

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 22 août 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente

M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges

Greffière : Mme Kreiner

* * * * *

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], demanderesse, représentée par Me Hervé Bovet, avocat à Fribourg,

et

P. _____ **PERSONALVORSORGESTIFTUNG**, à [...], défenderesse, représentée par BCPA Sàrl, à Puplinge,

A. _____ **VORSORGESTIFTUNG**, à [...], défenderesse, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, et

U. _____ **STIFTUNG BERUFLICHE VORSORGE**, [...], à [...], défenderesse.

Art. 23 et 73 LPP

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en [...], est mariée et mère de deux enfants, nés en 2004 et 2005.

Il résulte des extraits de comptes individuels de la caisse de compensation du canton de [...] que la demanderesse a travaillé à plein temps notamment d'août 1999 à avril 2001 pour la société E._____ SA, puis de mai 2001 à décembre 2005 dans la société I._____ SA. Elle y a perçu un salaire de 69'275 fr. en 2004 et de 62'704 fr. en 2005. De novembre à décembre 2005, elle a aussi travaillé pour la société Y._____ SA pour un gain de 2'820 fr., ainsi que de janvier à février 2006 pour un gain de 3'516 francs. Ce dernier mois, elle a également reçu des indemnités de chômage. De mars à juin 2006, elle a travaillé pour Z._____ pour un gain de 13'144 francs.

Dès le 1^{er} juillet 2006, la demanderesse a commencé son emploi au sein de P._____ Assurance-maladie SA à plein temps, en qualité d'assistante du secteur Entreprises pour un salaire brut de 5'500 fr. payable treize fois l'an, selon un contrat de travail signé le 4 juin 2006. Le lieu de travail était à [...]. Le contrat de travail prévoyait notamment ce qui suit :

"Champ d'activité Les tâches qui vous incombent ressortent du descriptif de poste et seront discutées concrètement durant votre période de formation.

Selon accord mutuel, le type d'activité peut être adapté aux besoins de l'entreprise et aux capacités de l'employé(e), sans que le présent contrat doive être modifié ou renouvelé."

Par courrier du 7 mars 2007, la demanderesse a résilié son contrat de travail pour le 30 avril 2007, mais s'est déclarée disposée à rester au service de la société jusqu'au 30 juin 2007, si son employeur n'avait pas trouvé de nouvelle collaboratrice et qu'elle n'avait pas retrouvé

un emploi.

Un avenant au contrat de travail a été établi le 27 mars 2007 et signé par la demanderesse le lendemain. Il prévoyait dès le 1^{er} juin 2007 un taux d'activité de 60 %, pour un salaire mensuel brut de 3'500 fr. payable treize fois l'an.

La demanderesse était assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de P. _____ Personalvorsorgestiftung (ci-après : P. _____), défenderesse.

Par courrier du 9 août 2007, la demanderesse a résilié son contrat de travail pour le 31 octobre 2007. Elle a notamment écrit ce qui suit :

"Je vous informe que j'ai reçu une proposition afin de réintégrer le leasing. Suite à une très longue réflexion de ma part, j'ai décidé d'accepter celle-ci étant donné que cette branche reste une passion pour moi.

Dès lors, c'est avec un grand regret, malgré tout, que je résilie mon contrat de travail pour le 31 octobre 2007.

Je remercie P. _____ Assurance-maladie SA, mais tout particulièrement vous M. Aa. _____, pour la confiance que vous m'avez accordée durant cette période passée à vos côtés ainsi que la possibilité que vous m'avez octroyée de réduire mon temps de travail."

Il résulte de tableaux établis par l'employeur, datés du 19 juillet 2012, que la demanderesse a été absente pour cause de maladie à raison de quatre jours et demi en février 2007 et une semaine en mai de la même année.

Dans une déclaration écrite signée le 14 avril 2015, Bb. _____ a indiqué avoir côtoyé la demanderesse de manière sporadique, celle-ci étant l'assistante du responsable régional Entreprises, elle ne lui était pas rattachée directement. Il a écrit que, pendant la durée de ses rapports de travail auprès de P. _____ Assurance-maladie SA, la demanderesse ne lui avait pas fait part de problèmes de santé et qu'il n'avait pas constaté de baisse de son rendement professionnel. Il a ajouté

que, à sa connaissance, indépendamment de la teneur des lettres de résiliation des 7 mars et 9 août 2007, il n'y avait pas d'autres motifs pour lesquels la demanderesse avait démissionné.

