

BGer 9C_589/2024 vom 12. November 2025

Bundesgericht, 2025-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_589_2024

FR: TF 9C_589/2024 du 12 novembre 2025

IT: TF 9C_589/2024 del 12 novembre 2025

Erwägungen

E. 1

Les deux recours sont dirigés contre le même arrêt. Ils opposent les mêmes parties, portent sur un état de faits identique et soulèvent des questions juridiques communes. Il convient donc de joindre les causes et de statuer dans un seul arrêt (cf. art. 24 al. 2 PCF en lien avec l'art. 71 LTF ; voir également ATF 131 V 59 consid. 1; arrêt 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 1, non publié in ATF 139 V 176).

E. 2

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 IIIe Cour de droit public du Tribunal fédéral est compétente (art. 31 let. f du Règlement du Tribunal fédéral du 20 novembre 2006 [RS 173.110.131] en relation avec les art. 49 et 73 LPP).

E. 3

Le recours en matière de droit public peut être interjeté pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF . Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF). Il statue par ailleurs sur la base des faits établis par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l'art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). Le recourant qui entend s'en écarter doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l'art. 105 al. 2 LTF sont réalisées sinon un état de fait divergent ne peut pas être pris en considération.

E. 4.1

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si les contrats d'assurance de prévoyance liée (n os xxxet yyy) conclus entre AXA Vie et A. _____ ont été valablement résiliés par la première pour cause de réticence du second. Dans la négative, le litige porte également sur le droit de l'assuré à la libération de l'obligation de payer les primes relatives aux deux polices d'assurance.

E. 4.2

La loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1) s'applique en principe aux contrats d'assurance de prévoyance liée du pilier 3a selon l'art. 82 al. 1 LPP (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2022; cf. aujourd'hui, art. 82 al. 1 let. a LPP) et l'art. 1 al. 1 let. a de l'ordonnance du 13 novembre 1985 sur les déductions admises fiscalement pour les cotisations versées à des formes reconnues de prévoyance (OPP 3; RS 831.461.3; cf. ATF 141 V 405 consid. 3.3 et les références; arrêt 9C_638/2024 du 24 février 2025 consid. 3.2 et la référence). Elle complète les règles de l'OPP 3 et les principes tirés du

droit de la prévoyance professionnelle applicables dans ce cadre (à ce sujet, ATF 141 V 405 consid. 3.2).

E. 4.3

L'arrêt entrepris expose de manière complète les dispositions légales et les principes jurisprudentiels relatifs à la notion de réticence selon l'art. 6 al. 1 LCA et aux déclarations obligatoires au sens de l'art. 4 LCA (ATF 136 III 334 consid. 2.3; 134 III 511 consid. 3.3; arrêt 4A_288/2022 du 1er juin 2023 consid. 3), dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, ici déterminante (cf. art. 1 al. 1 Tit. fin. CC, qui instaure le principe de la non-rétroactivité des lois, en relation avec la disposition transitoire relative à la modification du 19 juin 2020 contenue à l'art. 103a LCA [RO 2020 4969]). Il rappelle également les conditions de validité de la résiliation (comme conséquence de la réticence [art. 6 LCA; ATF 129 III 713 consid. 2.1; arrêts 4A_288/2022 précité consid. 3; 9C_35/2022 du 19 décembre 2022 consid. 3 et les références]). Il suffit d'y renvoyer.

E. 5.1

Concernant le premier aspect du litige (résiliation en lien avec une réticence), soit tout d'abord le respect du délai de quatre semaines selon l'art. 6 al. 2 LCA, la juridiction cantonale a constaté que ce délai avait été respecté s'agissant de la résiliation du 6 février 2020 en relation avec la réticence portant sur les éléments médicaux qu'AXA Vie avait découverts lorsque le dossier de l'assurance-invalidité lui avait été envoyé le 10 janvier 2020. Ce dossier, qui contenait notamment le rapport initial de l'office AI du 8 février 2019 et le dossier médical de l'armée, mettait en évidence que l'assuré avait consulté un psychiatre durant l'adolescence, puis entre 2012 et 2014 et qu'il avait été déclaré inapte au service militaire 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. En attendant le 6 mai 2021, puis le 25 janvier 2022, pour se prévaloir des autres motifs de réticence qu'elle invoquait (présence depuis l'enfance d'une symptomatologie typique du syndrome d'Asperger à l'origine des multiples échecs sur le plan de la formation professionnelle et manifestation d'idées noires et suicidaires entre 2004 et 2005; consommation excessive d'alcool au moins en 2005 et consommation de cannabis au moins jusqu'en 2001), AXA Vie avait en revanche vraisemblablement tardé à agir. En effet, l'expertise de la docteure D. _____ du 8 juin 2020, qui lui avait permis 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 avait été communiquée le 5 mars 2021 par l'office AI (avec le reste du dossier). Quant aux épisodes de consommation d'alcool en 2005 et de cannabis en 2001, AXA Vie en avait eu connaissance en janvier 2020, lorsque l'office AI lui avait communiqué pour la première fois le dossier de l'assurance-invalidité, qui contenait notamment le dossier médical de l'armée.

Les premiers juges ont ensuite nié que la déclaration de résolution des contrats de prévoyance intervenue en temps utile le 6 février 2020 répondît aux exigences légales et jurisprudentielles en la matière, avec pour conséquence qu'ils ont annulé la résiliation desdits contrats. Ils ont en effet considéré que l'assuré n'avait commis de réticence en lien ni avec ses suivis psychiatriques durant l'adolescence et entre 2012 et 2014 ni 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 xxx et yyy.

E. 5.2

AXA Vie se prévaut d'une violation des principes juridiques applicables à la réticence (art. 4 et 6 LCA), ainsi que d'un établissement incomplet des faits et d'une violation de son droit d'être entendue. Elle fait en substance grief à la juridiction cantonale d'avoir "écarté la résiliation des polices d'assurance n os xxx et yyy en raison d'une réticence commise par l'[assuré]". Sous l'angle du "bien[-]fondé de la réticence", AXA Vie reproche à la juridiction cantonale de s'être "écartée" des pièces du dossier, en particulier du rapport initial établi par l'office AI le 8 février 2019 et du dossier médical de l'armée, et d'avoir minimisé le réel état de santé de l'assuré. Dans ce contexte, elle allègue que A. _____ aurait violé son devoir d'information en ne répondant pas correctement aux questions claires et sans équivoque qu'elle avait posées et que tous les faits se rapportant à ces questions étaient déterminants (cf. art. 4 al. 3 LCA) pour l'examen, par ses soins, de la conclusion des polices d'assurance en cause.

E. 6.1

En ce qui concerne tout d'abord son droit d'être entendue (art. 29 al. 2 Cst.), AXA Vie invoque l'"absence d'une motivation". Elle reproche à la juridiction cantonale de ne pas avoir résumé le contenu du rapport initial de l'office AI du 8 février 2019, ainsi que celui du dossier médical de l'armée et de la décision d'inaptitude au service militaire concernant l'assuré, dans la partie "En fait" de son jugement. Elle fait valoir que l'absence de description de ces pièces ne lui avait pas permis de "contester correctement" le jugement entrepris et requiert que l'état de fait soit complété en conséquence.

E. 6.2

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) l'obligation pour le juge de motiver ses décisions, afin que le justiciable puisse les comprendre et exercer son droit de recours à bon escient. Pour satisfaire à cette exigence, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision. Elle n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais elle peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (parmi plusieurs: ATF 143 III 65 consid. 5.2; 142 II 154 consid. 4.2; 134 I 83 consid. 4.1). Savoir si la motivation présentée est convaincante est une question distincte de celle du droit à une décision motivée. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé le juge, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références).

E. 6.3

Le grief de violation du droit d'être entendue de la recourante pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé en l'espèce. Quoi qu'elle en dise, AXA Vie a compris les motifs qui ont guidé la juridiction cantonale, puisqu'elle remet en cause ceux-ci de manière topique dans son recours. Son grief se confond avec celui de violation des art. 4 et 6 LCA et sera examiné sous cet angle (cf. consid. 7 infra). Quant aux critiques de la recourante relatives à la partie "En fait" du jugement cantonal, qui ne "mentionne nullement" certains aspects du dossier, alors même qu'ils font l'objet du raisonnement juridique de l'instance précédente, elles ne sont pas davantage fondées. Il suffit de rappeler qu'il n'est pas critiquable, pour la juridiction cantonale, de détailler certains faits dans la partie "En droit"

de la décision (cf. arrêt 9C_187/2024 du 19 septembre 2024 consid. 5.3 et la référence). Partant, il n'y a pas lieu de tenir compte d'un état de fait qui divergerait de celui qui est contenu dans le jugement attaqué (cf. consid. 3 supra).

E. 7.1

S'agissant du litige sur le fond, il convient en premier lieu d'examiner si c'est à bon droit que la juridiction cantonale a considéré que A._____ n'avait pas commis de réticence en répondant par la négative aux questions 4, 5 et 6 du formulaire de santé relatif à la police n° xxx et aux questions 2 et 3 du formulaire de santé relatif à la police n° yyy.

E. 7.2

Les questions concernant l'état de santé et portant sur les dix dernières années (questions 4, 5 et 6 du questionnaire personnel relatif à la police n° xxx), auxquelles A._____ a répondu par la négative, le 5 novembre 2013, avaient la teneur suivante:

"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. Êtes-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? [...]"

Les questions concernant l'état de santé et portant sur les dix dernières années (questions 2 et 3 du questionnaire personnel relatif à la police n° yyy), auxquelles A._____ a répondu par la négative, le 14 septembre 2017, avaient la teneur suivante:

"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, opérations, trouble ou maladie non mentionné ici? [...]

3. Êtes-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? [...]"

E. 7.3.1

Dans un premier moyen, AXA Vie soutient qu'elle devait "être fondée à justifier les motifs invoqués dans son courrier du 6 février 2020 invoquant la réticence" en se référant au bilan de la psychologue C._____ du 29 juin 2016 et au rapport d'expertise de la docteure

D._____ du 8 juin 2020. Elle fait à cet égard valoir qu'il ressort du rapport de la psychologue C._____ que A._____ avait une pleine conscience du fait que sa personnalité s'éloignait de la norme et que cette conscience était telle qu'il avait entrepris des démarches auprès de spécialistes dans le domaine de la santé pour comprendre et élucider les troubles dont il était affecté. Quant au rapport de la doctoresse D._____, il n'aurait "pas mentionné d'autres atteintes que celles dont il était fait état dans la lettre du 6 février 2020 invoquant la réticence". AXA Vie conteste en définitive n'avoir pas invoqué la réticence en temps utile s'agissant du diagnostic de syndrome d'Asperger.

E. 7.3.2

Quoi qu'en dise AXA Vie, dans son courrier du 6 février 2020, elle a résilié les contrats d'assurance relatifs aux polices n os xxx et yyy en se prévalant d'une réticence en relation, d'une part, avec un suivi psychiatrique durant l'adolescence et de 2012 à 2014 et, d'autre part, avec une décision d'inaptitude au service militaire prononcée en 2006 "pour les affections psychiques (personnalité marquée par les carences affectives, antécédents de réaction dépressive en 2004 et 2005)". Elle n'a alors nullement mentionné le syndrome d'Asperger suspecté par la psychologue C._____ dans son rapport du 29 juin 2016 en lien avec une personnalité que l'assuré "considérait lui-même comme anormale" selon l'assureur, et ce, malgré le fait que ce rapport était en sa possession depuis le mois de janvier 2020, selon les constatations non contestées de l'instance précédente. Dans la mesure où AXA Vie se réfère au rapport de la doctoresse D._____ en affirmant qu'il permet de confirmer le diagnostic de syndrome d'Asperger (suspecté par la psychologue C._____), "étant précisé que les symptômes liés à ce diagnostic existaient déjà depuis l'adolescence de l'[intéressé], ce dont ce dernier était conscient", son argumentation est en conséquence également mal fondée. On rappellera à cet égard que 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; arrêts 4A_288/2022 précité consid. 3; 4A_376/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.3.1). Partant, il n'y a pas lieu de s'écarter de la considération de la juridiction cantonale, selon laquelle la symptomatologie typique du syndrome d'Asperger depuis l'enfance n'a pas à être prise en compte dans l'analyse consécutive visant à démontrer si c'est à juste titre qu'AXA Vie a résilié les contrats de prévoyance liée n os xxx et yyy. En attendant le 6 mai 2021 et le 25 janvier 2022 pour se prévaloir de ce motif de réticence, la recourante a en effet tardé à agir.

E. 7.4

AXA Vie fait ensuite valoir que A._____ ne pouvait pas, de bonne foi, répondre par la négative aux questions 4 à 6 du questionnaire personnel relatif à la police n° xxx et aux questions 2 et 3 du questionnaire personnel relatif à la police n° yyy, 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). L'argumentation de l'assureur est mal fondée, pour les raisons qui suivent.

E. 7.4.1

S'agissant du "premier suivi psychologique de l'assuré", c'est en vain qu'AXA Vie reproche à l'instance précédente d'avoir considéré qu'il "se serait terminé au milieu de l'année 2003", sans exposer "à quel suivi elle fai[sai]t allusion". À la lecture du jugement entrepris, on constate que les premiers juges se sont référés au suivi psychiatrique durant l'adolescence

dont avait fait état la recourante dans son courrier du 6 février 2020 comme motif de réticence. Ils ont exposé à cet égard que l'assuré (né en 1985) n'avait pas atteint la majorité au moment des premières consultations psychiatriques, qui avaient eu lieu avant le milieu de l'année 2003. Dans ce contexte, ils ont également dûment expliqué que les deux formulaires de santé avaient 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. En conséquence, la considération de l'instance précédente, selon laquelle l'assuré n'était pas obligé d'informer AXA Vie du suivi psychiatrique effectué avant sa majorité, doit être confirmée.

E. 7.4.2

Concernant le suivi psychiatrique réalisé entre 2012 et 2014, la juridiction cantonale a constaté, en se fondant sur les déclarations de l'assuré, qu'il avait en réalité été initié par son épouse de l'époque et que l'intéressé avait été invité sporadiquement à participer aux séances. Au regard de la question 6 du questionnaire personnel relatif à la police n° xxx et de la question 3 du formulaire de santé concernant la police n° yyy, lesquelles se référaient explicitement aux traitements et aux contrôles personnels auprès d'un médecin, d'un chiropraticien ou d'un psychologue (consid. 7.2 supra), elle a ainsi considéré que A. _____ n'était pas tenu de comprendre, de bonne foi, que le suivi entre 2012 et 2014 était visé par lesdites questions et, partant, de l'annoncer à AXA Vie. Selon les juges précédents, il apparaissait peu crédible qu'AXA Vie eût refusé de conclure les deux assurances - ou en tout cas pas aux mêmes conditions - dans l'hypothèse où elle eût été mise au courant de cette information, dans la mesure où les consultations avaient porté sur des problématiques inhérentes au couple que formait par le passé l'assuré avec son ex-épouse, à savoir des problématiques étrangères à l'état de santé de ce dernier.

En se limitant à affirmer que la thérapie de couple n'est que "la forme [...] hypothétiquement prise" par le suivi d'ordre psychique réalisé entre 2012 et 2014, AXA Vie n'établit pas que et en quoi l'instance précédente se serait "écartée" des pièces du dossier et en aurait tiré des constatations manifestement inexacts ou arbitraires. À la lecture du rapport initial de l'office AI du 8 février 2019, il apparaît en effet que le suivi durant 2012/2013 et 2014 avait lieu sous forme de thérapie de couple. Pour le surplus, on ne voit pas en quoi le point de savoir si ladite thérapie a été initiée à la demande de l'assuré ou de son épouse serait déterminant en l'espèce.

E. 7.4.3

Quant aux affections psychiques entre 2004 et 2005 (à l'origine de l'inaptitude au service militaire), l'instance précédente a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles elles ne pouvaient pas être qualifiées de faits importants au sens de l'art. 6 al. 1 LCA. Il ressortait en effet du dossier médical de l'armée qu'il s'agissait d'affections purement passagères (réactions dépressives survenues après le décès du père de l'assuré et à la suite d'une rupture amoureuse en 2005), qui n'avaient pas nécessité de suivi sur le plan psychologique (seules quelques séances avaient été nécessaires après la mort du père de l'assuré, en 2004, avec prescription d'un traitement anxiolytique pour une durée d'à peine un mois). Dans ces conditions, les premiers juges ont admis qu'il ne pouvait pas être reproché à l'assuré 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 question 5 du formulaire de santé en lien avec la police n° xxx.

En ce qu'elle se contente d'affirmer que lorsqu'un "état de santé justifie une décision d'inaptitude au service militaire, [il] présente indiscutablement une intensité suffisante pour considérer qu'il doit être mentionné dans le questionnaire de santé" et que la "minimisation du réel état de santé de l'[assuré] par l'Autorité inférieure viole indiscutablement l' art. 4a LCA et 6 aLCA", AXA Vie ne s'en prend pas sérieusement à l'appréciation des juges précédents. La décision d'inaptitude au service militaire répond à des conditions et des motifs qui lui sont propres et n'implique pas, en tant que telle et sans aucune précision, une atteinte à la santé au sens des questions contenues dans les formulaires de santé d'AXA Vie, contrairement à l'affirmation appellatoire de celle-ci. AXA Vie ne peut pas davantage être suivie lorsqu'elle affirme de manière péremptoire que l'assuré aurait dû faire état des traitements médicamenteux dont il a bénéficié. Il ressort en effet des constatations cantonales, qui lient la Cour de céans (cf. consid. 3 supra), que seul un traitement anxiolytique pour une durée d'à peine un mois avait été prescrit à l'intéressé à la suite du décès de son père survenu en 2004. Par ailleurs, en se limitant à reprocher aux premiers juges d'avoir admis que l'assuré n'avait pas à mentionner ses carences affectives dans le questionnaire de santé, AXA Vie ne remet pas en cause leurs constatations selon lesquelles les carences affectives relevées par la médecine militaire ne constituaient pas une atteinte à la santé - autonome - au sens objectif du terme, mais étaient "plutôt les fruits" de la relation conflictuelle entre A. _____ et sa mère. Pour le surplus, AXA Vie ne conteste pas les constatations de l'instance précédente quant au caractère tardif de la résiliation des polices d'assurance en relation avec la réticence portant sur les épisodes de consommation d'alcool et de cannabis mis en évidence également dans le dossier sanitaire de l'armée.

E. 7.5

En définitive, compte tenu des arguments avancés, la considération de l'instance précédente, selon laquelle AXA Vie n'était pas légitimée à résilier les contrats de prévoyance liée n os xxx et yyy, faute de réticence de l'assuré, doit être confirmée. Le recours d'AXA Vie (cause 9C_605/2024) est mal fondé.

E. 8.1

Étant donné que les contrats d'assurance de prévoyance liée (n os xxx et yyy) n'ont pas été valablement résiliés par AXA Vie (consid. 7 supra), il reste à examiner le grief de l'assuré relatif à son droit d'être libéré de l'obligation de payer les primes afférentes auxdits contrats, droit que l'instance précédente a nié. Les premiers juges ont justifié leur point de vue en indiquant qu'il ressortait des différentes pièces figurant au dossier que l'intéressé avait toujours présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

E. 8.2

À l'appui de son recours, A. _____ invoque une violation des règles d'interprétation des contrats, un établissement manifestement inexact des faits, ainsi qu'une violation de son droit d'être entendu et de la maxime d'office. Il s'en prend d'abord à l'interprétation qu'ont faite les juges précédents du "ch. 1.1 des CGA", en particulier de la notion d'"incapacité de gain" y figurant, en leur faisant grief de s'être référés à la pratique issue du droit des assurances sociales pour considérer qu'il était capable de travailler et qu'il ne subissait aucune incapacité de gain "au sens du chiffre précité des CGA". Pour le cas où, par impossible, la Cour de céans ne serait pas convaincue par le fait que la Cour des assurances sociales vaudoise devait "interpréter le chiffre 1.1. des CGA à l'aune du droit privé", le recourant reproche aux juges précédents d'avoir établi les faits de façon manifestement

inexacte et d'avoir procédé à une appréciation arbitraire des preuves, en "omettant, sans raison sérieuse", de tenir compte de l'arrêt rendu le 3 juillet 2023 dans la cause le concernant en matière d'assurance-invalidité pour déterminer son "incapacité de gain". Dans cet arrêt, le Tribunal cantonal vaudois a admis un taux d'invalidité de 56 %, ouvrant le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1er décembre 2020, après avoir constaté que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de vendeur indépendant depuis 2019, mais disposait d'une pleine capacité de travail depuis toujours dans une activité adaptée. Dans ce contexte, l'assuré conteste avoir toujours présenté une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en affirmant présenter une incapacité de gain totale, dans la mesure où ses chances réelles de succès de trouver un emploi sont nulles, compte tenu de la situation actuelle du marché du travail.

E. 8.3

On rappellera qu'en droit des assurances privées, la notion d'incapacité de gain se définit, si les parties n'ont rien convenu d'autre, comme une atteinte définitive à l'intégrité corporelle diminuant la capacité de travail, sans qu'il soit nécessaire que l'assuré éprouve effectivement un préjudice économique ensuite de l'atteinte à la santé (cf. ATF 127 III 100 consid. 2a; 118 II 447 consid. 2b et les arrêts cités; arrêt 4A_644/2014 du 27 avril 2015 consid. 2.2). Cela étant, si la LCA s'applique en principe aux contrats d'assurance de prévoyance liée du pilier 3a et complète les règles de l'OPP 3 et les principes tirés du droit de la prévoyance professionnelle applicables dans ce cadre (supra consid. 4.2), le Tribunal fédéral a jugé que la notion d'invalidité dans le pilier 3a ne devait pas être interprétée de manière plus large que dans le deuxième pilier (ATF 141 V 405 consid. 3.2); la survenance du risque assuré suppose que l'atteinte à la santé ait des effets sur la capacité de gain ou la capacité d'exercer sa profession de la personne assurée ("Auswirkungen auf die Erwerbs- bzw. Berufsfähigkeit der betroffenen Person"; arrêt 2A.292/2006 du 15 janvier 2007 consid. 6.4). Dans le deuxième pilier, lorsqu'une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité dans l'assurance-invalidité (à savoir une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée; cf. art. 4 LAI , en relation avec les art. 7 et 8 LPGA), elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité, sauf lorsque cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1 et les arrêts cités). Les principes relatifs à la force contraignante des décisions des organes de l'assurance-invalidité pour les institutions de prévoyance qui s'appliquent dans la prévoyance professionnelle obligatoire ne peuvent cependant pas être invoqués subsidiairement dans le pilier 3a (ATF 141 V 439 consid. 4.2).

E. 8.4

Selon le ch. 1.1 des "Dispositions applicables à l'assurance en cas d'incapacité de gain" contenues dans les conditions d'assurance pour la prévoyance liée applicables aux polices nos xxx et yyy (ci-après: dispositions contractuelles), dûment cité par l'instance précédente et auquel se réfère aussi l'assuré, il y a 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. L'incapacité de gain, selon la disposition contractuelle, suppose donc que l'intéressé subisse une incapacité de travail dans sa profession ou une autre activité rémunérée qui implique une perte de gain effective. Cette définition rejoint celle de l'invalidité dans le deuxième pilier et dans l'assurance-invalidité, puisqu'il est question d'une incapacité de travail dans la profession exercée ou dans une

activité adaptée. Dans ce contexte, le ch. 1.2 des dispositions contractuelles prévoit que le degré d'incapacité de gain des personnes exerçant une activité rémunérée est déterminé sur la base de la perte de gain subie par la personne assurée. À cet effet, on compare le "revenu obtenu avant la survenance de l'incapacité de gain avec le revenu obtenu ou qui pourrait l'être par la suite sur un marché du travail équilibré". Il est également précisé que "[l]es examens et les décisions de l'assurance-invalidité fédérale et de l'assurance-accidents relatifs au degré d'invalidité de la personne assurée peuvent être pris en considération, mais n'ont aucun caractère obligatoire".

En considérant que l'assuré ne subit aucune incapacité de gain, dès lors qu'il n'est nullement empêché d'exercer une autre activité adaptée (à savoir une activité indépendante avec peu de relations interprofessionnelles, dans un environnement bienveillant, calme et sans stress), la juridiction cantonale s'est fondée uniquement sur la notion de capacité de travail et a ignoré la question de savoir si l'exercice de l'activité adaptée retenue impliquait une incapacité de gain pour l'assuré au sens des dispositions contractuelles. Ce faisant, en violation du droit, elle s'est écartée de la définition de la notion d'invalidité convenue entre les parties, qui inclut la perte de gain entraînée par l'empêchement de travailler déterminée par une comparaison des revenus (cf. ch. 1.2 des dispositions contractuelles). Dès lors que la juridiction cantonale a manqué d'examiner l'existence d'une "incapacité de gain" - question d'autant plus déterminante que le Tribunal cantonal a reconnu une perte de gain au sens du droit de l'assurance-invalidité (cf. arrêt cantonal du 3 juillet 2023) -, la cause doit lui être renvoyée afin qu'elle y remédie, puis rende une nouvelle décision quant à la libération de l'obligation de payer les primes afférentes aux polices de prévoyance liée nos xxx et yyy. La conclusion subsidiaire du recours de A. _____ (cause 9C_589/2024) se révèle ainsi bien fondée sans qu'il n'y ait lieu d'examiner plus avant les autres griefs du prénommé dans ce contexte. L'arrêt cantonal doit être annulé en tant qu'il nie le droit de A. _____ à la libération de l'obligation de payer les primes.

E. 9.1

Le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision revient à obtenir gain de cause (cf. ATF 141 V 281 consid. 11.1). Les frais judiciaires et les dépens de la procédure 9C_589/2024 sont dès lors mis à la charge d'AXA Vie (art. 66 al. 1 et 68 al. 1 LTF).

E. 9.2

AXA Vie, qui succombe, supportera les frais de la procédure 9C_605/2024 (art. 66 al. 1 LTF), ainsi que les dépens que peut prétendre l'assuré (art. 68 al. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.