

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 17 septembre 2024

Composition : M. NEU, président
Mme Rondi et M. Chevalley, assesseurs
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], demandeur, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat à Lausanne,

et

I. _____ **SA**, à [...], défenderesse, représentée par Me Julien Pache, avocat à Lausanne.

Art. 73 et 82 LPP ; art. 1 OPP3 ; art. 4 et 6 LCA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après également : le demandeur), né en [...], sans formation professionnelle achevée, a créé et exploité entre 2011 et 2019, date de sa revente, la société D._____ Sàrl, dont le but est la vente, l'installation et la réparation de [...].

En novembre 2013, le demandeur a conclu un contrat d'assurance relevant de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a) avec I._____ SA (ci-après : la défenderesse). La police d'assurance, n° [...], a pris effet le 1^{er} novembre 2013. Elle prévoyait, au titre de prestations assurées, moyennant le versement d'une prime annuelle de 5'195 fr., un capital en cas de vie d'un montant de 188'115 fr. payable au 1^{er} novembre 2050, un capital identique en cas de décès avant cette date et la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de vingt-quatre mois. Interrogé sur son état de santé, le demandeur a répondu, le 5 novembre 2013, par la négative aux trois questions suivantes, lesquelles portaient sur les dix dernières années :

« 4. Avez-vous de quelconques troubles de santé ou atteintes à la santé, respectivement existe-t-il des suites d'un accident ou d'une maladie ?

[...]

5. Avez-vous ou avez-vous eu un ou plusieurs des troubles de santé ou atteintes à la santé suivants : arthrose, asthme, affection des yeux, bronchite, troubles cardiaques, hypertension artérielle, élévation du cholestérol, cancer, paralysie, sclérose en plaques, diminution des facultés auditives ou visuelles **non** corrigée, affections ou troubles psychiques, rhumatismes, dysfonctionnement des glandes (thyroïde et autres glandes), attaques, affections de la colonne vertébrale, diabète ou tout autre symptôme, trouble ou maladie non mentionné ici ?

[...]

6. Etes-vous ou avez-vous été pendant plus de quatre semaines traité(e) ou contrôlé(e) par un médecin, un chiropraticien ou un psychologue ? Avez-vous besoin, prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments, des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues ?

[...] ».

En 2016, le demandeur a mandaté B._____, psychologue, en vue de réaliser un bilan psychologique, cela afin de mieux comprendre la façon dont il fonctionnait ainsi que de détecter un éventuel haut potentiel.

Par rapport du 29 juin 2016, celle-ci a exposé que le bilan avait permis de mettre en évidence des capacités intellectuelles très supérieures à la moyenne dans la plupart des domaines testées, seules les compétences dans le raisonnement perceptif et abstrait étant dans la norme. Un complément était toutefois nécessaire pour valider ou infirmer la présence d'un syndrome d'Asperger.

En septembre 2017, le demandeur a conclu avec la défenderesse un second contrat d'assurance relevant de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a). La police d'assurance, n° [...]5, a pris effet le 1^{er} septembre 2017. Elle prévoyait, au titre de prestations assurées, moyennant le versement d'une prime annuelle de 1'604 fr., un capital en cas de vie d'un montant de 39'670 fr. payable au 1^{er} septembre 2049, un capital identique en cas de décès avant cette date et la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de douze mois. Interrogé sur son état de santé, le demandeur a répondu, le 14 septembre 2017, par la négative aux deux questions suivantes, lesquelles portaient sur les dix dernières années :

« 2. Avez-vous ou avez-vous eu un ou plusieurs des troubles de santé ou atteintes à la santé suivants : arthrose, asthme, affection des yeux, bronchite, troubles cardiaques, hypertension artérielle, élévation du cholestérol, cancer, paralysie, sclérose en plaques, diminution des facultés auditives ou visuelles **NON** corrigée, affections ou troubles psychiques, rhumatismes, dysfonctionnement des glandes (thyroïde et autres glandes), attaques, affections de la colonne vertébrale, diabète ou tout autre symptôme, trouble ou maladie non mentionné ici ? [...]

3. Etes-vous ou avez-vous été pendant plus de quatre semaines traité(e) ou contrôlé(e) par un médecin, un chiropraticien ou un psychologue ? Avez-vous besoin, prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement des médicaments, des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou des drogues ? [...] ».

Le 13 décembre 2018, le demandeur a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), indiquant dans le formulaire idoine être en incapacité de travail depuis 2018 en raison d'un syndrome d'Asperger.

