

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 26 juin 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : M. Merz et M. Piguet, juge-suppléant
Greffière : Mme Pellaton

* * * * *

Cause pendante entre :

G._____, à Aigle, demanderesse, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE W._____, à Lausanne, défenderesse.

Art. 23 al. 1 let. a, 24 et 49 LPP

E n f a i t :

A. G._____, née en 1954, dispose d'une formation de secrétaire.

Du 1^{er} juin au 31 décembre 2003, elle a travaillé à 100 % en qualité d'adjointe de direction au sein du Service B._____ de la commune Z._____, puis du 1^{er} janvier au 30 septembre 2004 à 50 % en qualité d'employée d'administration spécialisée au sein du même service. Durant cette période, elle était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse W._____ (ci-après : la Caisse W._____).

Du 1^{er} janvier 2005 au 30 novembre 2009, elle a travaillé à 50 % comme collaboratrice administrative au sein de l'association A._____. Durant cette période, elle était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de J._____, fondation de prévoyance ([...]).

B. a) Souffrant de lombosciatalgies gauches chroniques récidivantes sur dysfonction de la sacro-iliaque gauche, et d'un état dépressif réactionnel sur un fond dépressivo-anxieux chronique, G._____ a déposé le 29 décembre 2003 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, celui-ci a recueilli différents renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée (rapports des Drs V._____, spécialiste en médecine interne, des 16 février et 24 août 2004 et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 27 novembre 2004) et confié la réalisation d'une expertise au Dr F._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport du 1^{er} juin 2005, ce médecin a posé les diagnostics de syndrome vertébral lombaire, syndrome fémoro-rotulien bilatéral prédominant à gauche et de troubles anxieux et dépressifs, et retenu l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité légère permettant le changement régulier de position et sans stress continu.

Afin de compléter ces données, notamment sur le plan psychiatrique, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a procédé à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Dans leur rapport du 5 septembre 2006, les Drs C._____ et H._____ ont posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches sur troubles dégénératifs et statiques (antélisthésis de L4-L5, stade 1), de troubles malformatifs de la jonction avec hémilombalisation de S1 gauche, de cervicalgies par intermittence sur troubles statiques et dégénératifs débutants et d'épicondylite bilatérale ; les troubles ostéoarticulaires dégénératifs statiques et malformatifs étaient responsables de limitations fonctionnelles et induisaient une diminution de rendement évaluée à 25 % dans son activité habituelle de secrétaire.

Se fondant sur les conclusions du SMR, l'office AI a, par projet de décision du 30 mars 2007, informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 25 %, était insuffisant pour donner droit à une rente de l'assurance-invalidité. Par acte du 17 avril 2007, l'assurée a contesté ce préavis.

Le 20 juin 2007, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a informé l'office AI que l'assurée présentait une gonarthrose tricompartmentale (fémoro-patellaire sévère), une déchirure méniscale dégénérative interne et externe et une chondrocalcinose massive des deux genoux, et qu'il avait procédé le 25 avril 2007 à une arthroscopie des deux genoux avec toilettage articulaire complet, méniscectomie partielle et section de l'aileron externe. Eu égard à l'absence d'amélioration significative, ce médecin a procédé le 18 janvier 2008 à la pose d'une prothèse totale du genou droit.

De son côté, la doctoresse P._____ a expliqué le 31 janvier 2008 que sa patiente présentait désormais une thymie dépressive, des idées noires, un sentiment d'inutilité très important et des troubles du

sommeil; la capacité de travail encore exigible dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée ne dépassait pas 20 à 30 %.

Malgré les nouveaux éléments médicaux apparus, l'office AI a, par décision du 22 février 2008, confirmé la teneur de son projet de décision du 30 mars 2007.

Par arrêt du 2 juillet 2009 (cause AI 131/08), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assurée contre la décision du 22 février 2008, réformé dite décision en ce sens qu'elle a reconnu à l'assurée le droit à un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2005. Sur le plan médical, elle a retenu que l'avis du Dr F._____, complet sur le plan rhumatologique, dûment motivé et corroboré par les autres médecins consultés, devait prévaloir sur celui du SMR, de sorte qu'une capacité de travail de 50 % devait être retenue. La comparaison du revenu qu'elle aurait perçu si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé (110'500 fr.) avec le salaire qu'elle réalisait effectivement dans le cadre de ses fonctions pour le compte de l'association A._____ (39'000 fr.), aboutissait à un degré d'invalidité de 65 %.

b) Dans l'intervalle, l'assurée avait sollicité la révision de son droit à la rente. L'office AI a recueilli divers renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

Dans un courrier du 31 juillet 2009, le Dr D._____ a informé l'office AI qu'il avait procédé à la pose d'une prothèse totale du genou gauche le 9 juillet 2008, que les suites post-opératoires avaient été simples et qu'il avait vu la patiente pour la dernière fois le 29 janvier 2009.

Dans un rapport du 7 septembre 2009, le Dr V._____ a fait état d'une récurrence de cervico-dorso-lombalgies, de troubles du sommeil, fatigue, et troubles de la concentration et d'un état dépressivo-anxieux chronique ; le tableau clinique présenté par l'assurée depuis le début de l'année (fatigue, troubles du sommeil, difficultés de concentration, récurrence

des cervico-dorso-lombalgies) la rendait inapte à exercer son activité professionnelle (voir également le rapport de la Dresse P. _____ du 23 septembre 2009).

Le SMR a procédé le 30 novembre 2009 à un examen clinique orthopédique. Dans son rapport du 17 décembre 2009, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs sans troubles neurologiques, de gonarthrose primaire bilatérale, traitée par arthroplastie totale des deux côtés, et de neuropathie du nerf cubital à gauche au niveau du coude. Il a retenu par ailleurs ce qui suit :

« Appréciation du cas

Mme G. _____ pose une nouvelle demande AI en mai 2009 en raison d'une aggravation de son état de santé. Cette aggravation consiste en une augmentation de l'intensité douloureuse des cervico-dorso-lombalgies. Les radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire effectuées en janvier 2009 à l'hôpital [...] montraient une discopathie avancée C5-C6, modérée C6-C7, une discrète antélisthésis L4-L5 d'origine dégénérative. Depuis le dernier examen SMR de septembre 2006, l'assurée a développé une neuropathie du nerf cubital au niveau du coude à gauche qui est traitée avec une attelle nocturne en extension. L'état de ses genoux s'est aggravé puisqu'elle a nécessité une arthroplastie totale des 2 genoux en janvier et juillet 2008. Malgré ces opérations, l'assurée décrit des douleurs nocturnes allant jusqu'à 10/10 sur l'échelle analogique des douleurs. Nous avons mis en évidence 4 signes positifs sur 5 selon Waddell. L'assurée porte un lombostat dont l'utilité reste à démontrer ainsi que des supports plantaires sur mesure.

Limitations fonctionnelles

Mme G. _____ peut effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel elle puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise.

Elle doit éviter : les positions statiques prolongées, les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 5 kg, de marcher en terrain irrégulier, de monter ou descendre les escaliers ou les pentes à répétition et de travailler à genoux ou accroupie.

[...]

Après avoir attentivement examiné l'assurée et son dossier, nous considérons que la capacité de travail de cette assurée, dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles, n'est pas complète en raison des multiples atteintes ostéomusculaires. Nous considérons que 6 mois après la dernière arthroplastie du genou, c'est-à-dire à partir de janvier 2009, l'assurée récupère une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles. Durant la période entre novembre 2007 et janvier 2009, l'assurée avait perdu toute capacité de travail ».

Dans un projet de décision du 14 janvier 2010, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2008 (soit après trois mois d'aggravation depuis novembre 2007) au 31 mars 2009 (soit après trois mois d'amélioration depuis janvier 2009 avec une capacité de travail à nouveau exigible de 50 %), puis un trois quarts de rente à compter du 1^{er} avril 2009.

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'office AI a, par décision du 19 avril 2010, confirmé la teneur de son projet de décision du 14 janvier 2010.

Par arrêt du 3 octobre 2011 (cause AI 202/10), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assurée contre la décision du 19 avril 2010 et réformé dite décision en ce sens qu'elle a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2009. Elle a considéré en substance que l'assurée n'était plus en mesure, en raison de ses limitations fonctionnelles, de reprendre son activité habituelle de secrétaire ; elle présentait toutefois une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. La comparaison du revenu qu'elle aurait perçu si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé (110'500 fr.) avec le salaire qu'elle pourrait réaliser (24'618 fr. 65 [calculé sur la base des salaires statistiques]) aboutissait à un degré d'invalidité de 78 %.

C. **a)** Par communication du 29 juillet 2004, la Caisse W. _____ a informé G. _____ qu'elle l'avait mise au bénéfice des pensions d'invalidité suivante :

- invalidité définitive de 50 % dès le 1^{er} janvier 2004 ;
- invalidité fonctionnelle de 2 % dès le 1^{er} janvier 2004, pour réduction de traitement.

Pour l'invalidité de 50 %, l'assurée avait droit à une pension mensuelle de 2'505 fr. 80 (calculée sur la base de son traitement assuré qui s'élevait à 50'116 fr. [50 %] au taux de 60 %, acquis après 40 ans d'assurance

potentiels [âge terme 62 ans]), ainsi qu'à un supplément temporaire de 527 fr. 50 par mois (accordé jusqu'à décision de l'assurance-invalidité). Pour l'invalidité de 2 %, elle avait droit à une pension mensuelle de 50 fr. 10 (calculée sur la base de son traitement assuré qui s'élevait à 1'002 fr. [2 %] au taux de 60 %, acquis après 40 ans d'assurance potentiels [âge terme 62 ans]), ainsi qu'à un supplément temporaire de 10 fr. 55 par mois.

b) Par communication du même jour, la Caisse W. _____ a également informé l'assurée qu'elle était en mesure de lui verser un montant de 217'000 fr. au titre de l'encouragement à la propriété du logement.

c) Le 23 mars 2007, la Caisse W. _____ a transféré sur une police de libre passage la prestation de sortie de l'assurée, d'un montant de 117'755 fr. 80, auprès de K. _____.

d) A la suite de la communication du projet de décision de l'office AI du 30 mars 2007, la Caisse W. _____ a informé l'assurée que les prestations accordées étaient maintenues en l'état.

e) L'assurée a par la suite sollicité à plusieurs reprises la Caisse W. _____, afin que celle-ci réexamine son dossier, requêtes sur lesquelles la caisse n'est pas entrée en matière (courriers des 2 novembre 2007 et 14 janvier 2008).

f) Par courrier du 24 septembre 2009, l'assurée a fait parvenir, par l'intermédiaire de son représentant, une copie de l'arrêt rendu le 2 juillet 2009 par la Cour de céans et requis de la Caisse W. _____ que celle-ci adapte le droit aux prestations en conséquence.

g) Le 9 octobre 2009, la Caisse W. _____ a informé l'assurée qu'elle n'était pas en mesure de donner une suite favorable à cette requête, motif pris que sa définition de l'invalidité ne correspondait pas à celle de l'assurance-invalidité.

D. **a)** Par demande du 5 novembre 2009, G._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a ouvert action contre la Caisse W._____ et conclu, sous suite de dépens, à ce que la caisse soit condamnée à lui verser « des rentes d'invalidité règlementaires de la caisse de pensions, à dire d'expert, calculées sur la base de 64,9 % dès le 1^{er} septembre 2004 et de 100 % dès le 13 décembre 2007 ».

A l'appui de sa demande, elle a avancé qu'elle était totalement invalide au sens de l'art. 61 du règlement de prévoyance (Statuts de la Caisse W._____, ci-après : les Statuts) ; qu'elle présentait depuis le 1^{er} janvier 2004 une invalidité définitive au sens de l'art. 62 du règlement de prévoyance ; qu'il était admis que le droit à la pension d'invalidité prenait effet au 1^{er} janvier 2004 ; qu'en regard de l'art. 64 al. 2 du règlement de prévoyance, le taux d'invalidité se calculait proportionnellement au rapport entre l'ancien et le nouveau traitement, soit 50 % entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2004, 64,9 % entre le 1^{er} septembre 2004 et le 12 décembre 2007 et 100 % depuis le 13 décembre 2007 ; qu'il était établi à satisfaction de droit que le traitement assuré était de 100'233 fr. ; qu'il était admis qu'elle avait droit au 60 % du traitement assuré, soit 2'505 fr. 80 (50 % du 60 % de 100'233 fr. / 12) entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2004, 3'458 fr. (64,9 % du 60 % de 100'233 fr. / 12) plus le renchérissement entre le 1^{er} septembre 2004 et le 12 décembre 2007 et 5'011 fr. 65 (60 % de 100'233 fr. / 12) plus le renchérissement depuis le 13 décembre 2007 ; et qu'il y avait lieu d'ajouter au montant de ces pensions le supplément temporaire des art. 85 ss du règlement.

La demanderesse demandait également la mise en œuvre d'une expertise par un expert en prévoyance professionnelle, dans le but de calculer de manière précise le montant des arriérés dus et le montant de la rente d'invalidité future.

b) Dans sa réponse du 11 mars 2010, la Caisse W._____ a conclu au rejet de la demande. Elle a expliqué que d'après ses Statuts, elle calculait les prestations d'invalidité qu'elle accordait en fonction, d'une

part, de la diminution du degré d'activité et, d'autre part, dans la mesure où la personne assurée changeait de fonction auprès du même employeur et voyait son salaire diminuer, sur la différence entre l'ancien et le nouveau traitement assuré à degré égal d'activité. Dans le cas particulier, il était constant que la demanderesse avait diminué son degré d'activité passant de 100 à 50 % depuis le 1^{er} janvier 2004. Cette diminution découlait des difficultés rencontrées par cette dernière à assumer un poste de travail à 100 % en raison de problèmes de santé. Fort de ce constat, la Caisse W._____ avait alloué à la demanderesse des prestations d'invalidité à un taux de 50 %. Toutefois, contrairement à ce qu'admettait la demanderesse lorsqu'elle affirmait qu'il n'était pas litigieux qu'elle était totalement invalide au sens de l'art. 61 des Statuts, la Caisse W._____ avait reconnu à celle-ci le droit à des prestations d'invalidité partielles et non totales. Cela étant, une invalidité pour changement de fonction de 2 % avait été allouée pour compenser la diminution de salaire subie par cette dernière lors de son changement de fonction au sein de la commune Z._____. La demanderesse était dans l'erreur lorsqu'elle déduisait de la lecture des dispositions statutaires qu'il y avait lieu de calculer les prestations d'invalidité sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité au même titre que l'assurance-invalidité.

Le fait que la demanderesse ait changé d'activité et dû accepter une diminution de salaire, alors qu'elle n'était plus affiliée auprès d'elle, n'avait aucune influence sur la rente d'invalidité accordée et ne remettait en aucun cas en cause les calculs effectués. Le fait que la demanderesse ait mis en valeur sa capacité de travail de 50 % pour un salaire mensuel inférieur à celui qu'elle percevait auprès de la commune Z._____ n'avait pas à être compensé par les prestations allouées par la Caisse W._____, alors que l'affiliation de la demanderesse auprès de cette dernière avait cessé.

S'agissant de l'aggravation de l'invalidité dont la demanderesse se prévalait à compter du 13 décembre 2007, celle-ci n'avait apporté aucun élément ni produit aucune pièce permettant d'établir qu'il existait une relation étroite de connexité matérielle et

temporelle entre l'incapacité de travail survenue durant son affiliation auprès de la Caisse W._____ et son incapacité de travail survenue en décembre 2007.

c) Dans sa réplique du 5 août 2010, la demanderesse a corrigé ses conclusions, en ce sens que la Caisse W._____ devait être condamnée à lui verser « une rente réglementaire d'invalidité calculée sur un taux de 65 % du 1^{er} octobre 2004 au 12 décembre 2007, puis une rente calculée sur un taux de 100 % ».

En réponse à l'argumentation développée par la Caisse W._____, la demanderesse a expliqué que conformément aux dispositions statutaires, le taux d'invalidité devait être calculé sur la base de la comparaison de son salaire sans invalidité de 110'944 fr. comme adjointe de direction à la commune Z._____ avec le salaire d'invalidé de 39'000 fr. qu'elle avait réalisé dans sa nouvelle fonction de substitution à 50 % pour l'association A._____.

Par ailleurs, les affections qui avaient donné lieu à l'aggravation de l'invalidité en 2008 étaient les mêmes que celles qui avaient justifié le droit à une rente de la Caisse W._____, de sorte qu'elles étaient en connexité temporelle et matérielle avec celles existant au moment de l'affiliation.

d) Dans sa duplique du 28 octobre 2010, la défenderesse a maintenu les conclusions prises dans sa réponse du 11 mars 2010 et renvoyé pour le surplus à son mémoire de réponse. S'agissant des prestations d'invalidité pour la période postérieure au mois de février 2008, elle a requis la suspension de la procédure jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de se déterminer sur l'éventuel droit aux prestations de la demanderesse.

e) Par ordonnance du 27 janvier 2011, la Cour de céans a ordonné la suspension de la procédure jusqu'à la fin du mois de mars 2011.

f) Dans ses déterminations du 31 mars 2011, la défenderesse a maintenu ses conclusions. Se référant au préavis établi par son médecin-conseil, elle a expliqué que l'aggravation de l'état de santé de la demanderesse pour la période du 1^{er} février 2008 au 31 mars 2009 n'était pas en lien de connexité avec l'affection pour laquelle la Caisse W. _____ allouait actuellement ses prestations.

g) Dans ses observations du 26 avril 2011, la demanderesse a indiqué ne pas pouvoir se ranger à cette manière de voir. S'agissant de son droit à la rente à compter du 1^{er} septembre 2004, elle a expliqué qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter des constatations et des calculs effectués par la Cour de céans dans le dossier en matière d'assurance-invalidité, selon lesquels son taux d'invalidité était de 64,71 %. Quant à l'aggravation survenue au mois de décembre 2007, il ressortait des pièces médicales, notamment de l'expertise réalisée par le Dr F. _____, que les affections invalidantes existaient déjà à l'époque où elle était affiliée à la Caisse W. _____. En raison de l'augmentation de la symptomatologie, elle n'avait pas pu reprendre d'activité lucrative. Au regard de la définition de l'invalidité telle que définie dans le règlement de prévoyance (art. 61), il y avait lieu de lui reconnaître une rente d'invalidité réglementaire de 100 %.

h) En réponse à ces observations, la Caisse W. _____ a formulé le 9 juin 2011 les remarques suivantes. Concernant le calcul des prestations, elle estimait qu'il avait été démontré à satisfaction que non seulement elle avait tenu compte de la diminution de salaire subie par la demanderesse dans le cadre de son emploi auprès de la Caisse W. _____ en lui allouant une prestation d'invalidité fonctionnelle de 2 %, mais encore qu'elle n'avait pas à assumer le fait que la demanderesse avait mis en valeur sa capacité de travail résiduelle de 50 % pour un salaire mensuel inférieur à celui qu'elle percevait auprès de la commune Z. _____. S'agissant des prestations d'invalidité qu'elle devrait accorder à compter du 13 décembre 2007, elle estimait que l'aggravation de l'état de santé dont se prévalait la demanderesse n'était pas en lien de

connexité avec l'affection pour laquelle la Caisse W._____ allouait actuellement des prestations d'invalidité. En effet, elle avait reconnu le droit à des prestations d'invalidité à un taux de 52 % en raison principalement de dorso-lombalgies chroniques sur discopathie étagée. Or, l'office AI avait reconnu à la demanderesse le droit à des prestations entières d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2008 au 31 mars 2009 en raison de problèmes de genou rencontrés par cette dernière. La Caisse W._____ considérait dès lors que les deux affections présentées à des périodes différentes par la demanderesse n'étaient pas liées.

i) Une audience d'instruction s'est déroulée le 8 juillet 2011 à l'issue de laquelle les parties ont sollicité une suspension de la procédure afin d'examiner l'opportunité d'une solution transactionnelle. Le Juge instructeur a fixé un délai au 30 septembre 2011.

j) Dans une détermination du 4 août 2011, la demanderesse a relevé que le versement anticipé de la somme de 217'000 fr. effectué par la Caisse W._____ au titre de l'encouragement à la propriété était, d'après la jurisprudence, contraire au droit. Dans la mesure où ce versement avait des conséquences sur son droit aux prestations, elle requérait que soit prise en compte dans le calcul du montant de sa rente la somme de 217'000 fr. Elle a par ailleurs requis la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans la procédure en matière d'assurance-invalidité ainsi que la mise en œuvre d'une expertise médicale afin d'examiner si l'invalidité était en lien de connexité matérielle et temporelle avec l'affection à l'origine de l'invalidité et qui s'était déjà manifestée durant le rapport de prévoyance.

k) Dans ses déterminations du 13 octobre 2011, la Caisse W._____ a indiqué que le raisonnement développé par la demanderesse ne pouvait être suivi, dans la mesure où il était constant que les bénéficiaires d'une rente partielle pouvaient demander à leur institution de prévoyance le versement anticipé de leur avoir de prévoyance correspondant à leur capacité (partielle) de travail. Pour le reste, elle

estimait inutile de suspendre la procédure ou de requérir la mise en œuvre d'une expertise médicale.

l) Dans sa détermination du 3 novembre 2011, la demanderesse a relevé que le Tribunal fédéral avait exposé qu'après la survenance d'un cas de prévoyance, l'octroi d'un versement anticipé en vue de l'acquisition d'un logement était exclu, même si l'assuré concerné ne percevait pas de prestations de la part de son institution de prévoyance en raison d'une surindemnisation (ATF 130 V 91). Par ailleurs, il eut appartenu à la Caisse W._____ de l'informer des conséquences du versement anticipé (art. 11 OEPL), en particulier lui offrir la possibilité de maintenir sa couverture d'assurance par une assurance complémentaire (art. 30c al. 4 LPP). Vu les très importantes et durables atteintes à la santé dont elle souffrait déjà, elle n'aurait jamais consenti, si elle avait été correctement informée, à un versement anticipé, vu les conséquences de ce versement sur son droit aux prestations. Il convenait par conséquent de lui allouer une rente d'invalidité réglementaire à 100 % calculée en prenant en compte dans le calcul de la rente le montant de 217'000 fr. versé au titre de l'encouragement à la propriété du logement.

m) Dans ses déterminations du 24 novembre 2011, la Caisse W._____ a répondu qu'il ressortait des divers documents transmis à la demanderesse qu'elle avait transmis l'ensemble des informations utiles relatives aux conséquences du versement anticipé. A la suite de la requête de la demanderesse, la Caisse W._____ lui avait transmis le 19 novembre 2003 les montants qu'elle pouvait obtenir au titre de l'encouragement à la propriété du logement. Dans cette correspondance figurait un tableau comparatif des prestations mensuelles auxquelles la demanderesse aurait droit après un retrait de 170'000 fr. ainsi qu'un résumé des dispositions concernant l'encouragement à la propriété du logement. Après avoir reçu la demande ferme de versement de la demanderesse, la Caisse W._____ a transmis le 29 juillet 2004 des informations complémentaires concernant notamment l'impôt prélevé par les autorités fiscales et les frais administratifs prélevés par la Caisse W._____ pour effectuer cette opération. A la suite du versement, la

Caisse W._____ a informé le 11 août 2004 la demanderesse qu'elle avait la possibilité de souscrire une assurance complémentaire auprès de T._____ ou une autre compagnie de son choix pour compenser la diminution des prestations en cas d'invalidité ou de décès. Cette correspondance était accompagnée d'un tableau des prestations mensuelles assurées avant et après le versement anticipé. Sur la question des informations à fournir lors d'un versement anticipé, il apparaissait par conséquent que la Caisse W._____ avait parfaitement rempli ses obligations telles qu'elles découlaient de l'art. 11 OEPL.

n) Dans ses observations déposées le 30 janvier 2012, la demanderesse a relevé qu'au moment du versement anticipé, le 11 août 2004, la Caisse W._____ n'avait tenu compte ni de l'existence du cas d'assurance ni de celle de l'invalidité, singulièrement ne l'avait pas informée des conséquences de ces modifications sur son droit aux prestations. Par ailleurs, la correspondance du 29 juillet 2004 ne constituait nullement une information suffisante. Elle ne pouvait en effet comprendre les conséquences que le versement anticipé aurait sur son droit aux prestations à la suite de son invalidité. Si elle avait été correctement informée, elle n'aurait jamais choisi de bénéficier d'un versement anticipé qui la pénalisait grandement. Quant à la correspondance du 11 août 2004, elle ne faisait nullement mention de la possibilité de souscrire une assurance complémentaire pour compenser la diminution des prestations d'invalidité ou de décès. Contrairement à ce que prétendait la Caisse W._____, il était clairement établi qu'elle n'avait pas été informée de manière objective, compréhensible et loyale.

o) En date du 29 janvier 2014, un délai a été imparti aux parties pour consultation du dossier de l'office AI produit dans l'intervalle et éventuelles déterminations.

Par écriture du 14 avril 2014, la recourante a modifié ses conclusions en ce sens que la Caisse W._____ est condamnée à lui verser une rente réglementaire de 64,9 % dès le 1^{er} octobre 2004, ainsi qu'une rente réglementaire de 100 % dès le 13 décembre 2007, dont les

montants seront préalablement indiqués par la caisse intimée. Elle requérait cette communication à titre de moyen de preuve. Elle faisait en outre valoir que le changement de fonction avec baisse de traitement et diminution du taux d'activité dès le 1^{er} janvier 2004 était imputable à des atteintes à la santé invalidante et que ces mêmes atteintes étaient à l'origine de la résiliation des rapports de travail en juin 2004. Elle renvoyait notamment à un rapport du Dr V. _____ du 16 février 2004, figurant au dossier de l'Office AI, qui retenait les diagnostics de lombosciatalgie gauche chronique récidivante sur dysfonction de la sacro-iliaque gauche depuis le 27 juin 2001 et d'état dépressif réactionnel sur un fond dépressivo-anxieux chronique. Elle ajoutait que devait être retenu à titre de revenu sans invalidité celui réalisé en qualité d'adjointe de direction et que l'aggravation de l'état de santé avait pris naissance le 1^{er} janvier 2008. Elle renvoyait encore à ses écritures antérieures s'agissant de l'absence de prise en compte du versement anticipé.

L'intimée ne s'est pas déterminée dans le délai initialement imparti, ni dans le délai exceptionnellement prolongé au 6 juin 2014.

E n d r o i t :

1. a) Le for des litiges du droit de la prévoyance professionnelle est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (art. 73 al. 3 LPP [loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.40]).

b) Chaque canton doit désigner un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant les institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (art. 73 al. 1 LPP). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. c LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 129 V 450 consid. 2 confirmant l'ATF 118 V 158 consid. 1 ; 117 V 237 et 329 consid. 5d ; 115 V 224 et 239). Faute pour la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, 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.

d) En l'espèce, l'action de la demanderesse, formée devant le tribunal compétent à raison du siège du défendeur, est recevable en la forme. Il y a lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par une cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a *a contrario* et 109 al. 1 LPA-VD).

2. a) Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005), ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'assurance-invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à raison de 70 % au moins au sens de l'assurance-invalidité, à trois quarts de rente s'il est invalide à raison de 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à raison de 50 % au moins et à un quart de rente s'il est invalide à raison de 40 % au moins (art. 24 al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005).

b) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP (tant dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005 que dans son ancienne version), les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré ; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let.

b LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

c) La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est alors tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 136 V 65 consid. 3.1 ; 123 V 262 consid. 1a).

d) Pour qu'une institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 130 V 270 consid. 4.1). Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail). La connexité temporelle implique qu'il ne se soit pas écoulé une longue interruption de l'incapacité de travail ; elle est rompue si, pendant une certaine période qui peut varier en fonction des circonstances du cas, l'assuré est à nouveau apte à travailler. L'institution de prévoyance ne saurait, en effet, répondre de rechutes lointaines plusieurs années après que l'assuré a recouvré sa capacité de travail (ATF 123 V 262 consid. 1c).

e) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne

suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3).

3. a) La Caisse W. _____ est une institution de prévoyance qui alloue des prestations qui vont au-delà des prestations minimales selon la LPP. Une telle institution, dite « enveloppante » (cf., sur cette notion, ATF 136 V 313 consid. 4), est libre de définir, dans les limites des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP en matière d'organisation, de sécurité financière, de surveillance et de transparence, le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui lui convient, pour autant qu'elle respecte les principes d'égalité de traitement et de proportionnalité ainsi que l'interdiction de l'arbitraire (ATF 115 V 103 consid. 4b). Dans les faits, une institution de prévoyance « enveloppante » propose, en général, un plan de prestations unique qui inclut les prestations minimales et les améliore, sans opérer de distinctions entre prévoyance obligatoire et prévoyance plus étendue. Afin de s'assurer que les prestations réglementaires respectent les exigences minimales de la LPP, autrement dit si la personne assurée bénéficie au moins des prestations minimales légales selon la LPP (art. 49 al. 1 LPP en corrélation avec l'art. 6 LPP), l'institution de prévoyance est tenue de pouvoir procéder à un calcul comparatif entre les prestations selon la LPP (sur la base du compte-témoin que les institutions de prévoyance doivent tenir afin de contrôler le respect des exigences minimales de la LPP [Alterskonto ; art. 11 al. 1 OPP 2, ordonnance du 18 avril 1984 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité, RS 831.411.1]) et les prestations réglementaires (Schattenrechnung ; cf. ATF 136 V 65 consid. 3.7 et les références ; voir également ATF 114 V 239 consid. 6a).

b) Selon la jurisprudence, la LPP (pour le régime obligatoire de la prévoyance professionnelle), respectivement le règlement de prévoyance (lorsque l'institution de prévoyance a décidé d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi) détermine les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable. Il en va différemment lorsque l'institution adopte une définition qui ne concorde pas avec celle de l'assurance-invalidité. Dans cette hypothèse, il lui appartient de statuer librement, selon ses propres règles. Elle pourra certes se fonder, le cas échéant, sur des éléments recueillis par les organes de l'assurance-invalidité, mais elle ne sera pas liée par une estimation qui repose sur d'autres critères. Toutefois, lorsque l'institution de prévoyance s'en tient à ce qu'ont décidé les organes de l'assurance-invalidité quant à la fixation du degré d'invalidité ou se fonde même sur leur décision, la force contraignante, voulue par le législateur et exprimée dans les art. 23 ss LPP, s'applique, sous réserve du caractère d'emblée insoutenable de la décision de l'assurance-invalidité (ATF 138 V 409 consid. 3.1 et les références).

c) Il n'est pas contesté en l'espèce que les prestations allouées par la défenderesse dépassent le minimum prévu par les dispositions obligatoires de la LPP. Le présent litige relève par conséquent exclusivement de la prévoyance plus étendue.

4. a) Aux termes de l'art. 61 des Statuts de la Caisse W._____, est définitivement invalide l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, devient avant l'âge terme incapable de remplir totalement ou partiellement sa fonction ou toute autre fonction de substitution et dont le traitement est réduit ou supprimé à titre définitif.

b) Selon l'art. 64 des Statuts, la pension d'invalidité est fixée sur la base du traitement assuré, au taux du tableau II correspondant au

nombre d'années d'assurance de l'assuré à l'âge terme, corrigé le cas échéant, d'après son degré d'activité ; les années potentielles sont comptées au degré moyen d'activité au moment de la réalisation du risque (al. 1).

En cas d'invalidité partielle, la pension est calculée :

- proportionnellement au degré d'invalidité déterminé par rapport à une activité à temps complet. La somme du degré d'invalidité et du degré d'activité potentiel restant ne peut dépasser 100 % ;
- sur la différence entre l'ancien et le nouveau traitement assuré, lorsque l'intéressé est déplacé dans une autre fonction avec un traitement réduit, mais sans modification de son degré d'activité (al. 2).

c) D'après l'art. 68 des Statuts, les prestations de la caisse sont révisées chaque fois que les conditions qui ont donné naissance à la pension d'invalidité (art. 58 et 61) se modifient. De plus, les prestations peuvent être réduites ou supprimées lorsque le pensionné s'est partiellement ou totalement réadapté à la vie professionnelle et qu'il obtient durablement un gain équivalent à tout ou partie du traitement actuel de son ancienne fonction (al. 1).

La caisse ou le pensionné peut demander la révision des cas d'invalidité en tout temps mais au plus tard jusqu'à l'âge minimum de la retraite (al. 2).

5. En l'occurrence, la défenderesse dispose de sa propre définition de l'invalidité, laquelle ne correspond pas à celle de l'assurance-invalidité. Elle peut donc procéder librement à l'évaluation de l'invalidité selon ses propres règles, sans être liée par le taux d'invalidité retenu par les organes de l'assurance-invalidité (cf. supra consid. 3b).

6. Eu égard aux griefs et conclusions formulés par la demanderesse, il convient d'examiner le droit aux prestations, d'une part, pour la période courant du 1^{er} octobre 2004 au mois de décembre 2007 et, d'autre part, pour la période courant à partir du mois de décembre 2007.

7. S'agissant du droit à la rente pour la période courant du 1^{er} octobre 2004 au mois de décembre 2007, il convient d'examiner la question de savoir si et dans quelle mesure le changement d'emploi auquel a été contraint la demanderesse et, partant, la diminution de salaire qui l'a accompagné peuvent avoir une influence sur le droit aux prestations allouées par la défenderesse.

a) Il n'est pas contesté que la demanderesse disposait au cours de la période litigieuse d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) Le fait que la demanderesse ait dû renoncer à exercer une activité à 50 % pour le compte de la commune Z. _____ au profit d'une activité moins bien rétribuée pour le compte de l'association A. _____ résulte d'une situation dont la défenderesse ne saurait assumer les conséquences d'un point de vue asséculo-logique. D'après la définition réglementaire de l'invalidité (cf. supra consid. 4a), la défenderesse ne doit prendre en charge que les conséquences d'une réduction de traitement qui résulte d'une incapacité définitive de remplir, par suite de maladie ou d'accident, totalement ou partiellement sa fonction ou toute autre fonction de substitution. Or, rien n'indique que le changement d'activité qu'a connu la demanderesse avait pour origine une cause médicale. Au contraire, il ressort de la lettre de résiliation adressée le 24 juin 2004 à la demanderesse par la commune de Pully que la fin des rapports de travail était la conséquence d'une restructuration de l'administration communale et de l'impossibilité pour l'employeur d'offrir à la défenderesse un poste à 50 %. Il n'y avait par conséquent aucun motif de réviser la pension d'invalidité de la demanderesse pour la période courant du 1^{er} octobre 2004 au mois de décembre 2007.

8. S'agissant du droit à la rente pour la période courant à partir du mois de décembre 2007, il convient d'examiner la question de savoir s'il existe un rapport de connexité matérielle entre les incapacités de travail qui se sont manifestées à compter de cette date et celle qui s'était

manifestée durant les rapports de prévoyance. Il convient plus particulièrement d'examiner si les modifications de l'état de santé de la demanderesse résultent de l'aggravation de l'atteinte préexistante ou d'une nouvelle affection. La réponse à cette question dépend de l'appréciation de la documentation médicale versée au dossier.

a) Il n'est pas contesté que la demanderesse a connu une période d'incapacité totale de travailler en raison de problèmes aux genoux entre les mois de décembre 2007 et la fin de l'année 2008 (cf. certificats des 30 octobre et 15 décembre 2008 du Dr D._____). Or, force est de constater que dans son rapport d'expertise du 1^{er} juin 2005, le docteur F._____, avait notamment mentionné, entre autres diagnostics, celui de syndrome fémoro-rotulien bilatéral prédominant à gauche. Il ressort toutefois d'une lecture attentive de cette expertise que ce médecin n'a nullement expliqué les raisons qui l'avaient conduit à retenir ce diagnostic. Son appréciation du cas, de même que sa description des plaintes rapportées et des limitations retenues, ne font mention d'aucun problème situé dans la région des genoux. Eu égard au fait que les médecins traitants de la demanderesse n'ont signalé à l'époque aucune limitation résultant de problèmes situés à cet endroit (voir notamment les rapports du Dr V._____ des 16 février et 24 août 2004), il y a lieu de nier l'existence d'un lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail survenue alors que la demanderesse travaillait pour le compte de la commune Z._____ et l'incapacité de travail liée aux problèmes aux genoux.

b) D'après les pièces médicales versées au dossier (rapport du Dr V._____ du 7 septembre 2009 et de la Dresse P._____ du 23 septembre 2009), la demanderesse présente depuis le début de l'année 2009 une polysymptomatologie caractérisée par des cervico-dorso-lombalgies, des troubles du sommeil (sur syndrome d'apnées du sommeil) et un état anxio-dépressif, qui la rendrait inapte à exercer une activité lucrative. Dans son rapport du 17 décembre 2009 établi pour le compte du SMR à la suite d'un examen clinique orthopédique, le Dr M._____ est parvenu à la conclusion que la capacité de travail de la demanderesse

dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles n'était pas complète en raison des multiples atteintes ostéomusculaires dont elle était atteinte ; depuis le mois de janvier 2009, celle-ci s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle, laquelle était parfaitement adaptée. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions médicales retenues par le docteur M._____, lesquelles reposent sur une analyse complète et détaillée de la situation de la demanderesse sur le plan orthopédique. Sur le vu des rapports établis par les Drs V._____ et P._____, il n'est par ailleurs pas possible de retenir l'existence d'une affection d'origine psychique qui viendrait diminuer, en sus des affections somatiques, la capacité de travail de la demanderesse. Ces médecins - en particulier la Dresse P._____ - ne rapportent aucune description clinique précise qui justifierait de retenir l'existence d'une affection relevant de la sphère anxio-dépressive, la mention (par le Dr V._____) d'une fatigue, de troubles du sommeil ou de difficultés de concentration n'étant pas suffisante, en l'absence d'explications plus concrètes, pour justifier l'existence d'une incapacité de travail. Dans ces conditions, il convient de constater que la situation médicale de la demanderesse n'a, objectivement, pas évolué par rapport à celle prévalant au moment de l'octroi des prestations de la défenderesse, celle-ci étant toujours caractérisée par l'existence de troubles somatiques qui réduisent sa capacité de travail de moitié.

c) Sur le vu de ce qui précède, la demanderesse ne saurait prétendre à des prestations supplémentaires à celles qui lui sont actuellement allouées par la défenderesse pour la période courant depuis le mois de décembre 2007.

9. Dans une argumentation complémentaire qu'il appartient à la Cour de céans d'examiner également (ATF 136 V 73 consid. 5.3), la demanderesse remet en cause les conditions dans lesquelles la défenderesse lui aurait octroyé en 2004 un versement anticipé dans le cadre de l'encouragement à la propriété du logement, ainsi que la manière dont elle aurait été informée des conséquences d'un tel versement.

a) Contrairement à ce que soutient la demanderesse, l'octroi d'un versement anticipé n'est exclu que lorsqu'un assuré a été reconnu entièrement invalide au sens de la prévoyance professionnelle (ATF 130 V 191). Par contre, les bénéficiaires d'une rente partielle d'invalidité peuvent demander à leur institution le versement anticipé de leur avoir de prévoyance correspondant à leur capacité (partielle) de travail (Bulletin de la prévoyance professionnelle n° 32 du 21 avril 1995, p. 6). Dans ces conditions, la demanderesse était en droit, malgré l'octroi par la défenderesse de prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle, de demander un versement anticipé. C'est donc de façon conforme au droit que la défenderesse a accédé à cette demande.

b) S'agissant d'une éventuelle violation du devoir d'information de la part de la Caisse W._____, il convient de rappeler que le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement (« ohne weiteres ») de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c)

devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480).

Il ressort en l'espèce du dossier que la demanderesse a été clairement informée par la remise, d'une part, d'un comparatif avant/après versement, et, d'autre part, d'un "résumé des dispositions concernant l'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle" des conséquences qu'un versement anticipé au titre de l'encouragement à la propriété du logement entraînerait sur le montant de ses prestations (cf. courrier du 19 novembre 2003). En revanche, la défenderesse n'est pas parvenue à démontrer qu'elle aurait proposé à la demanderesse la conclusion d'une assurance complémentaire afin de combler la lacune de prévoyance qu'a créée le versement anticipé (art. 30c al. 4 LPP et 11 OEPL [ordonnance du 3 octobre 1994 sur l'encouragement à la propriété du logement au moyen de la prévoyance professionnelle, RS 831.411]). Toutefois, la demanderesse ne prétend pas qu'elle aurait effectivement conclu une assurance complémentaire si elle avait reçu l'information manquante ; elle relève au contraire dans ses écritures qu'elle n'aurait jamais consenti audit versement si elle avait été correctement informée. Or, comme on l'a vu, la demanderesse a été informée de manière correcte des conséquences d'un versement anticipé. On ajoutera pour le surplus que la demanderesse n'allègue nullement être disposée à rembourser à la défenderesse le versement anticipé de 217'000 fr. dont elle a bénéficié et que, partant, l'on peut se demander si le fait de se prévaloir d'un éventuel vice de forme plus de sept ans après les faits litigieux, voire de n'évoquer ce vice que par mémoire du 3 novembre 2011 lors de la procédure judiciaire, alors même que la demanderesse était représentée par un avocat bien avant cette date, ne constitue pas un abus de droit. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il n'y a pas lieu de revenir sur le versement anticipé opéré en 2004 par la défenderesse.

10. a) La demande formée par G._____ contre la Caisse W._____ doit par conséquent être rejetée, ce qui entraîne également le rejet de ses réquisitions tendant au calcul de l'augmentation de son droit à la rente, que ce soit par expertise ou par interpellation de l'intimée.

b) La procédure étant gratuite (art. 73 al. 2 LPP), il ne sera pas perçu de frais de justice.

c) Bien que la Caisse W._____ obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de la demanderesse. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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

I. La demande formée par G._____ contre la Caisse W._____ est rejetée.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

III. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour G. _____),
- Caisse W. _____,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :