en effet considéré que le demandeur pouvait de bonne foi, en février 2006, estimer qu'il ne souffrait pas d'une atteinte nécessitant un véritable traitement médical; elle a nécessairement, pour faire cette appréciation, tenu compte des résultats du check-up.

**d)** Il s'ensuit que la défenderesse ne pouvait pas, le 19 juin 2008, invoquer une réticence pour résilier partiellement le contrat de prévoyance. Il y a lieu de le constater dans le présent jugement partiel.

L'instruction sera ensuite reprise, afin de déterminer le droit aux prestations selon le contrat de prévoyance E5275, compte tenu de la solution donnée à cette question de principe.

**4.** La procédure est gratuite (art. 73 al. 2 LPP).

S'agissant des dépens, le demandeur n'y a pas droit en tant qu'il a pris des conclusions à l'encontre de la défenderesse n° 1, vu le rejet de ses conclusions (cf. supra, consid. 2). La défenderesse n° 1, qui

intervient dans le cadre de la LPP et donc dans l'accomplissement de tâches réglées par le droit public, n'y a pas droit non plus.

Dans la contestation visant la défenderesse n° 2, le sort des dépens sera réglé dans la décision finale.

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

- I. Rejette les conclusions du demandeur à l'encontre de la défenderesse n° 1 Fondation collective LPP P.\_\_\_\_\_.
  
- II. Dit que, dans la contestation opposant le demandeur à la défenderesse n° 2 Fondation complémentaire S.\_\_\_\_\_, celle-ci ne peut pas se prévaloir d'une réticence du demandeur pour résilier partiellement le contrat de prévoyance E5275.  
Dit que, dans cette contestation, l'instruction de la cause se poursuit après le présent jugement partiel.
  
- III. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice.
  
- IV. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour K. \_\_\_\_\_),
- Fondation collective LPP P. \_\_\_\_\_,
- Fondation complémentaire S. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :