

VD_FINDINFO PP 34/16 - 15/2018 vom 15. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_PP_34_16_-_15_2018

FR: VD_FINDINFO PP 34/16 - 15/2018 du 15 août 2018

IT: VD_FINDINFO PP 34/16 - 15/2018 del 15 agosto 2018

Regeste

VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, DÉCLARATION DE SANTÉ, PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE LIÉE, INTÉRÊT MORATOIRE | 104 al. 1 CO, 105 al. 1 CO, 4 LCA, 6 LCA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.08.2018 PP 34/16 - 15/2018

VIOLATION DE L'OBLIGATION D'ANNONCER, DÉCLARATION DE SANTÉ, PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE LIÉE, INTÉRÊT MORATOIRE | 104 al. 1 CO, 105 al. 1 CO, 4 LCA, 6 LCA

TRIBUNAL CANTONAL PP 34/16 - 15/2018 ZI16.056748 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Jugement du 15 août 2018 _____

Composition : Mme Dessaux , présidente Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges Greffier : M. Favez ***** Cause pendante entre : U. _____ , à [...], demandeur, représenté par Me Julien Lanfranconi, avocat à Lausanne, et O. _____ , à [...], défenderesse, représentée par Me Guy Lonchamp, avocat à Assens. _____ Art. 4 et 6 LCA E n f a i t : A. En date du 25 août 1993, U. _____ (ci-après également : l'assuré ou le demandeur), né en [...], a conclu un contrat d'assurance sur la vie relevant de la prévoyance individuelle liée (pilier 3a) pour une durée de quarante-cinq ans avec Z. _____ (ci-après : Z. _____), devenue depuis lors O. _____ (ci-après également : O. _____ ou la défenderesse), dont le siège est à [...]. La police d'assurance, n° [...], établie le 31 août 1993..., a pris effet dès le 25 août 1993. Elle prévoyait, au titre de prestations assurées, moyennant le versement d'une prime annuelle de 2'376 fr., un capital en cas de vie d'un montant de 100'000 fr. payable à l'échéance du contrat fixée au 25 août 2038, un capital identique en cas de décès avant cette date, une rente annuelle de perte de gain de 18'000 fr. pendant la durée contractuelle de quarante-cinq ans, versée après un délai d'attente de vingt-quatre mois, ainsi que la libération du paiement des primes en cas d'incapacité de gain. La proposition d'assurance du 25 août 1993 incluait un questionnaire complété par l'assuré. Il a notamment répondu par la négative aux questions de savoir s'il souffrait ou avait souffert de troubles nerveux (question 12c), d'épilepsie, dépressions, maladies mentales, maladies du système nerveux, de rhumatisme, sciatique, douleurs dans le dos, maladies ou lésions de la colonne vertébrale (question 12f), ou de toxicomanie (drogues, médicaments ou alcool) (question 12i). Il a répondu par l'affirmative à la question générale de son aptitude au travail (question 3) et aux questions de savoir s'il avait été examiné ou soigné par un médecin au cours des trois dernières années (question 1a), s'il souffrait ou avait souffert d'autres maladies, troubles de la santé ou blessures non encore cités (question 12k) dans le questionnaire catégorisant les atteintes à la santé, s'il avait déjà subi une opération (question 13a) ou s'il avait été soigné

dans un hôpital, un sanatorium, une clinique ou un établissement de cure (question 13c). En relation avec ces questions spécifiques, il a précisé avoir été déclaré en bonne santé à la faveur d'un contrôle médical en 1992, subi une opération de l'appendicite en 1981 et du ménisque droit en avril 1989. En date du 1^{er} septembre 1995, la police d'assurance a été complétée dans le sens d'une rente annuelle de perte de gain supplémentaire de 12'000 fr., pour une durée de quarante-trois ans, avec prime annuelle de 394 francs. Un questionnaire de santé identique au précédent a été soumis à cette occasion au demandeur. Celui-ci a donné les mêmes réponses, sous réserve de la mention d'une opération des ligaments de la cheville gauche en décembre 1994. B. A partir de juin 1996, le demandeur a présenté des incapacités de travail variant de 50 à 100 %, principalement consécutives à une lésion de la cheville gauche, entraînant la libération du paiement des primes et le service d'une rente conformément aux clauses de la police d'assurance. Le 28 novembre 2000, en relation avec cette atteinte, le demandeur a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 5 novembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI-VD) a octroyé à l'assuré une rente entière d'octobre 2000 à juin 2001, une demi-rente jusqu'en janvier 2002, puis à nouveau une rente entière dès février 2002, l'état de santé de l'intéressé s'étant aggravé dès fin 2001 en raison d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, chez une personnalité paranoïaque. La défenderesse a dès lors versé une rente entière de perte de gain. Lors des révisions subséquentes, le droit à la rente entière sera maintenu, ce par communications du 7 septembre 2006 et du 19 mars 2010 de l'OAI-VD, et du 24 août 2015 de l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE). C. Dans les dossiers de l'OAI-VD et de l'OAIE, qui seront produits dans la présente cause dans leur état au 6, respectivement 11 avril 2018, figurent les pièces suivantes, reportées ci-dessous en fonction de leur date chronologique d'établissement, cas échéant de leur date d'indexation par l'administration lorsqu'elle n'est pas contemporaine à la date de la pièce : - le 28 janvier 1981 (sic), une attestation du Dr S. _____, spécialiste en maladies des enfants et des nourrissons, indexée le 4 février 2010, mentionnant un traumatisme crânio-cérébral avec légère commotion, une amnésie circonstancielle, une plaie frontale gauche et un hématome de l'œil droit, consécutifs à un accident de la circulation du 19 novembre 1981, ayant entraîné une hospitalisation de quatre jours ; - le 15 septembre 1995, un rapport du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale, à l'assureur maladie C. _____, indexé pour la première fois le 13 février 2002 et pour la seconde fois le 27 mai 2011, mentionnant avoir été consulté par son patient, entre autres : · en 1990, pour un lumbago survenu consécutivement à un faux mouvement, traité symptomatiquement, sans arrêt de travail et suivi d'une bonne évolution, · pour une contusion thoracique, traitée symptomatiquement, avec arrêt de travail du 3 avril au 10 mai 1992 et bonne évolution, · pour un examen général en 1993, le status étant sans particularité, excepté une scoliose lombaire, · en 1995, pour deux épisodes de lombalgies entraînant pour l'une un arrêt de travail du 3 au 8 janvier 1995, une radiographie ayant mis en évidence une spondylolisthésis L5-S1 avec bonne évolution sous traitement symptomatique ; - le 7 juin 2005, une demande de Z. _____ de production du dossier, à laquelle il a été donné suite le 4 juillet 2005 ; - le 29 septembre 2006, une demande d'O. _____ de production du dossier dans son état postérieur à juin 2005, demande satisfaite le 5 octobre 2006 ; - le 3 avril 2008, une expertise psychiatrique, indexée le même jour ainsi que le 27 mai 2011, exécutée par le Prof. K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse B. _____, médecin hospitalier, posant le diagnostic totalement incapacitant de troubles mixtes de la personnalité et mentionnant en page 3, un

coma consécutif à un accident de circulation survenu à l'âge de 5 ans et en page 4, deux tentatives de suicide, soit après le mariage du demandeur en 2001 et alors qu'il était âgé de 18 ou 19 ans, ainsi que la consommation d'alcool pendant son école de recrues, une consommation irrégulière de cannabis, sans indication quant à son point de départ, et une consommation isolée de cocaïne en automne 2006 ; - le 2 mars 2010, une demande d'O. _____ de production du dossier dans son état postérieur à septembre 2006, exécutée par l'OAI-VD le 8 mars 2010 ; - le 9 mars 2010, un rapport du médecin psychiatre traitant, le W. _____, relevant la permanence de la symptomatologie dépressive et des symptômes psychotiques et rappelant dans l'anamnèse le traumatisme crânio-cérébral suivi d'hospitalisation survenu dans l'enfance de l'assuré ensuite d'un accident de la circulation ; - le 6 avril 2010, une demande d'O. _____ d'envoi du rapport précité, satisfaite le 13 avril 2010 ; - le 2 août 2011, la transmission du dossier de l'OAI-VD à l'OAIE ; - le 19 août 2013, une demande d'O. _____ tendant à la communication des nouveaux éléments médicaux en possession de l'OAIE, lequel, en date du 19 septembre 2013, a envoyé à la défenderesse les pièces médicales reçues depuis la transmission du dossier de l'assuré par l'OAI-VD ; - le 4 novembre 2014, un rapport de la Dresse L. _____, psychiatre traitant, mentionnant dans l'anamnèse notamment la consommation d'alcool et de marijuana pendant la jeunesse de son patient ; - le 21 mai 2015, une expertise pluridisciplinaire du Centre F. _____ (Centre F. _____), comportant entre autres un volet psychiatrique, et diagnostiquant notamment une schizophrénie résiduelle ; - le 12 août 2015, une demande d'O. _____ sollicitant la transmission des pièces au dossier depuis octobre 2014, dont celle de l'expertise précitée, demande exaucée le 18 août 2015 ; - le 9 décembre 2015, un courriel d'un collaborateur de l'OAIE informant l'assuré de ce que, le 24 septembre 2014, la défenderesse avait requis production de l'intégralité du dossier AI, lequel comptait à l'époque quelque mille pages, dont des documents de C. _____ et l'expertise psychiatrique du 3 avril 2008, et que dit dossier avait été envoyé à O. _____ le 2 octobre 2014 (cf. également pièces 119 et 120 du bordereau de la défenderesse). D. Par courrier recommandé du 9 octobre 2014, O. _____ a résilié le contrat d'assurance, invoquant une réticence de l'assuré en ce sens qu'il avait donné des réponses erronées dans les questionnaires de santé des 25 août 1993 et 1 er septembre 1995, plus particulièrement en taisant l'existence du traumatisme crânio-cérébral survenu le 19 novembre 1981, d'une affection rhumatologique en 1990, en l'occurrence un lumbago, d'une contusion thoracique accidentelle en 1992 entraînant une incapacité de travail du 3 avril au 10 mai 1992 et d'une scoliose lombaire mise en évidence en 1993. La défenderesse a également réclamé la restitution d'un montant de 425'245 fr. 50. Par un second courrier recommandé du 24 août 2015, la défenderesse a derechef résilié le contrat d'assurance en se prévalant d'une réticence de l'assuré, relative à la consommation d'alcool en grande quantité et de cannabis pendant la période d'école de recrue, consommation qu'il n'avait pas rapportée dans les questionnaires de santé du 25 août 1993 et du 1 er septembre 1995 de même qu'une tentative de suicide vers l'âge de 19 ans. En date du 21 janvier 2016, le demandeur, agissant personnellement, a contesté la résiliation au motif que la réticence avait été invoquée tardivement. Il a réitéré cette contestation en date du 17 juin 2016 par l'intermédiaire de son conseil, faisant de surcroît valoir que les atteintes à la santé invoquées à l'appui de la réticence étaient sans rapport avec les prestations reçues. E. U. _____, avec l'assistance de son mandataire, a ouvert action en paiement contre O. _____ par requête de conciliation du 30 septembre 2016 auprès de la Chambre patrimoniale cantonale, concluant à la nullité des résiliations du 9 octobre 2014 et du 24 août 2015 de la police de prévoyance

liée n° [...] du 25 août 1993 et de son complément du 1^{er} septembre 1995. Il conclut également au versement par la défenderesse d'une rente annuelle/mensuelle (sic) de 2'500 fr. avec intérêt à 5 % l'an à compter de l'échéance de chaque rente dès le 9 octobre 2014 jusqu'au 25 août 2038, sous réserve d'une modification du taux d'incapacité. A l'appui de ses conclusions, le demandeur fait valoir que les atteintes invoquées par O. _____ pour cause de réticence sont sans influence sur la conclusion du contrat, faute de relation avec les prétentions actuelles à l'égard de la défenderesse, et qu'il ne pouvait, de bonne foi, se souvenir du traumatisme crânio-cérébral subi en 1981 au vu de son bas âge à l'époque. Il observe également que la résiliation du contrat est tardive et abusive. Le demandeur a retiré dite requête le 15 décembre 2016, ensuite du constat de l'incompétence...] ratione materiae de la Chambre patrimoniale cantonale. Par écriture datée du 15 décembre 2016, déposée le 23 décembre 2016, le demandeur a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en application de l'art. 63 CPC (code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), l'original de la requête de conciliation du 30 septembre 2016. Il a requis de la Cour de céans qu'il soit pris acte de la « demande redéposée » contre O. _____, laquelle sauvegardait la litispendance au sens de l'art. 63 CPC. Par avis du juge instructeur du 6 janvier 2017, un délai au 3 février 2017 a été imparti au demandeur pour indiquer si l'acte du 30 septembre 2016 devait être considéré comme une demande nonobstant son intitulé, auquel cas l'acte introductif devrait être considéré comme déposé le 23 décembre 2016. Par courrier reçu le 2 février 2017, le demandeur a fait valoir que l'acte transmis devait être considéré comme une demande, déposée le 30 septembre 2016, subsidiairement le 23 décembre 2016. Procédant le 26 juin 2017 sur l'acte du 30 septembre 2016, la défenderesse a conclu principalement au rejet de la demande, reconventionnellement à la condamnation du demandeur au remboursement immédiat de 327'600 fr., plus intérêts à 5 % l'an dès le 24 août 2015. Elle soutient que ses questionnaires de santé étaient précis et parfaitement compréhensibles, que les renseignements requis étaient objectivement importants pour l'appréciation du risque, que si les réponses du demandeur avaient été exactes, elle n'aurait pas conclu ou pas aux mêmes conditions la police d'assurance, et que les résiliations étaient intervenues dès la connaissance effective, certaine et complète des réticences respectives. Le montant soumis à restitution tenait compte de la prescription décennale ainsi que de la renonciation à se prévaloir de l'exception de prescription valable pour une durée de deux ans, signée par le demandeur le 25 septembre 2015. Dans sa réplique du 2 octobre 2017, le demandeur a répété ses arguments, précisant encore que sa pratique du sport à haut niveau excluait une consommation abusive d'alcool ou quotidienne de cannabis, et que ses dorsalgies, la contusion thoracique, de même que la scoliose étaient sans séquelles, respectivement sans conséquence, de telle sorte qu'elles n'influaient pas sur ses prétentions à l'égard de la défenderesse, ni n'avaient fondé l'un ou l'autre des arrêts de travail ou incapacité à l'origine du service de la rente d'invalidité. La défenderesse a dupliqué le 19 janvier 2018, maintenant ses conclusions. Elle a relevé que c'était à réception le 7 octobre 2014, de l'intégralité du dossier de l'OAIE formé de 1157 pages sous format CD-ROM, qu'elle avait découvert que certains faits déterminants pour l'acceptation du risque avaient été passés sous silence par le demandeur, puis à nouveau à réception le 24 août 2015 du rapport d'expertise médical du Centre F. _____. Le demandeur s'est déterminé sur les allégués de la duplique par écriture du 5 février 2018. Les faits, de même que les moyens soulevés par les parties, seront pour le surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique infra . F. Par décision du 2 février 2017, le demandeur a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 décembre 2016 sous la forme de

l'exonération d'avances ou de frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Julien Lanfranconi. E n d r o i t : 1. a) Aux termes de l'art. 73 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 (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). b) Les contestations résultant de l'application des contrats de prévoyance liée, bien qu'ils soient essentiellement régis matériellement par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1), sont de la compétence de l'autorité cantonale désignée en vertu de l'art. 73 al. 1 let. b LPP (TF 9C_944/2008 du 30 mars 2009 consid. 2.2). c) L'art. 93 let. c LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) a dévolu à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence instaurée par l'art. 73 al. 1 LPP. d) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) de trouver application en matière de prévoyance professionnelle, il y a lieu d'appliquer sur le plan procédural les règles des art. 106 ss LPA-VD sur l'action de droit administratif. e) S'agissant du for, 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, le domicile du preneur d'assurance constituant à cet égard le point de rattachement qui permet de respecter au mieux les principes généraux de procédure applicables dans le droit des assurances sociales et les intentions du législateur (TF 9C_944/2008 du 30 mars 2009 consid. 5.4). Le demandeur étant domicilié dans le canton de Vaud, la Cour de céans est compétente à raison du for. f) L'action a été ouverte par la demandeur sous la forme d'une requête de conciliation déposée le 30 septembre 2016 devant la Chambre patrimoniale cantonale, retirée le 15 décembre 2016 et réintroduite le 23 décembre 2016 (dates du timbre postal) devant la Cour de céans. Ni la LPP, ni la LPA-VD ne prévoient de requête de conciliation. En matière d'action de droit administratif, les dispositions de la législation sur la procédure civile sont applicables à titre supplétif (art. 109 al. 2 LPA-VD). Selon l'art. 63 al. 1 et 2 CPC, si l'acte introductif d'instance retiré ou déclaré irrecevable pour cause d'incompétence est réintroduit dans le mois qui suit le retrait ou la déclaration d'irrecevabilité devant le tribunal ou l'autorité de conciliation compétent, l'instance est réputée introduite à la date du premier dépôt de l'acte (al. 1). Il en va de même lorsque la demande n'a pas été introduite selon la procédure prescrite (al. 2). Par ailleurs, le principe, selon lequel les délais sont considérés comme respectés si une partie dépose un acte en temps voulu auprès d'une autorité incompétente, a été reconnu par le Tribunal fédéral comme principe général valant pour tous les domaines du droit (ATF 140 III 636 consid. 3.5 ; 121 I 93 consid. 1d ; 118 Ia 241 consid. 3c). Ce principe permet d'éviter tout formalisme excessif et concrétise celui de l'interdiction du déni de justice (ATF 140 III 636 ibidem ; 121 I 93 ibidem). Il ne saurait toutefois être invoqué par la partie qui s'adresse à une autorité qu'elle sait être incompétente (ATF 140 III 636 ibidem). L'application de l'art. 63 al. 1 et 2 CPC à titre de droit supplétif permet de remédier à l'absence de transmission d'office d'un acte par une autorité civile à l'autorité

administrative, tout en respectant le principe constitutionnel de l'interdiction du formalisme excessif. Dans la mesure où il n'est ni établi, ni même allégué que le demandeur savait que la cause ne relevait pas de la compétence de la Chambre patrimoniale cantonale, il convient d'admettre que l'action est réputée introduite le 30 septembre 2016, date du dépôt de la requête de conciliation devant cette autorité (art. 63 al. 1 CPC), dite requête de conciliation valant en l'occurrence demande (art. 63 al. 2 CPC). Pour le surplus, l'acte du 30 septembre 2016 répond aux exigences de forme imposées par les dispositions de la LPA-VD. L'action est donc recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la résiliation du contrat de prévoyance liée, singulièrement sur la question de savoir si la défenderesse pouvait se prévaloir d'une réticence du demandeur.

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) Selon l'art. 4 al. 1 LCA, le proposant doit déclarer par écrit à l'assureur suivant un questionnaire ou en réponse à toutes autres questions écrites, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque. Les faits qu'il faut déclarer sont non seulement ceux qui peuvent constituer une cause de risque, mais aussi ceux qui permettent de supposer l'existence d'une cause de risque ; le preneur n'a en revanche pas à annoncer des faits au sujet desquels il n'est pas interrogé (ATF 134 III 511 consid. 3.3.2). La question posée par l'assureur doit être formulée par écrit et elle doit être rédigée de manière précise et non équivoque (ATF 136 III 334 consid. 2.3 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Le proposant doit répondre de manière véridique aux questions telles qu'il peut les comprendre de bonne foi ; on ne saurait dire qu'il y a réponse inexacte si la question était ambiguë de telle sorte que la réponse donnée apparaît véridique selon la manière dont la question pouvait être comprise de bonne foi par le proposant (ATF 136 III 334 consid. 2.3). b) 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 (ATF 136 III 334 consid. 2.3). D'un point de vue subjectif, la réticence suppose que le proposant connaissait ou aurait dû connaître la vérité (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). 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). De son côté, l'assureur doit examiner avec diligence et esprit critique les réponses qu'il reçoit, faute de quoi il s'expose à ne pas pouvoir invoquer la réticence (art. 8 ch. 3 et 4 LCA). La jurisprudence a cependant souligné qu'il ne fallait pas poser à ce sujet des exigences excessives, afin de ne pas renverser les rôles : il appartient en premier lieu au proposant de donner des réponses véridiques (TF 4A_579/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.5). c) Pour entraîner les effets de la réticence, il faut encore que la réponse inexacte porte sur un fait important pour l'appréciation du risque (art. 4 al. 1 et 6 al. 1 LCA). Sont importants tous les faits de nature à influencer sur la détermination de l'assureur à conclure le contrat ou à le conclure aux conditions convenues (art. 4 al 2 LCA). Pour faciliter la décision, l'art. 4 al. 3 LCA présume que le fait est important s'il fait l'objet d'une question écrite de l'assureur. Il ne s'agit cependant que d'une présomption que l'ayant droit peut renverser (ATF 136 III 334 consid. 2.4 ; 134 III 511 consid. 3.3.4). Ainsi, la jurisprudence a admis que celui qui tait des indispositions sporadiques qu'il pouvait raisonnablement et de bonne foi considérer comme sans importance et passagères, sans devoir les tenir pour une cause de rechutes ou des symptômes d'une maladie imminente aiguë, ne viole pas son devoir de renseigner (ATF 116 II 338 consid. 1b). d) S'agissant des réticences survenues postérieurement au 1^{er} janvier 2006, l'art. 6 LCA a été modifié et exige, pour que l'assureur puisse refuser sa prestation (ATF 138 III 416 consid. 6), que l'inexactitude qui a été l'objet de la réticence ait influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre (art. 6 al. 3 LCA). Pour les réticences qui ont eu lieu avant le 1^{er} janvier 2006 – comme c'est le cas en l'espèce –, cette exigence n'existe pas et l'assureur peut refuser sa prestation même si le fait qui lui a été dissimulé n'a joué absolument aucun rôle dans la survenance du sinistre ou n'exerce aucune influence sur l'étendue de son obligation (sur l'ensemble de la question : ATF 136 III 334 consid. 2.2). Dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2006, l'art. 6 aLCA dispose que si celui qui devait faire la déclaration a, lors de la conclusion du contrat, omis de déclarer ou inexactement déclaré un fait important qu'il connaissait ou devait connaître (réticence), l'assureur n'est pas lié par le contrat, à condition qu'il s'en soit départi dans les quatre semaines à partir du moment où il a eu connaissance de la réticence (FF 1908 II 125 ; RO 24 737). e) En l'occurrence, le contrat d'assurance a été conclu le 25 août 1993 et complété le 1^{er} septembre 1995. Le cas d'espèce doit en conséquence être jugé au regard du droit applicable avant la réforme introduite le 1^{er} janvier 2006 (cf. consid. 4d supra). Il s'ensuit que n'importe quelle dissimulation suffit à justifier la résiliation du contrat et, partant, un refus de prestations. Par ailleurs, les conditions générales applicables au contrat d'assurance en cause prévoient, dans l'hypothèse où le preneur ou l'assuré a répondu inexactement à une question écrite posée lors de la conclusion de l'assurance, que Z._____ peut se départir du contrat dans un délai de quatre semaines après avoir eu connaissance de la réticence (ch. 5.4). En présence d'une teneur similaire à l'art. 6 aLCA, il convient de se référer pour le surplus aux dispositions contenues dans la LCA, notamment sur la notion de faits importants (art. 4 LCA) et à la jurisprudence fédérale rendue en la matière. 5. a) Les effets de la réticence sont lourds pour l'ayant droit : l'assureur est en droit

de résilier le contrat. Non seulement l'assureur n'est plus lié pour l'avenir, mais il peut aussi refuser sa prestation pour un sinistre déjà survenu ou répéter ce qu'il a déjà payé pour un tel sinistre. b) L'assureur qui entend résilier le contrat doit, sous peine de déchéance, le faire dans les quatre semaines qui suivent le moment où il a eu connaissance de la réticence. Ce délai ne commence à courir qu'à partir du moment où l'assureur a eu une connaissance effective, certaine et complète de la réticence, et non pas à partir du moment où il aurait pu en avoir connaissance (TF 4A_54/2011 du 27 avril 2011 consid. 2.4). Le comportement de l'assureur peut cependant être considéré comme abusif s'il a eu la possibilité de prendre connaissance des éléments constitutifs de la réticence longtemps auparavant sur la base des renseignements en sa possession (TF 4A_177/2008 du 14 octobre 2008 consid. 6). 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, sans égard au fait qu'il n'aurait pas respecté le délai pour les autres (ATF 116 II 338 consid. 2a ; 109 II 159 consid. 2). c) Pour être valable, la déclaration de résolution du contrat doit décrire de manière circonstanciée le fait important non déclaré ou inexactement déclaré ; elle doit mentionner la question qui a fait l'objet d'une réponse inexacte (ATF 129 III 713 consid. 2). Il convient de se montrer strict lorsqu'il y a lieu de procéder à l'examen de la validité d'une déclaration de résiliation de contrat d'assurance, au vu des conséquences sévères qu'entraîne pour l'assuré la réticence. Si la loi impose au proposant de déclarer, suivant un questionnaire écrit, tous les faits qui sont importants pour l'appréciation du risque, il est conforme au droit d'attendre de l'assureur, qui invoque la réticence de l'assuré, qu'il précise à quelle interrogation celui-ci n'a pas répondu ou répondu de manière inexacte (TF 4A_289/2013 du 10 septembre 2013 consid. 4.2). 6. a) En l'occurrence, la défenderesse s'est prévalu de la réticence par un premier courrier daté du 9 octobre 2014, observant notamment ceci : « Sur la base des éléments en notre possession, il apparaît que le contrat susmentionné n'est pas en ordre. En effet, sur les déclarations de santé signées lors de la conclusion du contrat, soit le 25 août 1993 pour la conclusion initiale et le 1^{er} septembre 1995 pour l'adjonction complémentaire de rente de perte de gain, il a, entre autres, été déclaré les éléments suivants : - Question n° 1a " Avez-vous été examiné ou soigné par un médecin ces trois dernières années ? "; seul un contrôle médical en juillet 1992 avec l'indication "bonne santé" a été déclaré. Sur la déclaration de santé du 01.09.1995, vous avez annoncé une opération des ligaments de cheville gauche en décembre 1994, d'une durée de 2 mois et guérie. - Question n° 12f "Souffrez-vous ou avez-vous souffert de rhumatisme, sciatique, douleurs dans le dos, maladies ou lésions de la colonne vertébrale ?"; il a été répondu négativement. - Question n° 12k "Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres maladies, troubles de la santé ou blessures non encore cités ?"; seul (sic) une opération du ménisque droit en avril 1989 d'une durée de 3 semaines et sans suites a été déclarée. - Question n° 13c "Avez-vous déjà été soigné dans un hôpital, un sanatorium, une clinique ou un établissement de cure ?"; seule une opération de l'appendice en 1981 sans suites a été déclarée. Or, nous constatons notamment que vous avez présenté une affection rhumatologique en 1990, en l'occurrence un lumbago, qui a nécessité 4 consultations médicales. Vous avez également été victime de contusion thoracique lors d'un accident qui a généré une incapacité de travail à 100 % du 3 avril au 10 mai 1992. Enfin, une scoliose lombaire a été mise en évidence en 1993. Nous relevons aussi que vous avez été victime d'un traumatisme crânio-cérébral le 19 novembre 1981 avec mise en évidence d'une légère commotion avec amnésie circonstancielle (sic) ayant donné lieu à une hospitalisation de 4 jours. Ces éléments auraient impérativement dû nous être annoncés à la conclusion. Nous

n'avons ainsi pas été en mesure d'apprécier objectivement votre état de santé au moment de l'acceptation de la police précitée. Pour votre information, nous vous remettons ci-joint une photocopie de la déclaration de santé. Lorsqu'un fait important que la personne tenue aux déclarations connaissait ou devait connaître n'a pas été déclaré ou l'a été de façon inexacte au moment de la conclusion de l'assurance, la société a le droit de résilier le contrat. Nous devons à regret faire usage de ce droit et vous déclarons l'annulation de la police n° [...] conformément à l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et à l'art. 5.4 des Conditions générales d'Assurance (CGA) relatives à votre contrat. » b) Sur le plan formel, la déclaration de réticence, contenue dans le courrier de résiliation de la défenderesse du 9 octobre 2014, est conforme aux exigences de la jurisprudence. En particulier, on peut relever qu'O._____ a expressément énoncé les questions auxquelles il n'a pas été répondu correctement et les faits que le demandeur lui aurait dissimulés, soit les lombalgies, la contusion thoracique, la scoliose lombaire et le traumatisme crânio-cérébral. c) Sur le fond, force est de constater que les conditions d'une réticence sont réalisées s'agissant des atteintes à la colonne vertébrale et du traumatisme crânio-cérébral. En effet, si la première consultation survenue en 1990 pour une lombalgie aurait pu être, prise isolément, considérée comme un événement anodin, en revanche, des récurrences d'épisodes de lombalgies constituent des faits pouvant être qualifiés d'importants. L'un de ces épisodes a fondé une incapacité de travail de plusieurs jours début janvier 1995, avec examen radiographique révélant une spondylolisthésis, soit une affection caractérisée par le glissement d'une structure de la colonne vertébrale vers l'avant. Une atteinte à la colonne vertébrale avait donc été objectivée en janvier 1995. Elle était de surcroît assortie de douleurs. L'assuré ne pouvait passer cette atteinte sous silence et aurait dû l'annoncer dans le cadre du questionnaire de santé du 1^{er} septembre 1995. S'agissant de la scoliose lombaire diagnostiquée à la faveur d'un examen général en 1993, examen dont on ignore la date exacte, il doit être admis que cette atteinte constitue également un fait important, lequel aurait dû être annoncé à tout le moins dans le cadre du questionnaire de santé du 1^{er} septembre 1995, dans l'hypothèse d'un examen survenu postérieurement au 25 août 1993. Certes, une scoliose présente des degrés de gravité divers et en l'espèce, ce degré est inconnu. Il est cependant notoire que cette atteinte s'aggrave progressivement avec l'âge. Or, le défendeur a répondu par la négative à la question 12f, dont la teneur est pourtant sans équivoque. L'omission de ces atteintes par le demandeur dans les questionnaires de santé ne saurait être considérée comme sans importance. La conjonction des diagnostics de scoliose lombaire et de spondylolisthésis avec des lombalgies ayant entraîné des consultations médicales, ainsi qu'un arrêt de travail, aurait manifestement incité la défenderesse à solliciter de plus amples informations médicales sur l'état de la colonne vertébrale de l'assuré, respectivement à ne pas conclure le contrat la liant au demandeur aux mêmes conditions, si elle avait eu connaissance de la pathologie en cause. L'assuré n'a pas fait mention dans les questionnaires du 25 août 1993 et du 1^{er} septembre 1995 de l'existence de l'accident de circulation survenu en novembre 1981, ni des lésions entraînées par cet accident, particulièrement du traumatisme crânio-cérébral, ni de son hospitalisation. Il ne pouvait cependant lui échapper, au vu du libellé des questions 12k et 13c, que cet événement impliquait une réponse positive. Il invoque la bonne foi, plus particulièrement son très jeune âge au moment de cet événement, pour justifier ses réponses lacunaires. S'il est possible qu'il ne garde pas en mémoire le déroulement de cet accident, notamment en raison de l'amnésie circonstancielle mentionnée dans l'attestation médicale, en revanche, il ne saurait soutenir que cet événement a disparu de la mémoire familiale. De telles

circonstances sont en effet suffisamment dramatiques pour être conservées dans la mémoire des proches et restituées à la victime de l'accident. Par ailleurs, l'assuré n'a pas omis la mention d'une opération de l'appendicite survenue en 1981 également, de telle sorte que son argument tombe à faux. Un tel accident est un fait important et il est également vraisemblable que la défenderesse aurait décidé de requérir de plus amples informations médicales sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré en relation avec cet accident, respectivement de ne pas conclure le contrat la liant au demandeur aux mêmes conditions si elle avait eu connaissance de cet accident et des lésions consécutives à celui-ci. d) En remplissant le questionnaire du 25 août 1993, plus particulièrement en répondant par la négative à la question 12k, le demandeur s'est abstenu de faire mention de la contusion thoracique survenue au printemps 1992. Cette lésion avait certes évolué favorablement depuis lors. Elle avait cependant entraîné une incapacité de travail de plusieurs semaines de telle sorte qu'elle doit être considérée comme un fait important. Au demeurant, dans le même questionnaire, il n'a pas échappé à l'intéressé qu'il devait mentionner une opération du ménisque droite, laquelle avait entraîné une immobilisation de trois semaines, sans suites. Il ne saurait dès lors être admis, en présence d'une atteinte avec incapacité de travail d'une durée supérieure, que l'assuré pouvait se croire dispensé d'en faire mention. En revanche, en présence d'une atteinte simplement qualifiée de contusion, soit d'une atteinte mineure, il est vraisemblable que celle-ci n'était pas de nature à influencer sur la volonté de conclure de l'assureur, d'autant que l'évolution du traitement a été favorable. On observera au demeurant, en relation avec l'opération du ménisque droit précitée, que celle-ci n'a entraîné aucune réaction particulière de la défenderesse. 7. a) La défenderesse s'est prévalu de la réticence une seconde fois, par courrier daté du 24 août 2015, observant notamment ceci : « Tenant compte du fait que notre courrier précité conserve son intégrale validité, il apparaît, une fois de plus, que le contrat susmentionné n'est pas correct. En effet, sur les déclarations de santé signées lors de la conclusion du contrat, soit le 25 août 1993 pour la conclusion initiale et le 1^{er} septembre 1995 pour l'adjonction complémentaire de rente de perte de gain, il a, entre autres, été déclaré les éléments suivants : - Question n° 1a " Avez-vous été examiné ou soigné par un médecin ces trois dernières années ? "; seul un contrôle médical en juillet 1992 avec l'indication "bonne santé" a été déclaré. Sur la déclaration de santé du 01.09.1995, vous avez annoncé une opération des ligaments de cheville gauche en décembre 1994, d'une durée de 2 mois et guérie. - Question n° 12i " Souffrez-vous ou avez-vous souffert de toxicomanie (drogues, médicaments, alcool) ? "; il a été répondu négativement. - Question n° 12k " Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'autres maladies, troubles de la santé ou blessures non encore cités ? "; seul (sic) une opération du ménisque droit en avril 1989 d'une durée de 3 semaines et sans suites a été déclarée. Or, nous constatons notamment, des nouveaux éléments médicaux en notre possession, entre autres l'expertise pratiquée du 23 au 26 mars 2015 au Centre F._____, que vous avez présenté une consommation alcoolique en grande quantité ainsi qu'une utilisation de cannabis pendant la période d'école de recrue. Ce fait est corroboré par l'indication "Durant sa jeunesse, consommateur d'alcool et de marijuana". Nous relevons aussi une tentative de suicide à l'âge de 19 ans, soit une année avant la conclusion du contrat. Ces éléments s'ajoutent à ceux déjà mentionnés dans notre courrier recommandés (sic) du 9 octobre 2014; ils auraient impérativement dû nous être annoncés à la conclusion. Nous n'avons ainsi pas été en mesure d'apprécier objectivement votre état de santé au moment de l'acceptation de la police précitée. Une copie des déclarations de santé vous a déjà été remise par notre courrier précité. A toutes fins utiles, nous réitérons les modalités d'usage.

Lorsqu'un fait important que la personne tenue aux déclarations connaissait ou devait connaître n'a pas été déclaré ou l'a été de façon inexacte au moment de la conclusion de l'assurance, la société a le droit de résilier le contrat. Nous devons à regret faire usage de ce droit et vous déclarons l'annulation de la police n° [...] conformément à l'art. 6 de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) et à l'art. 5.4 des Conditions Générales d'Assurance (CGA) relatives à votre contrat. » b) Sur le plan formel, la déclaration de réticence, contenue dans le courrier de résiliation de la défenderesse du 24 août 2015, est également conforme aux exigences de la jurisprudence. O. _____ a expressément énoncé les questions auxquelles il n'aurait pas été répondu correctement et les faits que le demandeur lui aurait dissimulés, soit la consommation d'alcool et de cannabis pendant son école de recrue ou sa jeunesse ainsi qu'une tentative de suicide à l'âge de 19 ans, ce en se référant à l'expertise du Centre F. _____. c) Le libellé de la question 12i, savoir « souffrez-vous ou avez-vous souffert de toxicomanie (drogues, médicaments, alcool) ? », est ambigu. La toxicomanie est une dépendance physique et/ou psychologique d'une ou plusieurs substances. Or, si l'assuré a effectivement consommé de l'alcool et du cannabis dans sa jeunesse, ce qu'il a concédé dans le cadre de l'expertise de 2008, aucun élément ne permet de retenir que cette consommation aurait entraîné une dépendance. Ni l'expertise du Prof. K. _____ et de la Dresse B. _____ du 3 avril 2008, ni celle du Centre F. _____ du 21 mai 2015 ne posent le diagnostic de dépendance, passée ou actuelle. Tout au plus les experts du Centre F. _____ évoquent-ils les status de consommation d'alcool et de cannabis dans la jeunesse et précisent, en relation avec la consommation d'alcool, qu'il s'agit d'un status anamnestique avec des consommations épisodiques de grande quantité d'alcool pendant l'école de recrue, non quotidienne. Il est vraisemblable que les experts auraient posé le diagnostic de dépendance si les éléments anamnestiques avaient suffi à réaliser les critères pertinents. Au vu de la terminologie de toxicomanie utilisée par la défenderesse dans son questionnaire santé, le demandeur n'était en l'espèce pas présumé répondre par l'affirmative. Il en aurait été différemment si le libellé de la question avait mentionné l'existence d'une consommation de drogues, médicaments, alcool, actuelle ou passée. Une réticence ne saurait donc être reprochée à l'assuré sur ce point. d) Du rapport d'expertise du 3 avril 2008, il ressort que l'assuré a déclaré une tentative de suicide à l'âge de 18-19 ans (« je me suis mis dans un arbre »), les experts n'obtenant pas d'avantage de précisions sur ce tentamen (p. 6). Cet événement sera rapporté dans l'expertise du 21 mai 2015 du Centre F. _____, plus exactement dans l'énumération des pièces médicales au dossier de l'OAI-E tel que soumis aux experts (p. 9). Il n'existe pas de diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble dépressif posé dans les règles de l'art à l'époque contemporaine à ce tentamen, l'assuré n'étant alors pas suivi par un psychiatre. Néanmoins, une tentative de suicide est un événement suffisamment important pour inciter son auteur à une certaine réflexion avant de répondre à la question de savoir s'il a souffert de dépression. En l'occurrence, il incombait au demandeur de répondre par l'affirmative à la question litigieuse, une tentative de suicide étant notoirement associée à une dépression. En présence d'un tel événement survenu moins de deux ans avant la proposition de contrat, il est manifeste que la défenderesse n'aurait pas conclu le contrat aux mêmes conditions si elle en avait connu l'existence. La réticence doit donc être retenue. 8. La réticence est ainsi avérée s'agissant du traumatisme crânio-cérébral, des lombalgies et atteintes vertébrales, de la tentative de suicide et de la dépression. Reste à déterminer si la résiliation pour motif de réticence respecte le délai de quatre semaines par rapport à chacune de ces atteintes. a) La demanderesse a requis le dossier de l'assuré auprès de l'OAI-VD pour la première fois le 7

juin 2005. Il lui a été communiqué le 4 juillet 2005. La lettre d'accompagnement mentionne l'envoi, sous forme de copie, des « documents versés au dossier de notre assuré susnommé ». À cette date, le rapport du Dr T. _____ du 15 septembre 1995, énumérant les lombalgies, la scoliose lombaire et la spondylolisthésis, figurait déjà au dossier ; il avait en effet été indexé le 13 février 2002. Les indications de ce médecin sont certes manuscrites et, difficilement lisibles. Néanmoins, dans la mesure où elles n'ont pas échappé à la défenderesse à la faveur de la consultation ultérieure du dossier, elles ne pouvaient non plus lui échapper à réception du dossier en juillet 2005. En conséquence, en adressant en date du 9 octobre 2014 seulement la résiliation du contrat d'assurance au demandeur pour ce motif de réticence, la défenderesse n'a pas respecté le délai de quatre semaines imposé par l'art. 6 LCA. b) L'expertise psychiatrique du 3 avril 2008, laquelle rapportait une tentative de suicide de l'assuré aux alentours de ses 18-19 ans, a été indexée le même jour. Quant à l'attestation du Dr S. _____ relative au traumatisme crânio-cérébral et ses suites, établie en 1981, elle a été indexée le 4 février 2010. Or, en date du 8 mars 2010, l'OAI-VD a envoyé à la défenderesse, ensuite de sa demande du 2 mars 2010, le dossier de l'assuré tel qu'établi depuis septembre 2006, sous forme de copies enregistrées sur un CD-ROM. C'est donc vers la mi-mars 2010 au plus tard que l'existence du traumatisme crânio-cérébral et de l'hospitalisation consécutive, ainsi que celle de la tentative de suicide sont entrées dans la sphère de connaissance de la défenderesse. Il existe par ailleurs au dossier des correspondances entre l'assuré et l'OAI-VD, datant de janvier 2010, en relation avec un rapport que cet office entendait requérir auprès du médecin psychiatre traitant, le Dr W. _____. Ce rapport a été établi le 9 mars 2010 et indexé le 15 mars 2010 seulement, soit postérieurement à l'envoi du dossier à la défenderesse le 8 mars 2010. La défenderesse a requis le rapport du Dr W. _____ le 6 avril 2010, « afin d'avoir tous les éléments pour l'examen du dossier de l'assuré. » Ainsi, il est manifeste que le CD-ROM a été lu par la défenderesse, avec pour corollaire le constat qu'elle pouvait avoir dès cet instant connaissance des éléments constitutifs de ces deux cas de réticence. Au demeurant, tant la tentative de suicide que le traumatisme crânio-cérébral ressortaient de l'expertise psychiatrique du 3 avril 2008. Par nature, une expertise psychiatrique constitue un élément capital du dossier d'un assuré, dont la lecture par un assureur est incontournable. En l'espèce, l'absence de lecture de cette expertise psychiatrique du 3 avril 2008, respectivement sa lecture inattentive, ne sauraient être opposées à l'assuré. Cela étant, en résiliant le contrat d'assurance pour ces deux motifs de réticence le 9 octobre 2014 pour le traumatisme crânio-cérébral, respectivement le 24 août 2015 pour la tentative de suicide, la défenderesse n'a pas respecté le délai de quatre semaines imposé par l'art. 6 LCA. c) A cela s'ajoute que les rapports médicaux mentionnant les atteintes à la santé ou événements motivant une réticence les décrivent clairement et ne souffrent d'aucune interprétation ou approximation. Au demeurant, la défenderesse n'a pas jugé utile d'obtenir des renseignements médicaux complémentaires avant de procéder à la résiliation pour motif de réticence. En conséquence, il doit être admis que ces rapports permettaient à la défenderesse d'avoir une connaissance effective, certaine et complète des réticences litigieuses. d) Les résiliations du contrat d'assurance signifiées le 9 octobre 2014 et le 25 août 2015 étant tardives, il y a lieu d'en constater la nullité. 8. Il reste à examiner la question des intérêts moratoires, réclamés par le demandeur à l'échéance de chaque rente au taux de 5 % l'an dès le 9 octobre 2014. Il est admis en matière de prévoyance professionnelle que des intérêts moratoires sont dus par le débiteur en demeure ; le taux d'intérêt moratoire est de 5 %, à défaut de disposition réglementaire topique (art. 104 al. 1 CO [Code des obligations du

30 mars 1911 ; RS 220] ; ATF 130 V 414 consid. 5.1 et les arrêts cités ; TFA B 55/05 du 16 octobre 2006 consid. 5.2.2 ; en ce sens également : TFA B 25/04 du 26 janvier 2006 consid. 4.4). En l'espèce, les conditions générales d'assurance ne prévoient pas de disposition concernant les intérêts moratoires dus en faveur d'un assuré, de sorte qu'un intérêt de 5 % est dû sur les prestations auxquelles le demandeur a droit (ATF 119 V 131 ; TF B 19/06 du 31 mai 2007 consid. 6 ; TFA B 25/04 du 26 janvier 2006 consid. 4.4 ; en ce sens également : TF 9C_197/2009 du 25 septembre 2009 et TFA B 43/00 du 12 février 2001). Les intérêts commencent à courir dès la date du dépôt de la demande (art. 105 al. 1 CO ; ATF 119 V 131 consid. 4c ; TFA B 25/04 du 26 janvier 2006 consid. 4.4), soit dès le 30 septembre 2016. 9. a) Au regard de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes des parties tendant notamment à l'audition de témoins (appréciation anticipée des preuves [ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées]) ni de citer les parties à des débats publics, ce qui ne ressort pas du courrier du conseil du demandeur du 1^{er} juin 2018, étant rappelé que celle-ci suppose une requête formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.1) et que les garanties de procédure déduites des art. 6 par. 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101) et 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101) en matière de droit d'être entendu ne confèrent pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (ATF 134 I 140 consid. 5.3 et les références). Au demeurant, le juge peut s'abstenir de donner suite à une demande tendant à la mise en œuvre de débats publics dans les cas prévus par l'art. 6 par. 1, seconde phrase, CEDH lorsque la demande est manifestement bien fondée (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 134 I 331 consid. 2.3 ; 122 V 47 consid. 3b). b) En conséquence, sous réserve de la modification du point de départ des intérêts moratoires, la demande déposée le 30 septembre 2016 par U. _____ auprès de la Cour de céans doit être admise et les conclusions reconventionnelles de la défenderesse rejetées. Le service de la rente devra être repris dès le 9 octobre 2014. Il ne sera pas donné suite à la conclusion que le versement de la rente doit être ordonné jusqu'au 25 août 2038, sous réserve d'une modification du taux d'incapacité. L'évolution du taux d'incapacité n'est en effet pas la seule circonstance susceptible d'influer le service de la rente. c) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice. d) Obtenant gain de cause sur l'essentiel de ses prétentions avec le concours d'un avocat, le demandeur a droit à une indemnité de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), à la charge de la défenderesse (art. 55 al. 2 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD), qu'il convient de fixer à 3'000 francs. e) Le recourant bénéficie de l'assistance judiciaire, de telle manière qu'une indemnité équitable de conseil d'office sera arrêtée en faveur de Me Lanfranconi qui a produit sa liste des opérations le 3 août 2018 (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les heures de prestations d'avocat (23,11 heures) et les débours (50 fr.) s'inscrivent raisonnablement dans l'exercice du mandat (cf. ATF 122 I 1), de sorte que le montant total de l'indemnité de Me Lanfranconi s'élève donc à 4'488 fr. 65, y compris la TVA au taux de 8 % pour les deux tiers de l'activité et au taux de 7,7 % pour le solde. Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par la défenderesse (cf. consid. 9d supra). Le solde, à hauteur de 1'488 fr. 65, est provisoirement supporté par le canton. Le demandeur est rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre

2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. La demande déposée le 30 septembre 2016 par U._____ contre O._____ est partiellement admise. II. La résiliation du 9 octobre 2014 et du 24 août 2015 par O._____ de la police de prévoyance liée n° [...] conclue le 25 août 1993 pour la conclusion initiale, et le 1^{er} septembre 1995 pour l'adjonction complémentaire de rente perte de gain, en faveur d'U._____, est nulle et de nul effet. III. O._____ est condamnée à verser à U._____ une rente mensuelle de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) dès le 9 octobre 2014, avec intérêt moratoire à 5 % l'an à compter de l'échéance de chaque rente dès le 30 septembre 2016. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. V. Une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à verser à U._____ à titre de dépens est mise à la charge d'O._____. VI. L'indemnité d'office de Me Julien Lanfranconi, conseil du demandeur, est arrêtée à 4'488 fr. 65 (quatre mille quatre cent huitante-huit francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris. VII. Le montant de 1'488 fr. 65 (mille quatre cent huitante-huit francs et soixante-cinq centimes), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton. VIII. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État. IX. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées. La présidente : Le greffier : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Julien Lanfranconi (pour U._____), ■ Me Guy Lonchamp (pour O._____), ■ 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). Le greffier :

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