Le 15 avril 2015, Aa._____ a déclaré avoir été le supérieur direct de la demanderesse qui était son assistante, que celle-ci ne lui avait pas fait part de problèmes de santé et qu'il n'avait pas constaté de baisse de son rendement professionnel. Selon lui, la demanderesse avait démissionné les 7 mars et 9 août 2007 pour s'occuper de sa famille.

Dès novembre 2007, la demanderesse a travaillé à [...], au service de la société X._____ SA, à 60 % comme employée de commerce pour un salaire annuel brut de 48'000 fr. et une contribution aux repas à hauteur de 200 fr. brut par mois, selon un contrat de travail signé le 7 août 2007. Son salaire annuel brut a été augmenté dès le 1^{er} janvier 2009 à 49'200 francs. Elle a en outre reçu un bonus de 2'000 francs. Elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse U._____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...] (ci-après : U._____).

Depuis le 1^{er} août 2010, la demanderesse a travaillé à 50 % dans l'entreprise V._____ SA en qualité de secrétaire, pour un salaire brut de 2'600 fr. par mois payable treize fois l'an, puis de 2'650 fr. dès le 1^{er} janvier 2011 selon lettre de son employeur du 15 décembre 2010. Elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse A._____ Vorsorgestiftung (ci-après : A._____).

B. Le 3 mai 2011, la demanderesse a déposé une demande de prestations AI faisant état d'une polymyosite depuis mars 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de [...] (ci-après : l'OAI).

Dans le questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage que lui a adressé l'OAI et qu'elle a signé le 19 mai 2011, la demanderesse a notamment déclaré que, sans handicap, elle aurait exercé une activité lucrative, dès lors que son mari travaillait comme

menuisier indépendant avec des revenus fluctuants et que le couple avait deux enfants à charge. Elle a indiqué qu'elle aurait exercé le même travail à 100 % et qu'elle n'avait « *pas de justificatifs ou preuves à fournir car réduction du temps de travail en fonction de la maladie* ». Elle a ajouté qu'elle produirait une attestation médicale sur demande.

Le 17 juin 2011, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de polymyosite positive avec atteinte musculaire existant depuis 2007 et remaniement cyrrhotic du foie sur traitement d'Imurek depuis 2010 et sans effet sur la capacité de travail de diabète cortico-induit depuis 2010 et de status post aplasie médullaire avec bicytopénie sur Imurek en 2010. Il a exposé notamment ce qui suit :

"Madame T._____ est une patiente qui développe en 2007 des myalgies diffuses pour lesquelles le diagnostic de polymyosite JO1 positive est posé. La situation est restée relativement stabilisée bien que fluctuante sous traitement d'Imurek, médication qui a entraîné une bicytopénie ainsi qu'un remaniement cyrrhotic du foie aboutissant à une hospitalisation début 2011. [P]ar la suite, la patiente est mise au bénéfice d'un traitement de.....Et (sic) Prednison avec actuellement un contrôle toujours fluctuant des symptômes douloureux. Il s'y associe également une fatigue importante ainsi que des symptômes psychosomatiques sur état dépressif secondaire débutant.

Dans ce genre de maladie, le pronostic reste indéterminé."

Le Dr S._____ a par ailleurs mentionné que la demanderesse avait été incapable de travailler à 100 % du 4 janvier au 23 février 2011, à 50 % du 24 février au 26 mars 2011 et à 100 % du 9 au 13 juin 2011. Au jour du rapport médical, elle était incapable de travailler à 50 % à cause de myalgies et de fatigue. Il a précisé que la demanderesse avait d'elle-même diminué son taux d'activité à 50 % du fait de ses problèmes de santé et ceci depuis plusieurs années. Le Dr S._____ a produit plusieurs rapports médicaux émanant principalement des médecins du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre L._____) et du Dr G._____, spécialiste en neurologie, à savoir notamment :

- un rapport du 9 juillet 2007 du Prof. B._____ et du Dr W._____, respectivement responsable de l'unité-nerf muscle et médecin assistant

au Service de neurologie du Centre L._____, qui ont notamment mentionné ce qui suit :

"Diagnostic(s) retenu(s)

- Probable polymyosite.

Contexte clinique : cette patiente en bonne santé habituelle, sans antécédents familiaux relevant en dehors d'une notion d'une sclérose en plaques dans la famille de son père, présente donc depuis 4 à 5 mois, l'apparition progressive de douleurs en courbatures au niveau des mollets, de la face postérieure des cuisses, finalement au niveau des épaules et des bras. Elle est gênée essentiellement à la marche et la montée des escaliers. Elle note également une parésie progressive des 2 bras, notamment à l'habillage. Vous avez mis en évidence une élévation des CK à 1100 ainsi que des paramètres inflammatoires avec une VS élevée (52mm/h). Au vu de l'aggravation progressive de la patiente, vous avez débuté un traitement de corticostéroïdes à raison de 20 mg de prednisone par jour. La patiente note une nette amélioration sur le plan des douleurs depuis l'introduction des corticostéroïdes."

- un rapport du 7 août 2007 du Prof. B._____ et du Dr W._____ qui relevaient en particulier ce qui suit :

"Diagnostic(s) retenu(s)

- Polymyosite.

Contexte clinique : nous revoyons en contrôle cette patiente de 34 ans qui présente donc depuis le printemps 2007, des douleurs en courbatures au niveau des mollets, de la face postérieure des cuisses et des épaules. S'y associe une parésie proximale notamment gênante lors de l'habillage et lorsqu'elle essaie de porter ses enfants. Vous avez mis en évidence un syndrome inflammatoire avec une VS à 52 mm/h et des CK élevés à 1100. Les facteurs rhumatoïdes et facteurs antinucléaires étaient négatifs. Nous l'avons vue le 6 juillet et l'EMG montrait un tracé suggestif d'une polymyosite s'associant à des anomalies de repos ainsi qu'un tracé d'allure myogène au niveau proximal des membres supérieurs. La patiente présentait par ailleurs une parésie bicipitale, deltoïdienne et épineuse notamment, ainsi qu'au niveau ilio-psoas des 2 côtés. La biopsie effectuée rapidement après le début du traitement de corticostéroïdes confirme une infiltration inflammatoire musculaire compatible avec une polymyosite.

Nous avons proposé à la patiente de débuter un traitement de prednisone à dose de 1 mg/kg ainsi qu'un traitement d'Imurek®. L'évolution est marquée par l'amélioration progressive au niveau de la force, la patiente ne notant plus de déficit clinique. Elle a poursuivi son traitement de prednisone à 20 mg et n'a pas pris le traitement prescrit au vu de l'amélioration. Elle reste réticente à prendre un traitement médicamenteux plus lourd. Elle a débuté il y a 10 jours, une diminution à 10 mg.

[...]

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

L'évolution a donc été favorable sur le traitement de corticostéroïdes à doses néanmoins insuffisantes pour induire une rémission complète. La patiente a elle-même débuté une diminution il y a 10 jours à 10 mg. Nous lui avons longuement expliqué les risques d'un traitement insuffisant ; notamment sous forme d'une récurrence. La patiente a accepté le maintien d'une dose de Prednisone à 20 mg et de débuter un traitement d'Imurek® avec pour but une épargne aussi rapide que possible de la prednisone. Nous lui avons donc prescrit un traitement de prednisone 20 mg, un traitement d'Imurek® 50 mg, pour laquelle la patiente vous consultera afin d'effectuer un contrôle de la FS et des tests hépatiques. Nous lui avons adjoint un traitement de Nexium® et une prophylaxie de Calcimagon® et Actonel®.

Nous vous remercions d'augmenter la dose d'Imurek® à 125 mg si le contrôle sanguin se révèle dans la norme."

- un rapport du 14 janvier 2008, dans lequel le Dr G. _____, qui a posé le même diagnostic, a indiqué notamment ce qui suit :

"[...] Je ne reviendrai pas en détail sur les éléments qui sont résumés dans le dossier que vous m'avez confié, sinon pour résumer que la patiente a présenté depuis le mois de mars dernier des douleurs musculaires avec parésie prédominant aux ceintures, essentiellement au niveau des MI, et où on a observé une augmentation des CK à plus de 1000 U, ainsi que de la VS à 52. Un EMG a évoqué une atteinte myogène, alors qu'une biopsie du deltoïde G a montré des infiltrats inflammatoires, avec quelques rares fibres en nécrose, ces anomalies restant cependant modérées. Le reste du bilan Immunologique a consisté en électrophorèse des protéines, et apparemment négativité du facteur rhumatoïde et des anticorps anti-nucléaires. Par ailleurs, un CT-thoraco-abdominal a montré une petite lésion nodulaire sous-pleurale D de signification indéterminée, qui n'a pas été reconstruite pour l'instant.

Un traitement de Prednisone a été instauré, avec une certaine amélioration initiale, mais aussi des effets secondaires (prise de poids, embarras gastrique), et la patiente, comme vous le signalez, n'a pas souhaité associer ce traitement à un immunosuppresseur non stéroïdien de type Azathioprine, étant effrayée par le potentiel d'effets secondaires de ce type de médicament. Actuellement, elle est à 15 mg de Prednisone par jour, avec un mélange de persistance d'effets secondaires et d'insuffisance thérapeutique au niveau de la musculature, puisqu'il existe une fatigabilité aux MI, et impossibilité de se relever depuis le sol. Il persiste également des douleurs, qui sont plutôt dans les régions articulaires des genoux qu'au niveau musculaire proprement dit."

- un rapport du 10 août 2010 du Dr G. _____ qui exposait notamment ce qui suit :

"Je vous remercie de m'avoir réadressé la patiente susnommée que

j'ai vue le 10 août 2010 à ma consultation, dans le cadre de son tableau de polymyosite, pour laquelle je l'avais vue en 2008, avec, comme vous me l'indiquez, une résolution progressive des troubles sous Imurek, qui a permis d'interrompre la corticothérapie, avec quasi disparition des troubles cliniques, sous 150 mg comme posologie, avec abaissement de la VS et des CPK, mais avec ré-exacerbation, malheureusement, des troubles depuis mai 2010. Ceci vous a incité à augmenter l'Imurek à 200 mg/j, chez cette patiente de 68 kg, et l'on peut voir en fait sur vos tests biologiques, avec le contrôle du MCV, compris entre 104 et 112, que l'immunosuppression était déjà bien conduite par rapport à l'Imurek, avec les doses légèrement inférieures. Le facteur déclenchant de cette rechute est peu clair, mais il faut noter que la patiente a eu le décès de son père en début d'année. Il ne semble pas y avoir eu d'affection intercurrente, et par ailleurs, rappelons qu'à l'époque, une recherche standard pour une tumeur sous-jacente s'était révélée négative.

Actuellement, à noter l'absence d'éruption cutanée, absence de perte de poids, chez une patiente qui se plaint cependant de quelques troubles digestifs vagues.

Je note que lors de vos tests sanguins en juin, la VS était à 90, et les CPK au-delà de 200.

La patiente se plaint actuellement surtout de myalgies très proximales, avec une diminution secondaire de la force, probablement essentiellement liée aux myalgies elles-mêmes. Il y a probablement un état dépressif qui se greffe là-dessus, et durant l'entretien, la patiente pleure lorsque l'on évoque son mari et ses enfants.

Le status neurologique ne montre pas de parésie proprement dite, mais en effet une limitation de l'amplitude et de la fonctionnalité des mouvements proximaux aux 4 membres, en relation avec l'apparition d'une douleur myalgique, avec aussi la possibilité de reproduction de la douleur au niveau essentiellement des biceps et des quadriceps. Il n'y a pas d'amyotrophie, pas de lésion cutanée, pas d'atteinte des paires crâniennes, notamment au niveau de l'oculomotricité et de la déglutition, pas de dysarthrie. La musculature de la nuque et du cou est en ordre.

Pas de polyneuropathie associée, pas d'autre trouble neurologique. La marche est effectuée normalement, mais les épreuves fonctionnelles de type sautiller ou monter et descendre les escaliers sont limitées de la même façon que ci-dessus.

TA 125/80 mmHg au MSG en décubitus, pas de souffle ou d'arythmie.

Appréciation

Il s'agit donc d'une réactivation biologique et clinique du phénomène de polymyosite, sans signe dermatologique ou autre associé, malgré le traitement d'Imurek tout à fait bien conduit par vos soins, comme le donne la biologie de type MCV [...]."

- un rapport du 22 novembre 2010 du Dr G. _____ ainsi rédigé :

"J'ai donc revu la patiente susnommée à ma consultation du 19 novembre 2010, dans le cadre d'un traitement restant insatisfaisant pour son tableau de polymyosite, actuellement avec 20 mg/j de Prednisone (la patiente déclare ne pas avoir suivi la proposition de maintenir le traitement à 40 mg/j, qui permet de contrôler les douleurs), et 150 mg d'Imurek. A ce sujet, vos derniers tests sanguins de fin octobre montrent une VS à 70, un MCV à 103.9, et des CK à 630. Ceci témoigne d'une activité inflammatoire persistante, avec accentuation de la myolyse. Par ailleurs, je note que les tests hépatiques GOT-GPT sont légèrement accrus, respectivement à 63 et 59, par rapport au dernier contrôle, peut-être comme effet secondaire de l'Imurek, chez une patiente qui présente cependant une stéatose hépatique où ni le CT ni l'IRM ont permis de mettre en évidence le processus tumoral associé, selon les résultats reçus.

La patiente se plaint de douleurs et d'une certaine parésie, avec une tendance à la frustration et au découragement. Elle est assez effrayée de la possibilité d'effets secondaires de la cortisone, comme la prise de poids notamment.

Elle nous signale que les tests immunologiques que nous avons proposés la dernière fois sont restés négatifs, témoignant contre une affection immunologique associée.

Le status neurologique n'est pas mauvais, avec une stabilité du tableau moteur, c'est-à-dire sans nette parésie, la douleur étant l'explication principale de la limitation des mouvements, surtout au niveau proximal. Il n'y a pas de modification des réflexes tendineux, pas de douleur à la palpation des reliefs musculaires, pas de modification cutanée hormis un eczéma probablement cortisonique du dos.

Aucune atteinte au niveau de la musculature céphalique. Très discrète rougeur du visage, sans faciès lunaire.

La patiente est capable de s'accroupir et de remonter, de monter les escaliers, ainsi que de se relever depuis le plan du divan d'examen.

TA 135/80 mmHg au MSG en décubitus, sans arythmie ni souffle cervical.

Appréciation

La patiente paraît donc actuellement « sous-dosée » tant sur le plan clinique que biologique, avec la combinaison de 20 mg de Prednisone et 150 mg d'Imurek. On sait par ailleurs que l'augmentation de la Prednisone est à même d'améliorer le tableau, notamment algique, ce qui est un signe d'une potentialité de réponses thérapeutiques. Je note que la patiente n'avait jamais augmenté l'Imurek à 200 mg, malgré votre proposition à la fin du printemps, et elle me signale même qu'elle avait tout interrompu ces traitements durant au moins 3 semaines au mois d'août par une forme de « dépit » devant la difficulté de ce traitement.

Dans ce contexte, avant de proposer l'adjonction d'un médicament comme le Methotrexat, qui reste possible, j'ai proposé de réaugmenter légèrement la Prednisone à 30 mg/j et de passer à 200 mg d'Imurek, puis de revoir la situation début janvier. Si à 200 mg [d]Imurek le syndrome inflammatoire ne peut être contenu, il conviendra de rajouter un traitement comme le Methotrexat, au minimum 7.5 mg/semaine, à ce moment-là en redescendant l'Imurek à 150 mg/j. Si ce traitement devait s'avérer aussi difficile à conduire, on pourrait envisager plutôt des perfusions d'immunoglobulines, dans un 2e temps, que l'éventualité du traitement d'Endoxan, plus difficile à conduire, à mon avis. Cependant, j'ai bon espoir que nous puissions arriver à un meilleur équilibre, soit uniquement avec le couple Prednisone-Azathioprine, soit avec l'adjonction de Methotrexat, à condition que la patiente puisse prendre ce traitement de façon réellement continue.

J'ai noté que les tests hépatiques étaient légèrement élevés, ce qui pourrait correspondre à un effet secondaire de l'Azathioprine, raison pour laquelle, d'autant plus avec ma proposition d'augmenter à 200 mg/j, il faudrait contrôler ces tests hépatiques régulièrement dès fin novembre et durant le mois de décembre."

- un rapport du 4 mars 2011 du Prof. K. _____ et des Drs Cc. _____ et R. _____, respectivement chef de service, médecin associée et médecin assistant au Service de gastro-entérologie et d'hépatologie du Centre L. _____, qui ont retenu ce qui suit :

"1. Hyperplasie nodulaire régénérative secondaire à un traitement d'azathioprine versus une atteinte auto-immune dans le contexte de la polymyosite Jo1 positive avec :

- Hypertension portale
- Varices œsophagiennes de type II
- Gastropathie d'hypertension portale

2. Polymyosite Jo1 positive avec atteinte musculaire pure diagnostiquée en 2007 avec :

- