

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 17 avril 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Berthoud et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], demanderesse, représentée par Me David Métille, avocat
à Lausanne,

et

F._____, à Zurich, défenderesse, représentée par Me Nicolas Gillard,
avocat à Lausanne.

Art. 82 LPP

E n f a i t :

A. **a)** Z. _____ (ci-après : la demanderesse), née en [...], [...] de formation, a conclu le 11 février 1977 un contrat d'assurance sur la vie n° [...] avec P. _____, société d'assurances sur la vie, puis le 3 juillet 1981 un nouveau contrat d'assurance sur la vie n° [...] ([...]) avec P. _____ lequel annulait et remplaçait le contrat n° [...]. La police prévoyait le versement d'un montant de 30'000 fr., en cas de décès de l'intéressée et d'une rente annuelle d'incapacité de gain de 16'800 fr., le délai d'attente étant fixé à 1'460 jours (art. 23.02 des conditions générales). L'échéance du contrat était fixée au 31 janvier 2011. En date du 28 septembre 1987, la demanderesse a conclu un avenant n°1 (contrat d'assurance sur la vie n° [...]), le délai d'attente pour la rente étant fixé à 720 jours selon convention entre les parties (art. 23.02 des conditions générales). En date du 24 mai 1994, la demanderesse a conclu un avenant n°2, le contrat étant régi par les conditions générales d'assurances (CGA) B2/1971.

Le 1^{er} septembre 1987, la demanderesse a conclu un contrat de prévoyance liée avec P. _____ (police n° [...]) avec effet au 3 août 1987, l'échéance du contrat étant fixée au 2 août 2012. La police prévoyait le versement d'un capital de 100'000 fr. en cas de décès de la demanderesse et d'une rente annuelle de 31'200 fr. après un délai d'attente de 720 jours en cas d'incapacité de travail, la prime annuelle étant de 1'858 fr. 80. Le contrat était soumis aux CGA Vi 1/1986 (ci-après : CGA 1986), les conditions complémentaires d'assurances « Règles propres à la police de prévoyance liée » jointes à la présente police étant réservées. Sous la rubrique prestations complémentaires, en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de 90 jours, la libération du paiement des primes dues jusqu'au 3 août 2012 était prévue. En cas d'incapacité de gain survenue avant le 3 août 2012 après un délai d'attente de 720 jours, la rente annuelle est de 31'200 fr. payable mensuellement ; la rente en cours croit de 3% par an ; elle est versée aussi longtemps que subsiste l'incapacité de gain, au plus tard jusqu'au 3 août 2014, le droit de conclure une nouvelle rente étant réservé.

Le 8 décembre 1987, la demanderesse a conclu un contrat de prévoyance liée avec P._____ (police n° [...]) avec effet au 12 octobre 1987 (échéance du contrat au 11 octobre 2012), la prime annuelle étant de 2'966 fr. 40. Le contrat était soumis aux CGA 1986, les conditions complémentaires d'assurances « Règles propres à la police de prévoyance liée » jointes à la présente police étant réservées. La police prévoyait le versement d'un capital de 150'000 fr. en cas de décès de la demanderesse avant le 12 octobre 2012. Sous la rubrique prestations complémentaires, en cas d'incapacité de gain après un délai d'attente de 90 jours, la libération du paiement des primes dues jusqu'au 12 octobre 2012 était prévue. En cas d'incapacité de gain survenue avant le 12 octobre 2012 après un délai d'attente de 720 jours, la rente annuelle de 50'000 fr. était payable mensuellement ; la rente en cours croit de 3% par an ; elle était versée aussi longtemps que subsistait l'incapacité de gain, au plus tard jusqu'au 12 octobre 2014, le droit de conclure une nouvelle rente étant réservé.

Le 23 novembre 2005, P._____ Assurances a été radiée du registre du commerce après la fusion avec la société F._____, dont la raison sociale a changé le [...] pour devenir la société F._____ (ci-après : F._____ ou la défenderesse). Les activités d'assurance-vie ont été reprises par la défenderesse.

b) Dans l'intervalle, soit par certificat médical de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 12 mars 2003, la demanderesse a informé la défenderesse qu'elle avait été victime d'un accident le 6 décembre 2002 entraînant une atteinte à l'épaule gauche.

La défenderesse a libéré la demanderesse du paiement des primes liées aux polices n° [...], n° [...] et n° [...] avec effet au 6 mars 2003 (délai d'attente de 90 jours), ce qui correspond à un montant total annuel de 5'601 fr. 60.

La défenderesse a versé une rente d'incapacité de gain en vertu des polices n° [...], [...] et [...] dès le 25 novembre 2004 (après 720 jours d'attente).

Par courriers des 10 février 2005, 23 février 2006, 17 mai 2006, 23 mai 2006 et 5 octobre 2006, la défenderesse, se référant aux trois polices d'assurances, a demandé à l'intéressée qu'elle produise les déclarations d'impôts de 1998 à 2004 et qu'elle indique si une assurance collective en cas d'accident lui versait une rente et si une demande auprès de l'AI était en cours.

Par courrier du 20 décembre 2006, la défenderesse a confirmé à la demanderesse le contenu de sa lettre du 5 octobre relatif à la suppression des prestations en cas d'incapacité de gain à partir du 1^{er} janvier 2007, respectivement 1^{er} février 2007 aussi longtemps que la documentation fiscale depuis l'an 2000 ne lui serait pas transmise.

Après plusieurs échanges de courriers entre les parties, la défenderesse a prolongé au 30 juin 2007 le délai pour produire les documents requis et a accordé à titre exceptionnel les prestations des trois polices jusqu'à la date précitée, la demanderesse indiquant qu'elle n'était pas en mesure de lui fournir la documentation fiscale demandée. Dans un courrier du 5 avril 2007, la défenderesse a proposé la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire dès lors que la demanderesse alléguait une détérioration de son état de santé.

La défenderesse a sollicité par courrier du 11 juin 2007 que la demanderesse se soumette à une expertise médicale auprès du V. _____ à [...] en vue d'établir l'atteinte à la santé expliquant une éventuelle perte de gain.

Par courrier du 5 juillet 2007, la défenderesse a pris note du refus de la demanderesse de se soumettre à une expertise auprès du V. _____ et de son impossibilité de lui fournir des preuves objectives de son incapacité de gain, preuves demandées depuis début 2005. Elle l'a

dès lors informée de la suppression des prestations (droit à une indemnité perte de gain et libération du paiement des primes) avec effet au 31 juillet 2007, rappelant qu'elles avaient jusqu'alors été octroyées à titre provisoire dans l'attente de l'analyse des documents requis, respectivement du résultat de l'expertise.

Par courrier du 12 juillet 2007, la défenderesse a informé la demanderesse que les primes des polices d'assurances étaient dues.

Le 13 novembre 2007, la défenderesse a sommé la demanderesse de s'acquitter dans les quatorze jours des primes trimestrielles des polices n° [...], n° [...] et n° [...]. A défaut, le droit aux prestations serait suspendu ou réduit conformément aux conditions générales. Finalement, faute de paiement, les polices ont été transformées en assurances libérées du service des primes.

Par courrier du 10 octobre 2008, la demanderesse a informé la défenderesse qu'elle était d'accord de se soumettre à une expertise, mais uniquement dans les domaines neurologique et orthopédique.

Le 9 décembre 2008, la défenderesse a confirmé son refus de toute prestation dès lors que la demanderesse n'était pas disposée à fournir les preuves objectives de son incapacité de gain, raison pour laquelle sa demande de prestations était refusée.

En réponse à un courrier du 7 juin 2009 à son médecin-conseil, la défenderesse a informé la demanderesse qu'aucune prestation ne lui serait versée tant qu'elle ne serait pas en possession du résultat de l'expertise pluridisciplinaire et de la documentation fiscale depuis l'an 2000. La défenderesse rappelait en outre avoir demandé à maintes reprises à la demanderesse de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire, mais que les différents centres proposés n'avaient jamais obtenu son accord pour diverses raisons.

En 2009, la défenderesse a transmis à la demanderesse le récapitulatif des polices n° [...] (état au 24 juin 2009), n° [...] (état au 24 juin 2009) et n° [...] (état au 24 juin 2009).

Par courrier du 2 décembre 2010, la défenderesse a informé la demanderesse que le contrat d'assurance de la police n° [...] arrivait à échéance le 1^{er} février 2011.

Par courrier du 5 juin 2012, la défenderesse a informé la demanderesse que le contrat d'assurance de la police n° [...] arrivait à échéance le 3 août 2012.

Par courrier du 13 août 2012, la défenderesse a informé la demanderesse que le contrat d'assurance de la police n° [...] arrivait à échéance le 12 octobre 2012.

Par courrier du 11 juillet 2013, la défenderesse a pris note que la demanderesse était d'accord de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire et l'a informée que les frais de cette expertise seraient à la charge de F._____.

Dans un rapport du 24 septembre 2014, les Drs D._____, spécialiste en médecine interne, U._____, spécialiste en neurologie et G._____, spécialiste en orthopédie, ont notamment considéré ce qui suit :

- "7. *Questions spécifiques concernant l'incapacité de gain*
- a. *des éléments non médicaux jouent-ils un rôle dans l'incapacité de gain ?*
Nous ne pouvons pas nous prononcer sur la période antérieure à notre expertise. Actuellement l'assurée est totalement obnubilée par le contentieux qui vous lie de manière contractuelle et qui influence sa capacité d'analyse de la situation aussi bien antérieure qu'actuelle.
 - b. *Des comorbidités influencent-elles la capacité de travail/gain ?*
Du point de vue somatique nous ne voyons pas de comorbidité qui puisse influencer sa capacité de gain.
Des troubles thymiques probables semblent avoir un impact non négligeable sur le vécu des plaintes et sur les plaintes elles-mêmes, surtout en ce qui concerne les

troubles du sommeil, la fatigue et les troubles de la concentration.

- c. *Existe-t-il une aggravation ou simulation des problèmes médicaux ?*

Il n'y a pas de simulation à notre avis. En raison de la durée et de la chronicité des faits, l'assurée présente un phénomène d'auto-entretien de ses plaintes ce qui a tendance à diminuer son seuil de sensibilité aussi bien à la douleur qu'à sa capacité de résistance au stress.

- d. *Quelles sont les limitations (qualitatives et quantitatives) dans sa profession de [...] en relation avec les troubles constatés ? Quelles activités ne sont plus possibles (veuillez donner la ou les raisons) ?*

La fatigabilité, son manque de capacité d'écoute et ses problèmes de concentration rendent la pratique de son activité tout à fait impossible, indépendamment de la cause.

- e. *La profession actuelle est-elle encore exigible ? Si oui, quelles tâches/activités la personne peut-elle encore exercer et à quel taux (heures par jour/jours par semaine) ? Si non, pourquoi ?*

Non, cf. point d.

Pour le moment la profession de [...] n'est pas exigible en raison des troubles attentionnels et de la fatigabilité. Ces derniers l'empêcheraient de répondre aux exigences d'un travail de [...].

- f. *La reprise de l'activité exercée jusqu'ici est-elle envisageable ?*

L'assurée a stoppé son activité de [...] depuis 12 ans, il n'est plus envisageable qu'elle puisse reprendre son activité.

Pour le moment Mme Z. _____ n'est pas apte à reprendre son activité professionnelle. Une reprise dans le futur, après une amélioration de ses symptômes reste toutefois théoriquement possible.

- g. *Taux d'incapacité de travail futur comme [...] ?*

100%, mais selon notre évaluation, la capacité est complète sur le plan somatique. Tout au plus peut-on estimer une diminution de rendement de 15% liée aux douleurs modérées résiduelles et à la médication antalgique.

Nous pensons que le reste de l'incapacité est d'origine plutôt psychique.

- h. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ? Si oui, lesquelles et à quel taux ? Si non, pourquoi ?*

A déterminer après consultation psychiatrique.

- i. *Le traitement actuel est-il adéquat ? Si non, par quelles mesures le traitement médical doit être adapté ?*

Pour les problèmes somatiques, le traitement actuel est tout à fait adapté.

Le traitement médicamenteux antalgique semble adéquat pour contrôler la douleur, la morphine pourrait par contre aggraver une possible apnée du sommeil, si celle-ci est présente. Une nouvelle évaluation d'une possible apnée du sommeil sous traitement chronique d'opiacés nous semble indiquée.

Une évaluation psychiatrique nous semble essentielle afin d'adresser une composante thymique que nous suspectons et qui contribuerait d'une manière importante aux troubles du sommeil, attentionnels, et à la fatigue.

j. *Jugez-vous nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise dans une autre discipline ?*

Oui, impérativement, l'assurée doit se soumettre à un examen psychiatrique.”

Par courrier du 13 octobre 2014 à la demanderesse, la défenderesse a exposé ce qui suit :

“Madame,

Le rapport d'expertise du 24 septembre 2014 faisant suite à l'analyse multidisciplinaire effectuée par les Professeurs U._____ (Neurologie) et D._____ (Médecine interne) ainsi que par le Dr G._____ (Orthopédie) nous est parvenu. Vous trouverez une copie du rapport en annexe.

Il ressort de celui-ci que du point de vue orthopédique, la fracture-luxation de l'épaule gauche, la reprise chirurgicale de l'épaule gauche, les deux interventions pour le tunnel carpien droit et celle du tunnel carpien gauche ont chaque fois justifié une incapacité temporaire de travail. La durée et l'importance de celles-ci ne peuvent pas être déterminées a posteriori.

Dès lors, les prestations d'incapacité de gain accordées à 100% pour la période du 06.12.2002 au 31.07.2007 ont largement couvert les incapacités temporaires de travail objectivées lors de l'expertise pluridisciplinaire.

En ce qui concerne votre incapacité de travail actuelle, celle-ci ne peut être prise en considération étant donné que l'expertise conclut que du point de vue orthopédique une incapacité de travail de 15% est justifiable. Du point de vue contractuel (art. 11.1 des conditions générales pour les polices [...], [...] et art. 10.01 pour la police [...]), F._____ ne doit verser des prestations qu'à partir d'une incapacité de travail de 25%.

De plus vos contrats sont arrivés à échéance le 01.02.2011 pour la police no [...], le 03.08.2012 pour la police no [...] et le 12.10.2012 pour la police no [...] et F._____ ne peut par conséquent pas verser de prestations pour des incapacités de travail dues à des maladies ou affections s'étant produites après ces dates.”

Par courrier du 14 novembre 2014, F._____ a pris position par rapport au courrier du 15 octobre 2014 du conseil d'alors de la demanderesse.

Par courrier du 14 novembre 2014, le Professeur U._____ a indiqué au précédent conseil de la demanderesse que les experts étaient dans l'impossibilité de se prononcer sur la capacité de travail entre 2002 et actuellement et qu'un jugement rétroactif n'aurait aucune valeur de référence.

Par demande du 23 octobre 2015 déposée auprès de la Chambre patrimoniale cantonale faisant suite à une audience de conciliation du 24 juin 2015, la demanderesse, par son conseil d'alors Me Jean-Michel Duc, a conclu à l'encontre de F._____ notamment au paiement d'un montant de 642'205 fr. 30, soit 58'800 fr. au titre de la police n° [...] (rentes du 1^{er} août 2007 au 31 janvier 2011), 218'571 fr. au titre de la police n° [...] (rentes du 1^{er} août 2007 au 3 août 2014) et 354'977 fr. 20 au titre de la police n° [...] (rentes du 1^{er} août 2007 au 12 octobre 2014).

Par prononcé du 29 juin 2016, la Chambre patrimoniale cantonale a déclaré irrecevables les conclusions de la demande déposée le 23 octobre 2015 par la demanderesse Z._____ à l'encontre de la défenderesse F._____ portant sur les polices de prévoyance liée n° [...] et [...], en considérant notamment ce qui suit :

“III. [...]

c) Dans sa demande du 23 octobre 2015, la demanderesse réclame des rentes d'invalidité qu'elle estime dues par la défenderesse, notamment en vertu des polices de prévoyance liée nos [...] et [...]. Les conditions générales qui régissent ces polices – et sur lesquelles se base la demanderesse pour justifier la recevabilité de sa demande – prévoient à leur article 31.2 que « *le preneur et l'ayant droit ont la faculté de porter tout litige qui les diviserait d'avec « P._____ » soit devant le juge du for de leur domicile en Suisse, soit devant les tribunaux civils de [...] »*. Toutefois, compte tenu du caractère impératif des règles de compétence de l'art. 73 LPP, cette disposition des conditions générales – qui déroge aux articles 73 LPP et 93 let. c LPA-VD – n'est pas applicable. De plus, il est à relever que dites conditions, qui datent de 1986, sont antérieures à l'entrée en vigueur de l'art. 82 LPP, ainsi que des dispositions de l'OPP3 et de la LPP – soit notamment l'article 73 al. 1 let. c LPP – qui s'y réfèrent. Par conséquent, lors de leur rédaction, P._____ Assurances ne pouvait connaître les règles de compétence de l'article 73 LPP et leur caractère impératif.”

B. Le 28 juillet 2016, Z._____ a ouvert action contre F._____ devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, et a, sous suite de frais et dépens, pris les conclusions suivantes :

I. La demande déposée le 23 octobre 2015 devant la Chambre patrimoniale cantonale, et redéposée ce jour, est recevable.

II. F._____ doit payer à Madame Z._____ la somme de 58'800 fr. [...], plus intérêts à 5% dès le 1^{er} mai 2010, date d'intérêts moyenne, de CHF 218'571.- [...] plus intérêts à 5% dès le 1^{er} février 2011, date d'intérêts moyenne, et de CHF 358'222.25 [...], plus intérêts à 5% dès le 1^{er} mars 2011, date d'intérêts moyenne.

III. F._____ doit prendre en charge les frais d'avocat jusqu'au jour de l'ouverture de l'action et verser immédiatement à Madame Z._____ la somme de CHF 9'857.10 [...].

IV. Acte est donné à Madame Z._____ de ce qu'elle se réserve expressément le droit de réclamer, par l'introduction de nouvelles procédures, le solde des prestations dues, ainsi que les dommages causés, par la société d'assurances F._____, au titre de leurs relations contractuelles."

Pour l'essentiel, la demanderesse soutient que la défenderesse doit prêter au-delà du 31 juillet 2007. Elle estime avoir fourni à la défenderesse différents certificats médicaux attestant de son incapacité de travail. Par ailleurs, le rapport d'expertise atteste une incapacité de travail à 100% dont 15% sont dus à des atteintes somatiques et 85% liés à des troubles psychiques. Dans un courrier complémentaire du 20 mars 2015, les experts ont indiqué à la demanderesse que l'incapacité de travail de 100% est continue depuis le 6 décembre 2002. La demanderesse affirme en outre que selon les conditions générales B2/1971 et Vi 1/1986, elle doit apporter la preuve de son incapacité de travail et non de son incapacité de gain. La demanderesse est en outre d'avis qu'étant en incapacité de travail, elle remplissait les conditions de libération des primes au-delà du 27 novembre 2007, date à laquelle la défenderesse a estimé que les polices d'assurance souscrites s'étaient transformées en assurances libérées du service des primes la libérant ainsi de ses obligations en tant qu'assureur. Elle dépose un lot de pièces sous bordereau (pièces 1-38).

Dans sa réponse du 7 septembre 2016, la défenderesse conclut, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'irrecevabilité des conclusions de la demande déposée le 28 juillet 2016 en tant qu'elles portent sur la police n° [...] et ses deux avenants des 28 septembre 1987 et 24 mai 1994 et principalement au rejet des conclusions de la demande déposée le 28 juillet 2016. La défenderesse constate que les prétentions relatives à la police n° [...] sont de la compétence du juge civil. S'agissant des polices n° [...] et [...], ces dernières sont régies par les conditions générales d'assurances Vi 1/1986 (CGA 1986). L'art. 3.9 CGA 1986 exige que l'assurée apporte la preuve cumulative de l'incapacité médicale d'exercer sa profession et de la diminution effective de ses gains. Dans le cadre de la révision de 2005, elle a requis de la demanderesse qu'elle prouve la perte de gain intervenue par la production de ses déclarations d'impôts de 1998 à 2004 et d'une copie d'une demande AI en relation avec les trois polices. S'agissant de la capacité de travail de la demanderesse, les experts ont considéré qu'aucun trouble lié à l'accident de décembre 2002, ni aucune maladie qui aurait frappé la demanderesse durant la validité des polices litigieuses n'est mise en évidence. Les experts ont retenu que la capacité de gain en qualité de [...] est complète sur le plan somatique avec une diminution de rendement de 15% due à des douleurs modérées résiduelles et à la médication antalgique. Ils suspectent que le reste de l'incapacité constatée en 2014 pourrait être d'origine psychique et préconisent une évaluation psychiatrique. Finalement seule la taxation d'office pour 2001-2002 a été produite, ce qui ne permet pas d'apprécier les gains exacts réalisés par la demanderesse ni pendant ces années, ni avant. Elle soutient enfin que la demande est prescrite. Elle dépose un lot de pièces sous bordereau (pièces 101-143), les pièces requises étant désignées sous n° 151 à 156.

Le 12 septembre 2016, le conseil de la défenderesse a produit 116 pièces reçues de F._____.

Par décision du 3 janvier 2017, la juge alors en charge du dossier a accordé l'assistance judiciaire à la demanderesse à compter du 28 juillet 2016 et a désigné Me David Métille en qualité de conseil d'office.

Par courrier du 9 janvier 2017, l'Office des faillites de l'arrondissement de [...] a transmis à la Cour de céans un courrier du 9 janvier 2017 qu'il avait adressé au conseil de la demanderesse.

Dans ses déterminations du 13 janvier 2017 concernant la conclusion I de sa demande, la demanderesse s'en remet à dire de justice concernant la compétence de la Cour au sujet de la police n° [...], ainsi que de ses avenants. Elle conclut à la confirmation de la teneur de la conclusion IV de sa demande. Elle dépose le 6 février 2017 une pièce (39).

Dans son écriture du 14 février 2017, la défenderesse s'en remet à dire de justice s'agissant de la suspension éventuelle de la procédure.

Le 14 mars 2017, la juge alors en charge du dossier a estimé que la suspension de la procédure ne se justifiait pas.

Dans sa réplique du 19 avril 2017, la demanderesse soutient que les trois polices conclues avec la défenderesse étaient des assurances de sommes, si bien qu'elle n'avait pas l'obligation de se soumettre à une expertise médicale. Il ne saurait par ailleurs être question de vouloir appliquer des réquisits bien plus élevés en terme d'obligation stricte de la part de l'assuré de collaborer, respectivement de réduire le dommage. Enfin, les CGA n'exigent pas de la part de l'assuré qu'il soit tenu de communiquer des renseignements détaillés au sujet de ses données fiscales et/ou comptables. Si tel avait été le cas, les CGA auraient dû les prévoir de manière expresse et détaillée. Elle requiert la production de l'intégralité du dossier officiel constitué par la défenderesse, comprenant toutes ses notices internes. Elle sollicite une audience de débats au cours de laquelle elle pourra être entendue sur l'un ou l'autre aspect factuel de la présente affaire. Elle dépose enfin un lot de pièces sous bordereau complémentaire (pièces 41 à 48).

Dans sa duplique du 14 juillet 2017, la défenderesse confirme, sous suite de frais et dépens, les conclusions de sa réponse du 7 septembre 2016 et souscrit à la sollicitation de la tenue d'une audience de débats. Elle produit deux pièces sous bordereau (144-145).

Par courrier du 27 novembre 2018, les parties ont été informées que le dossier de la cause avait été transmis pour la suite de l'instruction ou pour la préparation d'un rapport à une nouvelle juge instructrice.

Dans son courrier du 7 janvier 2019, la juge instructrice a rejeté l'ensemble des réquisitions de preuve des parties, y compris la réquisition implicite tendant à la comparution personnelle de la demanderesse.

Par courrier du 11 juillet 2019, la juge instructrice a invité la demanderesse à préciser d'une part si elle avait déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité postérieurement à l'événement du 6 décembre 2002 et d'autre part, si une procédure était toujours pendante auprès de la Chambre patrimoniale cantonale relative à la police n° [...]. Quant à la défenderesse, elle était invitée à préciser si les documents médicaux produits dans le cadre de la présente procédure étaient les seuls dont elle avait eu connaissance ou si d'autres rapports médicaux tels qu'énumérés dans le rapport d'expertise du 24 septembre 2014 (p. 1-4 uniquement) l'étaient également. Leur production était requise.

Par courrier du 19 août 2019, la demanderesse a indiqué qu'elle n'avait pas déposé de demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour les suites du sinistre du 6 décembre 2002, puisqu'une telle démarche ne revêtait pas un caractère obligatoire à l'époque. Par ailleurs, la procédure devant la Chambre patrimoniale a été suspendue par prononcé du 12 mai 2017. La demanderesse produit la pièce 49.

Le 19 août 2019, la défenderesse a produit des pièces sous n° 145, rappelant qu'elle ne disposait d'aucune pièce médicale pour la période allant de 2008 à la fin de l'année 2013.

Les parties se sont encore exprimées par courriers des 20 et 23 septembre 2019.

Les parties ont confirmé la tenue d'une audience de débats, laquelle a eu lieu le 12 mars 2020. Me Métille a confirmé les conclusions de sa demande, ainsi que celles de sa réplique en tant qu'elles portent sur les polices [...] et [...]. Me Gillard a confirmé les conclusions libératoires de sa cliente.

Me Métille a déposé sa liste des opérations le 13 mars 2020.

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 ; BLV 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). La demanderesse étant domiciliée dans le canton de Vaud, la Cour de céans est compétente à raison du for.

f) L'action a été ouverte par la demanderesse sous la forme d'une requête de conciliation déposée le 29 mai 2015 devant la Chambre patrimoniale cantonale, puis par une demande du 23 octobre 2015 - faisant suite à une audience de conciliation du 24 juin 2015 - dont les conclusions portant sur les polices de prévoyance liée [...] et [...] ont été déclarées irrecevables, la Chambre patrimoniale cantonale se déclarant incompétente par prononcé du 29 juin 2016. Dite demande a été réintroduite le 28 juillet 2016 (date 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 la 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 la demanderesse savait que la cause (plus précisément s'agissant des conclusions portant sur les polices de prévoyance liée [...] et [...]) ne relevait pas de la compétence de la Chambre patrimoniale cantonale, il convient d'admettre que l'action est réputée introduite le 29 mai 2015, 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).

g) Toutefois si la Chambre patrimoniale cantonale s'est, par prononcé du 29 juin 2016, déclaré incompétente s'agissant des conclusions portant sur les polices de prévoyance liée [...] et [...] de la demande du 23 octobre 2015, elle s'est *a contrario* considérée compétente s'agissant de la conclusion portant sur la police n° [...] - laquelle annulait et remplaçait le contrat n° [...] - et *de facto* sur ses deux avenants des 28 septembre 1987 et 24 mai 1994, étant précisé qu'il s'agit d'un contrat de prévoyance individuelle libre (pilier 3b) régi par le principe de la liberté contractuelle et non soumis aux restrictions prévues par l'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). Dans ce contexte, la conclusion de la demanderesse portant sur la police précitée est irrecevable, dès lors qu'elle fait l'objet d'une procédure parallèle entrant dans la compétence du juge civil, procédure actuellement suspendue par prononcé du 12 mai 2017 de la Chambre patrimoniale cantonale jusqu'à droit connu sur la cession des droits de la masse en faillite de la demanderesse. Pour le surplus, l'acte du 28 juillet 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 concerne une prétention fondée sur un contrat d'assurance de prévoyance liée selon l'art. 82 LPP. Il a pour objet la question de savoir si la demanderesse peut prétendre aux prestations en cas d'incapacité de gain (rente de perte de gain et libération du paiement des primes) découlant des polices de prévoyance liée n° [...] et [...], singulièrement la question de savoir si la demanderesse présente une perte de gain suffisante suite à l'événement du 6 décembre 2002 pour le droit à ces prestations à compter du 1^{er} août 2007, date à partir de laquelle la défenderesse a cessé le versement de ses prestations, soit la libération du paiement de primes et le versement d'une rente trimestrielle. La demanderesse conclut au maintien de la libération de primes annuelles et du versement d'une rente annuelle au-delà du 1^{er} août 2007. Elle allègue qu'elle doit apporter la preuve de son incapacité de travail et non

de son incapacité de gain. Dès lors étant en incapacité de travail, elle remplissait les conditions de libération des primes au-delà du 27 novembre 2007.

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. 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 2^{ème} 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 2^{ème} 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).

c) Dans la mesure où le 2^{ème} pilier et le 3^{ème} pilier lié (3A) servent tous les deux, que ce soit sous une forme collective ou à titre individuel, à la prévoyance professionnelle, il convient de donner aux notions de base utilisées dans les deux régimes une acceptation identique. Ainsi, il n'y a pas lieu de donner un sens plus étendu à la notion d'invalidité employée dans la prévoyance individuelle liée qu'à celle employée dans le 2^{ème} pilier (TF 2A.292/2006 du 15 janvier 2007 consid. 6.4 ; voir également ATF 141 V 439 consid. 3.2). Ce faisant, les établissements d'assurance peuvent prévoir dans leurs conditions générales d'assurance - à l'instar de ce qui est possible en matière de prévoyance plus étendue - une notion de l'invalidité plus large que celle de l'assurance-invalidité. Rien ne les empêche de proposer des prestations déjà lors d'incapacité de fonction ou en cas d'impossibilité d'exercer un type de profession déterminé correspondant à la formation de la personne assurée. C'est ainsi que certaines institutions de prévoyance ont par exemple décidé d'octroyer des prestations en cas d'invalidité dite professionnelle, c'est-à-dire en cas d'incapacité d'exercer son activité habituelle ou d'incapacité d'exercer un groupe de professions en rapport avec la formation de l'intéressé dans le but de ne pas déclasser professionnellement des assurés devenus invalides. Toutefois, si elles utilisent dans leurs conditions générales d'assurance une notion d'invalidité déterminée, elles doivent se baser, lors de son interprétation, sur ce que l'on entend par là dans les autres domaines des assurances sociales ou selon les principes généraux du droit (voir ATF 115 V 208 consid. 2b ; TF 9C_218/2015 du 15 octobre 2015).

d) Dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire, les prestations ne sont généralement pas octroyées sous la forme d'une décision. Il s'agit toutefois d'un acte d'une entité administrative appliquant du droit public et donc apte à fonder une certaine protection de la confiance. Il apparaît dès lors justifié, dans l'intérêt de la LPP, de partir également du principe de la non-rétroactivité d'une suppression ou réduction de rente par une révision et de considérer la règle de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI comme déterminante (ATF 133 V 67 consid.

4.3.5). Une application par analogie de ces principes peut seule entrer en ligne de compte. Le moment où l'office AI rend sa décision et la question de savoir si la personne assurée a satisfait à son obligation d'informer à l'égard de l'AI peuvent être décisifs. Ces facteurs sont en général hors du domaine d'influence de l'institution de prévoyance et ne peuvent pas lui être imputés. L'institution de prévoyance doit ainsi avoir la possibilité de procéder de son côté à des clarifications, même si elle peut aussi décider de reprendre la décision de l'office AI. Si ces clarifications aboutissent à ce que les conditions d'une suppression de rente (application par analogie de l'ancien art. 41 LAI, respectivement de l'art. 17 al. 1 LPGA en lien avec l'art. 88a RAI) sont remplies, l'institution de prévoyance est de son côté légitimée à supprimer la rente avec effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (voir art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI).

Cette règle est toutefois soumise à la condition que l'assuré se soit acquitté de son devoir d'information, ce à quoi des mesures d'instruction du côté de l'institution de prévoyance ne peuvent pas pallier. En ce qui concerne l'analogie à la suppression rétroactive prévue à l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI en cas de violation du devoir d'informer, la personne assurée n'a, selon la doctrine, pas seulement une obligation d'informer de tous les changements importants pour le droit à l'égard de l'office AI, mais aussi vis-à-vis de l'institution de prévoyance allouant une rente, également lorsque cette obligation n'est pas mentionnée dans le règlement. En cas de violation de cette obligation, l'institution doit donc être considérée comme légitimée, par analogie à l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI, à réduire ou à supprimer une rente rétroactivement au moment du changement déterminant pour le droit (ATF 133 V 67 consid. 4.3.5).

Cette jurisprudence a été confirmée dans un arrêt du 20 novembre 2017 (ATF 143 V 434), où le Tribunal fédéral a considéré que, faute d'une disposition réglementaire contraire, une rente allouée jusque-là sans réserve doit être modifiée selon les règles applicables en matière d'assurance-invalidité dans le cadre de la prévoyance plus étendue, comme dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire.

En effet, il a jugé que, dans le domaine de la prévoyance professionnelle étendue, les institutions de prévoyance sont libres, dans le cadre des art. 6 et 49 al. 2 LPP ainsi que des limites de droit constitutionnel (comme l'égalité, l'interdiction de l'arbitraire et la proportionnalité), de définir la notion d'invalidité et/ou le risque assuré en s'écartant de l'art. 23 LPP (ATF 120 V 106 consid. 3c). Alors que les institutions de prévoyance doivent respecter dans tous les cas la prescription minimale de l'art. 23 LPP dans le domaine de la prévoyance professionnelle obligatoire (art. 6 LPP), cette disposition ne vaut que dans la mesure où les règlements ou les statuts ne prévoient rien d'autre en ce qui concerne la notion d'invalidité ou le risque assuré, de par une jurisprudence constante (ATF 143 V 434 consid. 2.2 ; 136 V 65 consid. 3.2). Une personne assurée n'a donc seulement droit à des prestations d'invalidité de la prévoyance professionnelle que si les conditions d'octroi sont remplies. Aussi bien dans la prévoyance obligatoire, où les conditions matérielles en cas de modification ou de suppression de rente sont les mêmes qu'en cas de révision ou de reconsidération d'une rente de l'assurance-invalidité (ATF 133 V 67 consid. 4.3.1), que dans la prévoyance étendue, le droit aux prestations doit en principe être adapté s'il ne correspond objectivement pas ou plus aux circonstances actuelles de fait ou de droit (ATF 143 V 434 consid. 2.3 ; 141 V 127 consid. 5.2 ; 138 V 409).

Selon la jurisprudence, une institution de prévoyance, même si elle utilise une notion d'invalidité plus large que celle de la LPP, respectivement de la LAI, et n'est pas liée par les décisions des organes de l'AI (ATF 138 V 409 consid. 4.2 et 5.1), doit aussi adapter dans le cadre de la prévoyance surobligatoire, selon les règles de l'AI, la rente allouée jusqu'alors, en l'absence d'autres dispositions réglementaires (ATF 138 V 409 consid. 3.2 et 3.3, où le moment de l'adaptation est également déterminé selon les données AI). Cette jurisprudence a été confirmée par la suite (ATF 143 V 434 consid. 3.4.2 ; 141 V 405).

4. a) Selon l'art. 3.9 CGA 1986 pour les polices de prévoyance [...] et [...], l'incapacité de gain est l'état qui empêche l'assuré, par suite d'une maladie, d'accidents ou de déclin de ses facultés mentales ou physiques - sur la base de signes objectifs médicalement constatables - d'exercer sa profession ou toute autre activité conforme à sa position sociale, ses connaissances et ses aptitudes et qui lui cause simultanément une perte de gain ou un autre préjudice pécuniaire équivalent. L'art. 11.1 CGA 1986 précise qu'en cas d'incapacité de gain de l'assuré et à proportion de son degré, l'assureur, s'il en a été convenu ainsi libère le preneur de son obligation de payer les primes et verse la rente fixée dans la police. Une incapacité de gain inférieure à 25% ne donne droit à aucune prestation. Une incapacité égale ou supérieure à 66^{2/3}% est considérée comme une incapacité totale. Toutefois, le droit aux prestations subsiste aussi longtemps que l'assuré demeure totalement ou partiellement incapable de gagner, mais au plus tard jusqu'à la date convenue pour la fin du droit aux prestations (art. 11.3 CGA 1986).

b) La disposition réglementaire relative à la notion d'invalidité va au-delà des exigences légales prévues pour la prévoyance professionnelle obligatoire sous un double aspect. D'une part, le règlement prévoit l'allocation d'une rente déjà à partir d'une incapacité de gain de 25%. D'autre part, la notion d'invalidité est définie de manière plus large que dans la LAI (et dans la LPP), puisque l'invalidité peut résulter de l'incapacité d'exercer sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes. Cette solution vise à ne pas déclasser professionnellement les assurés devenus invalides, spécialement les travailleurs qualifiés. Il en découle par ailleurs que la notion d'invalidité prévue par le règlement correspond bien à celle d'une incapacité de gain, c'est-à-dire de l'incapacité pour l'assuré de mettre à profit la capacité de travail résiduelle dans une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui compte tenu du marché du travail entrant en considération pour lui, à savoir sa profession ou une autre activité lucrative conforme à sa position sociale, à ses connaissances et à ses aptitudes (à propos d'une disposition

réglementaire à la formulation quasi identique, voir TF B 140/06 du 27 mars 2007 consid. 3.3).

c) L'art. 24.1 CGA 1986 impose à l'assuré de justifier son droit aux prestations en cas d'incapacité de gain. Ainsi pour être mis au bénéfice des prestations convenues pour le cas d'incapacité de gain de l'assuré, l'ayant droit produira à ses frais un rapport médical indiquant la date à laquelle cette incapacité s'est manifestée, son degré, ainsi que la nature, l'évolution et le pronostic de l'affection qui est en cause ; l'ayant droit donnera en outre toutes indications utiles sur l'activité professionnelle qu'exerçait l'assuré avant qu'il soit devenu totalement ou partiellement incapable de s'y consacrer, ainsi que sur sa position sociale et économique. L'art. 24.2 CGA 1986 précise que l'assureur doit être informé sans délai de toute modification du degré d'incapacité de gain de l'assuré, de manière à pouvoir adapter immédiatement ses prestations au nouvel état de fait ; sous peine de déchéance de ses droits, l'assuré se soumettra à tous examens médicaux requis par «P._____» pour apprécier le degré de son incapacité ; des déclarations inexactes ou tardives entraînent pour le preneur l'obligation de restituer les prestations indûment touchées. Par analogie à l'art. 23.3 CGA 1986, «P._____» peut demander des renseignements à des tiers ou requérir à ses frais des expertises médicales dans la mesure où cela est nécessaire pour établir l'existence ou fixer l'étendue d'un droit aux prestations assurées (art. 24.3 CGA 1986). L'absence de paiement de primes après sommation a pour conséquence que les obligations de «P._____» sont suspendues. Enfin, «P._____» paie les prestations échues à l'ayant droit dès que les pièces justificatives en sa possession lui ont permis de constater le bien-fondé de la prétention (art. 25.1 CGA 1986).

5. a) En l'occurrence, le 6 décembre 2002, la demanderesse a été victime d'une chute en ville de [...] à la suite d'un croc-en-jambe d'une passante, soit W._____, laquelle a été condamnée par jugement du 13 juin 2007 du Tribunal d'arrondissement de [...] à une peine d'un jour-amende à 100 fr., dès lors qu'elle s'était rendue coupable de lésions corporelles graves par négligence. L'annonce d'un AVP (accident de la

voie publique) le 30 juillet 1996 dont aurait été victime la demanderesse par le biais d'un certificat médical du 15 novembre 2005 établi par le Professeur S._____ n'a aucune incidence sur la présente cause, dès lors que la demanderesse avait repris une activité lucrative à 100% dès le 1^{er} janvier 2002, soit onze mois avant l'événement du 6 décembre 2002.

Sur le plan médical, il ressort du dossier et des pièces produites que la demanderesse présentait une totale incapacité de travail à compter du 6 décembre 2002 pour une durée indéterminée, étant précisé qu'elle a en outre été hospitalisée du 15 janvier au 14 mars 2003 dans le service de réadaptation générale de la CRR (cf. certificat médical du 12 mars 2003 de la CRR adressé à la défenderesse). La défenderesse a ainsi libéré la demanderesse de son obligation de paiement des primes dès le 6 mars 2003 (après un délai d'attente de 90 jours) et lui a versé une rente dès le 25 novembre 2004 (délai d'attente de 720 jours). Parallèlement, la défenderesse a sollicité des renseignements médicaux par lettre du 22 juillet 2003 à la CRR. Par certificat médical du 19 janvier 2004, le Dr H._____, directeur médical de l' [...] a conclu à la reprise de l'activité professionnelle dès le 8 février 2004. A la date précitée, le Dr T._____ du service des maladies infectieuses du CHUV a attesté que la demanderesse présentait une incapacité totale de travail jusqu'au 29 février 2004 en raison des séquelles de l'accident, laquelle a été prolongée jusqu'au 31 mars 2004 par le Prof. S._____. Dans un certificat médical du 23 avril 2004, ce praticien a expliqué que la fracture de l'épaule gauche avait été traitée par prothèse totale. L'évolution était difficile en raison de douleurs. Par ailleurs, une infection prothétique osseuse avait été diagnostiquée à l'été 2003, nécessitant un traitement de longue durée par antibiotiques d'août 2003 à février 2004. Le Professeur S._____ faisait en outre état de fatigue généralisée, de douleurs chroniques diurnes et nocturnes, ainsi que le suivi de nombreuses heures de physiothérapie. Une reprise de la profession habituelle était envisagée mais pas encore réalisable. Par certificat médical du 2 février 2005, le Professeur S._____ a confirmé l'incapacité de travail totale depuis le 6 décembre 2002 à réévaluer dans quelques mois et précisait que le cas allait être annoncé à l'AI. Par certificat médical du 30 septembre 2005, le

Professeur S. _____ a prolongé l'incapacité de travail pour une durée indéterminée. Il a relevé que l'état de sa patiente avait peu changé suite à son rapport du 2 mai 2005. Il existait une amélioration de la fonction de l'épaule gauche, mais l'opération et l'infection post-opératoire avaient été à l'origine d'une fatigue généralisée qui ne s'était guère améliorée ces derniers mois. La patiente avait besoin de repos et de séances de physiothérapie.

Dans l'intervalle, soit en février 2005, la défenderesse a sollicité la collaboration de la demanderesse afin de déterminer l'atteinte à la santé susceptible de maintenir une totale incapacité de gain suite à l'événement du 6 décembre 2002, notamment quant à l'état des demandes en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité. Il ressort du dossier que la demanderesse n'a pas répondu aux demandes de la défenderesse notamment quant à la mise en œuvre d'une expertise médicale, ni aux nombreux rappels et sommations qui ont suivi (la dernière fois le 5 juillet 2007) malgré les nombreuses prolongations de délai accordées. La défenderesse a également requis de la demanderesse la production des déclarations fiscales depuis 2000 pour apprécier l'impact des troubles de la santé sur son revenu en tant que [...] indépendante et déterminer les gains réels de l'intéressée avant 2002. La demanderesse n'a pas produit les documents requis depuis avril 2005. Finalement faute de paiement des primes trimestrielles dans les quatorze jours à compter du courrier du 13 novembre 2007, les obligations de l'assureur ont été suspendues à compter du 27 novembre 2007.

b) Par conséquent, et quoi qu'elle en dise, la demanderesse devait aviser sans délai toute modification de son degré d'incapacité de gain et se soumettre à tout examen médical requis (art. 24.2 CGA), étant précisé que la défenderesse était en droit de requérir à ses frais des expertises médicales (art. 24.3 et 23.3 par analogie CGA 1986). Toutefois, la demanderesse a manqué à son devoir de renseignement et de collaboration pour rendre vraisemblable que son état de santé ne s'était pas amélioré. Elle ne pouvait dès lors escompter que son absence de collaboration n'entraînerait aucune conséquence défavorable pour elle. En

effet, une telle solution n'est pas admissible, dès lors qu'elle permettrait à un assuré d'éviter une modification de ses prestations, en refusant toute collaboration avec l'assureur, lequel serait empêché d'élucider les faits conduisant, le cas échéant, à la diminution ou la suppression des prestations. A cela s'ajoute que la demanderesse n'a pas fourni les indications utiles ni sur son activité professionnelle – avant qu'elle ne soit devenue totalement ou partiellement incapable de s'y consacrer –, ni sur sa position sociale et économique, condition cumulative à la reconnaissance d'une perte de gain au sens de l'art. 24.1 CGA. Une taxation d'office pour les années 2001/2002 ne permettait ni d'apprécier les gains exacts de la demanderesse avant et pendant ces années, ni de déterminer l'influence de l'événement du 6 décembre 2002 sur ses revenus. En effet, la notion d'invalidité prévue par le règlement correspond bien à celle d'une incapacité de gain et ne se limite pas à l'incapacité de travail de la demanderesse dans sa profession, puisque dans la définition réglementaire de l'invalidité, l'incidence économique de l'atteinte à la santé doit être prise en considération (voir aussi TFA B 72/00 du 20 novembre 2001, consid. 3b, qui portait sur une disposition identique [en allemand] à l'art. 5 du règlement). En conséquence, après avoir dûment imparti un délai à la demanderesse pour respecter son obligation de renseignement et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, la défenderesse était en droit de se prononcer en l'état du dossier, soit d'admettre que son état de santé s'était amélioré à partir de la sommation du 14 février 2007. La suppression de la rente à partir du 31 juillet 2007 – du moins aussi longtemps que l'assurée persistait dans son refus de collaborer – était dès lors conforme au droit, ainsi que l'obligation de la demanderesse de s'acquitter de ses primes d'assurance. Faute pour la demanderesse de s'être exécutée, les polices de prévoyance [...] et [...] ont été transformées en assurances libérées de primes en date du 27 novembre 2007, libérant ainsi F._____ de ses obligations en tant qu'assureur, étant rappelé qu'en vertu de l'art. 11.4 CGA 1986, les primes sont dues aussi longtemps que le preneur d'assurance n'a pas justifié de son droit aux prestations.

c) En 2008, soit postérieurement à la suppression du versement des prestations, la demanderesse a indiqué à la défenderesse qu'elle était disposée à se soumettre à une expertise mais uniquement dans les domaines neurologique et orthopédique. Faute pour la demanderesse de produire des documents comptables ou d'assurances sociales, la défenderesse a maintenu sa position de refus de toute prestation par courrier du 9 décembre 2008. Finalement à la suite d'une demande d'acompte du 19 juin 2013, la demanderesse s'est soumise à une expertise médicale sur les plans neurologique, de médecine interne et orthopédique. Le rapport d'expertise du 24 septembre 2014 a conclu à une totale capacité de travail sur le plan somatique avec une diminution de rendement de 15% liée aux douleurs modérées et à la médication antalgique (15 à 18 mg de morphine tous les soirs), étant rappelé que les experts n'ont pas été en mesure de faire état de documents médicaux pour la période allant de 2008 à 2013. Les experts ont toutefois estimé que la demanderesse n'était plus capable d'exercer l'activité habituelle de [...] en raison d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques. Ils ont dès lors préconisé une évaluation psychiatrique dès lors qu'ils suspectaient une composante thymique pouvant expliquer les troubles du sommeil, les troubles attentionnels et la fatigue. La demanderesse ayant refusé de se soumettre à une expertise psychiatrique, une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle ne saurait être retenue. En effet, à défaut d'être attestée par un expert en psychiatrie, une telle incapacité pour la période ici déterminante n'est pas rendue vraisemblable par les hypothèses des experts somaticiens, étant précisé qu'à ce stade, ils ont eux-mêmes préconisé la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique et n'ont pas été en mesure de poser un quelconque diagnostic.

d) Par conséquent, la Cour de céans retient qu'il n'a pas été établi que les éventuels troubles psychiques présentés par la demanderesse ont induit une quelconque incapacité de travail. La demanderesse ne peut donc émettre aucune prétention à l'encontre de la défenderesse à cet égard. Par ailleurs, sur le plan somatique, une incapacité de travail de 15% ne permet pas de retenir que la

demanderesse présentait une incapacité de gain d'au moins 25% permettant le maintien de prestations au-delà du 31 juillet 2007, faute d'indications utiles sur sa situation professionnelle, sociale et économique (art. 24.1 CGA 1986). Ainsi, en l'absence de pièces justificatives permettant de constater le bien-fondé de la prétention de la demanderesse, la défenderesse ne pouvait y répondre favorablement (art. 25.1 CGA 1986).

6. a) En définitive, la demande formée par Z._____ contre F._____ doit être rejetée, dans la mesure où elle est recevable.

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

c) Bien que F._____ 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.

d) La demanderesse bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ [règlement sur

l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]).

Me David Métille a produit sa liste des opérations le 13 mars 2020, totalisant quarante-six heures et vingt minutes de travail et 456 fr. 15 de débours. Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. Ainsi, Me Métille a indiqué s'être entretenu avec sa cliente à vingt-deux reprises et y avoir consacré douze heures et cinquante-cinq minutes, sans compter la quarantaine de courriels envoyés à sa cliente auxquels il a consacré à chaque fois entre cinq et quinze minutes. Le temps affecté à ces opérations est excessif, de sorte qu'il se justifie de retrancher six heures à ce titre.

Partant, pour les années 2016-2017, les heures de travail réalisées sont diminuées de trois heures, et il y a lieu de prendre en considération un total de dix-sept heures et cinq minutes effectuées par Me Métille, au tarif horaire de 180 fr., soit 3'075 fr., montant auquel s'ajoute la TVA de 8 % par 246 fr., pour un total de 3'321 francs. Il convient en outre d'ajouter un montant forfaitaire de débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3^{bis} al. 1 RAJ), soit 153 fr. 75 de débours, plus la TVA de 8 %, à savoir 166 fr. 05.

Concernant les années 2018 à 2020, les heures de travail réalisées sont diminuées de trois heures, et il y a lieu de prendre en considération un total de vingt-trois heures et quinze minutes effectuées par Me Métille, au tarif horaire de 180 fr., soit 4'185 fr., plus la TVA de 7.7 % par 322 fr. 25, soit 4'507 fr. 25. Il convient encore de tenir compte d'une somme de 209 fr. 25 pour les débours, plus la TVA de 7.7 %, soit 225 fr. 35.

L'indemnité totale est donc arrêtée à 8'219 fr. 65 (3'321 fr. + 166 fr. 05 + 4'507 fr. 25 + 225 fr. 35), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la demanderesse étant rendue attentive au fait

qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** La demande formée par Z._____ contre F._____ est rejetée dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de la demanderesse, est arrêtée à 8'219 fr. 65 (huit mille deux cent

dix-neuf francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- V.** La 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, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour Z. _____),
- Me Nicolas Gillard (pour F. _____),
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

et communiqué à :

- Office des faillites de l'arrondissement de [...],

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 :