Au début de l'année 2019, la demandeur a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique menée par X._____, psychologue. Dans

un rapport du 6 mars 2019, cette dernière a fait part des conclusions suivantes :

« Cette évaluation met en évidence des difficultés attentionnelles, mnésiques et exécutives associées à des performances très inférieures à la norme pour l'ensemble des domaines de la cognition sociale investigués. Les questionnaires de dépistage pour un TSA [trouble du spectre de l'autisme] sont également significatifs.

L'intensité très sévère des difficultés suggérées par les questionnaires et les résultats aux tests de cognition sociale paraissent toutefois en décalage avec nos observations cliniques et les éléments anamnestiques disponibles. Comme discuté lors de la restitution des résultats au patient, le bilan neuropsychologique n'est pas suffisant à lui seul pour poser le diagnostic de TSA. La poursuite des investigations psychiatriques dans un centre spécialisé est ainsi recommandée. ».

Le 15 mars 2019, le demandeur a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, mentionnant souffrir de symptômes de dépression et de complications dans la vie professionnelle et privée (entreprise en vente), tout en précisant que l'atteinte à la santé existait depuis toujours. Il a joint le rapport précité de X._____ et déclaré être en attente d'un suivi plus complet auprès des Hôpitaux [...].

Le 22 juillet 2019, le demandeur, au nom de la société D._____ Sàrl, a annoncé à la défenderesse une incapacité de gain.

Par rapport du 18 octobre 2019, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et [...], psychologue, ont posé le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) de niveau 1, sans altération du langage ni déficit intellectuel (anciennement appelé syndrome d'Asperger).

Le 9 janvier 2020, le demandeur a à nouveau signalé son incapacité de gain à la défenderesse, cette fois-ci à son propre nom.

Par courrier du 6 février 2020, la défenderesse a résilié les contrats d'assurance relatifs aux polices n^{os} [...]2 et [...]5, au motif que les réponses données aux questions 4, 5 et 6 (pour la première police) ainsi

qu'aux questions 2 et 3 (pour la seconde police) des formulaires portant sur l'état de santé étaient erronées. Elle a ce titre expliqué qu'au regard des documents en sa possession, elle avait constaté que les propositions d'assurance de novembre 2013 et de septembre 2017 ne faisaient pas mention des suivis psychiatrique accomplis durant l'adolescence et entre 2012 et 2014. Elle avait également pris connaissance de la décision d'inaptitude au service militaire prononcée en 2006 pour des affections psychiques (à savoir une personnalité marquée par les carences affectives et des antécédents de réaction dépressive en 2004 et 2005).

Par courrier du 2 mars 2020, le demandeur a contesté la résiliation des contrats d'assurance, relevant que le suivi psychiatrique durant son adolescence datait d'il y a plus de dix ans, que le second suivi avait en réalité démarré en 2015 et concernait son épouse et que le rapport de la médecine militaire ne lui avait pas été communiqué à l'issue du recrutement, de sorte qu'il ne connaissait pas son contenu.

Par courrier du 24 mars 2020, la défenderesse a soutenu que le fait que le demandeur n'ait pas été en possession de son dossier sanitaire militaire ne changeait en rien sa position, dès lors qu'il avait certainement été informé en 2006 qu'il était inapte au service militaire en raison de son état de santé.

Par courrier du 2 avril 2020, le demandeur s'est une nouvelle fois opposé à la résiliation de ses contrats d'assurance, rappelant n'avoir reçu, en 2006, aucune information sur les motifs de son inaptitude au service militaire.

Par rapport d'expertise du 8 juin 2020, lequel a été commandé par l'OAI, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a mis en évidence les diagnostics de trouble du spectre de l'autisme (TSA) de niveau 1, sans altération du langage ni déficit intellectuel (Asperger), et de dysthymie. Elle a précisé qu'au niveau de la consommation d'alcool, il existait une incohérence entre, d'une part, l'analyse du marqueur Phosphatidyléthanol (PEth), laquelle attestait une absorption excessive de

ce produit, et, d'autre part, l'anamnèse, le test AUDIT négatif ainsi que le taux de *carbohydate déficient transferrin* (CDT) et les tests hépatiques, lesquels étaient dans la norme. Enfin, selon elle, la capacité de travail du demandeur était nulle dans son activité habituelle de vendeur indépendant dès 2019 (soit lors de la vente de la société D._____ Sàrl) et pleine depuis toujours dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité indépendante avec peu de relations interprofessionnelles, dans un environnement bienveillant, calme et sans stress.

Par décision du 4 mars 2021, confirmant un projet de décision du 30 octobre 2020, l'OAI a nié au demandeur le droit à une rente d'invalidité, étant donné qu'après la comparaison de ses revenus avec et sans invalidité, son degré d'invalidité se montait à 27 %. Un recours a été interjeté à son encontre le 13 avril 2021.

Par courrier du 6 mai 2021, la défenderesse a maintenu la résiliation des contrats d'assurance, argumentant en substance que le rapport de la Dre N._____ avait confirmé que les atteintes consécutives à un trouble de type Asperger (sensibilité au stress, difficultés relationnelles et faibles capacités d'adaptation) étaient présentes depuis l'enfance déjà.

Par courrier du 16 juin 2021, le demandeur, désormais représenté par Me Alexandre Lehmann, a requis de la défenderesse qu'elle reconsidère sa position et renonce à invoquer la réticence, dans la mesure où il n'avait pas été l'auteur de fausses déclarations sur sa situation en répondant aux questionnaires de santé en lien avec les polices n^{os} [...]2 et [...]5.

Par courrier du 12 août 2021, la défenderesse a pris position sur le courrier précité. Elle a notamment expliqué que les troubles soulignés à l'occasion du recrutement se révélaient être l'expression d'un complexe de souffrances de longue durée. Elle a du reste reproché au demandeur de n'avoir délibérément pas fait état de la suspicion d'un

syndrome d'Asperger mis en évidence par B._____ dans son rapport du 29 juin 2016.

B. Par demande du 21 octobre 2021, C._____, sous la plume de son mandataire, a ouvert action contre I._____ SA, concluant à l'annulation de la résiliation des polices d'assurance n^{os} [...]2 et [...]5 de même qu'à la libération de l'obligation de payer les primes y relatives, avec effet au 1^{er} décembre 2020 pour la première et au 1^{er} décembre 2019 pour la seconde. Il a annexé un lot de pièces et requis l'audition de son épouse, Mme [...], en qualité de témoin.

Par décision du 26 octobre 2021, le juge instructeur a accordé au demandeur le bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alexandre Lehmann, avec effet au 7 juillet 2021.

Par réponse du 25 janvier 2022, la défenderesse, dorénavant représentée par Me Julien Pache, a conclu au rejet de la demande. Elle a pour l'essentiel allégué que C._____ avait connaissance de ses difficultés dans ses relations sociales et de ses troubles de l'attention, suspectant même un syndrome d'Asperger depuis longtemps. Il avait en outre souffert d'épisodes dépressifs durant son adolescence et entre 2004 et 2005. Il avait également manifesté de l'anxiété, du stress et des idées noires et suicidaires à cette période. Ses affectations - dont il avait lui-même fait part au médecin de l'armée - ne pouvaient ainsi être qualifiées de passagères ou de mineures. Le demandeur avait par ailleurs consommé de manière excessive de l'alcool au moins en 2005 et fumé du cannabis au moins jusqu'en 2001. Il avait de surcroît été suivi sur le plan psychologique durant l'adolescence, puis entre 2012 et 2014 sous la forme d'une thérapie de couple. Il avait enfin consulté B._____ en 2016. Dès lors, en cachant ces informations au moment de remplir les questionnaires relatifs à son état de santé, il avait commis une réticence. Au demeurant, il ne présentait pas d'incapacité de gain, de sorte qu'il ne pouvait prétendre à aucune prestation en vertu de ses polices

d'assurance. La Dre N._____ avait en effet reconnu qu'il était pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. Le demandeur était au surplus administrateur unique de la société O._____ SA depuis le 30 août 2021.

Par réplique du 26 avril 2022, la demandeur a maintenu ses conclusions. Il a affirmé avoir abusé d'alcool uniquement durant deux soirées en 2005, à la suite d'une rupture sentimentale, tout en spécifiant que la société O._____ SA était en faillite depuis le mois de janvier 2022. Il a joint un rapport établi le 20 avril 2007 par le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, lequel a attesté n'avoir aucun argument clinique ou paraclinique démontrant une consommation chronique d'alcool ou de substances illicites de la part de son patient, des résultats d'analyses sanguines réalisées en 2005, 2018 et 2022, divers échanges par messages entre ses amis et lui et un extrait du registre du commerce de la société susmentionnée. Il a de plus requis l'audition, à titre de témoin, de MM. [...] et [...].

Par duplique du 17 mai 2022, la défenderesse a confirmé l'intégralité de ses conclusions.

Dans une écriture du 14 juillet 2022, le demandeur a à son tour réitéré ses conclusions.

Par arrêt du 3 juillet 2023 (dans la cause AI 139/21 - 180/2023), entre en force, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours du demandeur à l'encontre de la décision du 4 mars 2021 de l'OAI et réformé cette dernière en ce sens que le droit à une demi-rente lui était reconnu à partir du 1^{er} décembre 2020, cela sur la base d'un taux d'invalidité de 56 %. Elle a à cet égard estimé que, d'une part, le salaire d'invalidé devait être déterminé en se fondant non pas sur le degré de compétence 4 (lequel correspond aux tâches exigeant une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé) de l'Enquête suisse sur la structure des

salaires (ESS), mais sur le degré de compétence 1 (lequel se rapporte aux activités simples et répétitives). D'autre part, le demandeur ne disposant d'aucune formation professionnelle, il s'agissait de se référer au revenu total, tous secteurs confondus, et non sur le revenu d'une branche d'activité spécifique de la catégorie des services, comme l'avait fait à tort l'OAI.

Dans une écriture du 4 janvier 2024, le demandeur a informé la Cour de céans qu'il maintenait ses conclusions après avoir pris connaissance de l'arrêt du 3 juillet 2023 précité.

Dans une écriture du 24 janvier 2024, la défenderesse a exposé que cet arrêt ne remettait nullement en cause son argumentation. Elle a au demeurant contesté les montants des revenus avec et sans invalidité retenus par la Cour de céans.

Dans une écriture du 12 février 2024, le demandeur a produit un contrat de vente des parts sociales de la société D. _____ Sàrl signé le 28 novembre 2019 et un extrait de son compte individuel AVS.

Dans une écriture du 4 mars 2024, la défenderesse a considéré que l'extrait susmentionné était imprécis et ne tenait en particulier pas compte des dividendes dont aurait pu bénéficier le demandeur.

E n d r o i t :

1. a) Aux termes de l'art. 73 al. 1 let. b LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit, ce tribunal étant également compétent pour juger les contestations portant sur des prestations fondées sur des contrats de prévoyance professionnelle liée du pilier 3a (TF 9C_380/2018 du 14 novembre 2018 consid. 1.1), cela quand bien

même ces derniers sont régis matériellement par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1 ; TF 9C_944/2008 du 30 mars 2009 consid. 2.2). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (art. 73 al. 2 LPP).

b) Conformément à la jurisprudence, si la lettre de l'art. 73 LPP prescrit très clairement que le preneur d'assurance ne peut agir qu'au lieu du siège de son assureur, l'interprétation de cette disposition légale autorise la reconnaissance d'un for alternatif à celui du siège ou du domicile suisse du défendeur prévu à l'art. 73 al. 3 LPP dans le cadre des litiges relatifs à la prévoyance individuelle liée (TF 9C_944/2008 du 30 mars 2009 consid. 5.4).

c) Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) relatifs à l'action de droit administratif. L'art. 93 let. c LPA-VD a dévolu à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence instaurée par l'art. 73 al. 1 LPP.

d) En l'occurrence, C. _____ est domicilié dans le canton de Vaud. Sa demande du 21 octobre 2021 a en outre trait à deux contrats de prévoyance liée au sens de l'art. 82 LPP. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour connaître de la présente affaire.

2. Le litige porte principalement sur le bien-fondé de la résiliation des contrats de prévoyance liée n^{os} [...]2 et [...]5 – singulièrement sur la question de savoir si la défenderesse pouvait se prévaloir d'une réticence – et, subsidiairement, sur le droit du demandeur à la libération de l'obligation de payer les primes relatives à ces deux polices.

3. a) Les formes de prévoyance individuelle assimilées à la prévoyance professionnelle (art. 82 al. 1 LPP) sont exhaustivement

énumérées à l'art. 1 OPP 3 (ordonnance du 13 novembre 1985 sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance ; RS 831.461.3). Il s'agit des contrats de prévoyance liée, soit de contrats spéciaux d'assurance de capital et de rentes sur la vie ou en cas d'invalidité ou de décès, y compris d'éventuelles assurances complémentaires en cas de décès par accident ou d'invalidité, souscrits auprès d'une institution d'assurance soumise à la surveillance des assurances ou d'une institution d'assurance de droit public satisfaisant aux exigences fixées à l'art. 67 al. 1 LPP, ainsi que des conventions de prévoyance liée, soit de contrats spéciaux d'épargne conclus avec des fondations bancaires, qui peuvent être complétés par un contrat de prévoyance risque. La spécificité de ces contrats d'assurance et de ces conventions d'épargne réside dans le fait que, contrairement à ceux relevant de la prévoyance individuelle libre (pilier 3b) régis par le principe de la liberté contractuelle, ils sont soumis aux restrictions prévues par l'OPP 3 dans le but de garantir l'objectif de prévoyance : limitation du choix des bénéficiaires (art. 2 OPP 3) et des possibilités de versement des prestations (art. 3 OPP 3), interdiction de cession et de mise en gage du droit aux prestations, sous réserve d'acquisition de la propriété du logement et de divorce (art. 4 OPP 3 ; ATF 135 III 289 consid. 5.1).

b) Les prestations garanties aux termes des contrats ou conventions de prévoyance liée sont ainsi incontestablement « fondées sur la LPP ». Comme celles du deuxième pilier, elles ne peuvent être distraites du but de prévoyance assigné par la loi, puisque les fonds versés sont affectés exclusivement et irrévocablement à cette fin (art. 1 al. 2 et 3 OPP 3). Pour autant que l'OPP 3 ne contienne pas de dispositions spécifiques, il convient en règle générale de faire appel à titre subsidiaire aux règles applicables au deuxième pilier (ATF 141 V 405 consid. 3.2 et les références). Pour le reste, la LCA s'applique à titre complémentaire (ATF 141 V 405 consid. 3.3).

4. a) La réticence se définit comme l'omission de déclarer, ou le fait de déclarer inexactement, lors de la conclusion du contrat, un fait important que celui ayant l'obligation de déclarer connaissait ou devait

connaître (art. 6 al. 1 LCA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable *ratione temporis* [cf. ATF 138 V 176 consid. 7.1]). Cette notion renvoie aux déclarations obligatoires imposées par l'art. 4 LCA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Selon le premier alinéa de cette disposition, celui qui présente une proposition d'assurance 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. La question posée doit être précise et non équivoque (art. 4 al. 3 LCA ; ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4; TF 4A_288/2022 du 1^{er} juin 2023 consid. 3).

b) Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi. Il n'y a pas de réponse inexacte si la question est ambiguë et que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant. Pour qu'il y ait réticence, il faut, d'un point de vue objectif, que la réponse donnée à la question ne soit pas conforme à la vérité, par omission ou inexactitude ; la réticence peut consister à affirmer un fait faux, à taire un fait vrai ou à présenter une vision déformée de la vérité. D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité. Le proposant doit déclarer non seulement les faits qui lui sont connus sans autre réflexion, mais aussi ceux qui ne peuvent lui échapper s'il réfléchit sérieusement à la question posée (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.3 ; TF 4A_288/2022 du 1^{er} juin 2023 consid. 3).

c) Il faut en outre que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et art. 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur de conclure le contrat ou de le conclure aux conditions convenues (art. 4 al. 2 LCA). Il faut en ce sens se demander, 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, 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 s'agit donc déterminer la volonté hypothétique de l'assureur (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 126 III 10 consid. 2b ; TF 9C_532/2014 du 23 octobre 2014 consid. 4.1). L'art. 4 al. 3 LCA présume par ailleurs que le fait est important s'il a fait l'objet d'une question écrite de l'assureur, précise et non équivoque. Une telle présomption peut cependant être renversée. Ce n'est certes pas au proposant de déterminer à la place de l'assureur quels sont les éléments pertinents pour apprécier le risque, mais il pourra renverser la présomption en démontrant qu'il a omis un fait objectivement insignifiant. Ainsi, n'enfreint pas son devoir de renseigner celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechute ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë (ATF 136 III 334 consid. 2.4 et les références citées ; 134 III 511 consid. 3.3.4 ; TF 4A_288/2022 du 1^{er} juin 2023 consid. 3).

d) En cas de réticence, l'assureur est en droit de résilier le contrat (art. 6 al. 1 LCA). S'il exerce ce droit, il est autorisé à refuser également sa prestation pour les sinistres déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur leur survenance ou leur étendue (art. 6 al. 3 LCA). Le droit de résilier s'éteint quatre semaines après que l'assureur a eu connaissance de la réticence (art. 6 al. 2 LCA). Il s'agit d'un délai de péremption, dont le fardeau de la preuve du respect revient à l'assureur (ATF 118 II 333 consid. 3 et les références). La résiliation due à la réticence doit être motivée avec précision : la déclaration de résiliation doit mentionner la question qui a reçu une réponse inexacte et préciser de façon circonstanciée en quoi consiste le fait important non déclaré ou inexactement déclaré (ATF 129 III 713 consid. 2.1 ; TF 4A_288/2022 du 1^{er} juin 2023 consid. 3 ; TF 4A_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.3.1). Lorsque plusieurs réticences sont découvertes successivement, un délai autonome pour s'en prévaloir court à partir du moment où l'assureur a eu connaissance de l'une d'elles (ATF 116 II 338 consid. 2a ; 109 II 159 consid. 2c ; arrêt 9C_35/2022 du 19 décembre 2022 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, la défenderesse a résilié, par courrier daté du 6 février 2020, les contrats de prévoyance liée n^{os} [...]2 et [...]5 conclus avec le demandeur respectivement en novembre 2013 et septembre 2017. Elle lui a à ce titre reproché d'avoir caché, dans les propositions d'assurance, des informations – lesquelles ressortaient du dossier médical constitué lors du recrutement en janvier 2006 et du rapport initial établi le 8 février 2019 par l'OAI – concernant ses suivis chez un psychiatre durant l'adolescence et entre 2012 et 2014 ainsi que son inaptitude au service militaire prononcée en 2006 en raison d'affections psychiques prenant la forme d'une personnalité marquée par les carences affectives et des antécédents de réactions dépressives en 2004 et 2005. Puis, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du 8 juin 2020 de la Dre N._____, elle a implicitement estimé, par courrier du 6 mai 2021, que le demandeur aurait également dû lui faire part, en remplissant les formulaires relatifs à l'état de santé, de la présence depuis l'enfance d'une symptomatologie typique du syndrome d'Asperger, soit une sensibilité au stress, des difficultés relationnelles et des faibles capacités d'adaptation, laquelle était à l'origine des multiples échecs sur le plan de la formation professionnelle, de la manifestation d'idées noires et suicidaires entre 2004 et 2005 et de la réalisation en 2016 d'un bilan psychologique auprès de la psychologue X._____ (recte : B._____). Enfin, dans sa réponse du 25 janvier 2022, la défenderesse a notamment déclaré que l'intéressé ne lui avait pas mentionné, dans les propositions d'assurance, une consommation excessive d'alcool au moins en 2005 et une consommation de cannabis au moins jusqu'en 2001.

b) Cela étant, il sied en premier lieu de vérifier si la défenderesse a fait part au demandeur de sa volonté de résilier les deux contrats d'assurance dans le délai de quatre semaines prévu à l'art. 6 al. 2 LCA après avoir eu connaissance des faits à l'origine de la réticence (cf. *supra* consid. 4d). Ainsi, le dossier de l'assurance-invalidité, qui contenait – entre autres pièces – le dossier médical de l'armée et le rapport initial de l'OAI, a été envoyé le 10 janvier 2020 à I._____ SA. Cette dernière a été informée à ce moment-là que le demandeur avait d'une part consulté un

psychiatre durant l'adolescence, puis entre 2012 et 2014 et, d'autre part, qu'il avait été déclaré inapte au service militaire en 2006 en raison d'affections psychiques. Dès lors, en envoyant le 6 février 2020, par courrier recommandé, la résiliation desdits contrats pour ces motifs de réticence, la défenderesse a agi en temps utile, ce que C._____ ne conteste au demeurant pas. Tel n'est en revanche pas le cas pour l'annonce des autres informations dont il est reproché au demandeur d'avoir caché l'existence au moment de remplir les propositions d'assurance. L'expertise de la Dre N._____, laquelle a permis à la défenderesse de prendre connaissance de l'existence d'une symptomatologie typique du syndrome d'Asperger depuis l'enfance et d'idées noires et suicidaires entre 2004 et 2005, lui a en effet été communiquée le 5 mars 2021 par l'OAI (avec le reste du dossier). Quant aux épisodes de consommation d'alcool en 2005 et de cannabis en 2001, le dossier médical de l'armée en faisait mention. La défenderesse possédait au surplus déjà en janvier 2020 - lorsque le dossier de l'assurance-invalidité lui a été communiqué pour la première fois - le bilan psychologique rédigé le 29 juin 2016 par B._____. Partant, en attendant le 6 mai 2021 et le 25 janvier 2022 pour se prévaloir de ces autres motifs de réticence, elle a vraisemblablement tardé à agir. Elle n'amène en tout état de cause pas la preuve d'une prise de connaissance de ces faits à des dates postérieures à la réception des documents susmentionnés. Il s'ensuit que ces motifs de réticence ne sauraient être pris en compte dans l'analyse consécutive visant à déterminer si c'est à juste titre que la défenderesse a résilié les contrats de prévoyance liée n^{os} [...]2 et [...]5.

c) Au vu de ce qui précède, seul est donc pertinent le point de savoir si le demandeur devait répondre par la positive aux quatrième, cinquième et sixième questions du formulaire de santé relatif à la police n^o [...]2 - lequel a été rempli en novembre 2013 - et aux deuxième et troisième questions du formulaire en lien avec la police n^o [...]5 - lequel a été complété en septembre 2017 -, étant donné que le dossier médical constitué lors du recrutement en 2006 et le rapport initial établi le 8 février 2019 par l'OAI font état de la présence d'affections psychiques

entre 2004 et 2005 et de suivis auprès d'un psychiatre durant l'adolescence et entre 2012 et 2014.

Aussi, s'agissant des premières consultations psychiatriques, celles-ci ont eu lieu avant que C._____ ait atteint sa majorité, à savoir avant le milieu de l'année 2003. Les deux formulaires de santé susmentionnés ayant uniquement trait aux faits survenus pendant les dix années précédant leur signature - soit à compter de novembre 2003 pour le premier et de septembre 2007 pour le second -, le demandeur n'était par conséquent pas obligé d'informer la défenderesse de ce premier suivi. Quant au suivi psychiatrique réalisé entre 2012 et 2014, C._____ a expliqué, dans ses différents courriers et écritures, qu'il avait en réalité été initié par son épouse de l'époque et qu'il était invité sporadiquement à participer aux séances. Ainsi, au regard des sixième, respectivement troisième questions des formulaires de santé, lesquelles se réfèrent explicitement aux traitements et aux contrôles personnels auprès d'un médecin, d'un chiropraticien ou d'un psychologue, il n'était pas tenu de comprendre - de bonne foi - que ce second suivi était visé par lesdites questions et, partant, de l'annoncer à la défenderesse. Qui plus est, il apparaît peu crédible qu'l._____ SA aurait refusé de conclure les deux assurances - ou en tout cas pas aux mêmes conditions - dans l'hypothèse où elle aurait été mise au courant de cette information, dans la mesure où les consultations ont porté sur des problématiques inhérentes au couple que formait par le passé le demandeur avec son ex-épouse, à savoir des problématiques étrangères à l'état de santé de ce dernier.

Enfin, les affections psychiques à l'origine de l'inaptitude au service militaire, c'est-à-dire les réactions dépressives survenues après le décès du père du demandeur et à la suite d'une rupture amoureuse de même que les carences affectives datent de la période courant entre 2004 et 2005. Le demandeur ne peut de ce fait pas être accusé d'avoir commis une réticence dans le cadre de la police d'assurance n° [...]5 conclue en septembre 2017, le questionnaire de santé idoine ne se rapportant - pour rappel - qu'aux événements intervenus dans les dix années précédant sa signature, soit dès le mois de septembre 2007. Quant à la police n° [...]2

de novembre 2013, si ces affections entrent bien dans le champ de référence temporelle du formulaire de santé idoine, elles ne peuvent cependant être qualifiées de faits importants au sens de l'art. 6 al. 1 LCA. Le demandeur n'a en effet été suivi, sur le plan psychologique, que durant quelques séances après la mort de son père, en 2004, et s'est vu prescrire un traitement anxiolytique pour une durée d'à peine un mois, comme cela ressort du dossier médical de l'armée. Aucune thérapie n'a au demeurant été mise en place consécutivement à la rupture amoureuse de 2005. Il s'est par conséquent agi d'affections purement passagères. A cet égard, ainsi qu'il en résulte du rapport d'expertise de la Dre N._____, elles n'ont exercé durant cette période qu'une influence très modérée sur le parcours préprofessionnel de C._____, les problèmes rencontrés par ce dernier dans ses apprentissages successifs étant principalement dus à ses difficultés à nouer des relations sociales saines ; elles-mêmes sont des symptômes de son trouble du spectre de l'autisme (TSA), lequel a été formellement diagnostiqué pour la première fois en octobre 2019 par le Dr W._____, soit après la conclusion des deux contrats d'assurance. Son inaptitude au service militaire n'a pour le reste pas empêché le demandeur d'être engagé et de grader au sein de la protection civile. Dans ces conditions, il ne peut être fait reproche à ce dernier d'avoir considéré - de bonne foi - que les courts épisodes dépressifs de 2004 et de 2005 étaient sans importance et ne rentraient pas dans la définition de « *troubles de santé ou atteintes à la santé* » selon la cinquième question - laquelle est d'ailleurs rédigée de manière très large - du formulaire de santé en lien avec la police n° [...]2. Il en est de même des carences affectives relevées par la médecine militaire, dès lors que ces dernières ne constituent pas une atteinte à la santé - autonome - au sens objectif du terme, mais sont plutôt les fruits de la relation conflictuelle entre C._____ et sa mère.

d) A l'aune des précédentes considérations, il appert que c'est à tort que la défenderesse a estimé que le demandeur avait commis une réticence en lien avec ses suivis psychiatriques durant l'adolescence et entre 2012 et 2014, ainsi qu'avec ses affections psychiques entre 2004 et 2005 (épisodes dépressifs et carences affectives) au moment de remplir

les formulaires de santé précédant la conclusion des contrats de prévoyance liée n^{os} [...]2 et [...]5. Elle n'était en conséquence pas légitimée à résilier ces derniers.

6. a) Le demandeur ayant annoncé à la défenderesse une incapacité de gain les 22 juillet 2019 (au nom de la société D. _____ Sàrl) et 9 janvier 2020 (à son propre nom), il reste encore à déterminer s'il est en droit de prétendre à la libération de l'obligation de payer les primes afférentes aux deux contrats susmentionnés. Sur ce point, les polices d'assurance n^{os} [...]2 et [...]5 prévoient, pour ce motif, une libération du paiement de la prime, compte tenu d'un délai d'attente de vingt-quatre mois pour la première et de douze mois pour la seconde. Les conditions générales d'assurance [...]6 (intégrées à la police n^o [...]2) et [...]8 (intégrées à la police n^o [...]5) contenant les « Dispositions applicables à l'assurance en cas d'incapacité de gain » précisent toutes deux, au chiffre 1.1., qu'« [i]l y a une incapacité de gain lorsque, à la suite d'une maladie ou d'un accident, la personne assurée est empêchée d'exercer sa profession ou une autre activité rémunérée et subit, de ce fait, une perte de revenu. [...] ». Le chiffre 2 expose, quant à lui, que « [l]e montant des prestations dépend du degré d'incapacité de gain : - Une incapacité de gain de $\frac{2}{3}$ ou plus donne droit aux prestations entières. - Si l'incapacité de gain est inférieure au $\frac{2}{3}$, le montant des prestations est proportionnel au degré de l'incapacité de gain. - Pour une incapacité de gain inférieure à $\frac{1}{4}$, aucune prestation n'est accordée. ». Il spécifie en outre que le preneur d'assurance a « droit aux prestations d'assurance si l'incapacité de gain est survenue pendant la durée d'assurance contractuelle et qu'elle persiste, sans interruption, au-delà du délai d'attente convenu », ce dernier commençant « à courir au plus tôt au moment où la personne assurée se soumet à un traitement médical ».

b) En l'occurrence, ainsi que cela ressort du rapport d'expertise de la Dre N. _____ et de l'arrêt du 3 juillet 2023 de la Cour de céans, le demandeur n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de vendeur indépendant depuis 2019. Sa capacité de travail est en revanche pleine depuis toujours dans une activité adaptée, à savoir

une activité indépendante avec peu de relations interprofessionnelles, dans un environnement bienveillant, calme et sans stress. Ce constat est corroboré par l'extrait du compte individuel AVS produit avec l'écriture du 12 février 2024, lequel atteste que C._____ a travaillé en qualité d'indépendant en 2021 et 2022. Il ne subit, partant, aucune incapacité de gain au sens du ch. 1.1 des conditions générales d'assurance [...]6 et [...]5, dès lors qu'il n'est nullement empêché d'exercer une autre activité rémunérée. Il n'arrive à tout le moins pas à le démontrer, étant rappelé que le fardeau de la preuve de la survenance du cas d'assurance incombe à l'ayant droit (cf. ATF 148 III 105 consid. 3.3.1). Dans ces conditions, il ne peut exiger de se voir libéré de l'obligation de payer les primes relatives aux polices n^{os} [...]2 et [...]5.

7. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le demandeur, par l'audition de Mme [...] ainsi que de MM. [...] et [...]. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

8. a) En définitive, la demande déposée le 21 octobre 2021 par C._____ doit être partiellement admise. La résiliation des contrats de prévoyance liée n^{os} [...]2 et [...]5 est annulée. Le demandeur ne peut en revanche prétendre à être libéré de l'obligation de payer les primes relatives à ces deux contrats.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP).

c) Vu le sort de ses conclusions, la partie demanderesse a droit à une indemnité de dépens réduite à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi de

l'art. 109 LPA-VD). Après examen de la liste des opérations déposée le 11 avril 2023 par Me Alexandre Lehmann, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 6'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie défenderesse (art. 10 et 11 TFJDA).

d) La partie demanderesse est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. La liste des opérations précitée ne peut en effet être intégralement suivie, dans la mesure où l'activité déployée - soit un total de près de 52 heures - dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Ce faisant, il n'y a pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** La demande est partiellement admise.
- II.** La résiliation des contrats de prévoyance liée n^{os} [...]2 et [...]5 est annulée. C._____ ne peut en revanche prétendre à la libération de l'obligation de payer les primes, tel que prévu par ces deux contrats en cas d'incapacité de gain.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** I._____ SA versera à C._____ une indemnité de 6'000 fr. (six mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour C. _____),
- Me Julien Pache (pour I. _____ SA),
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :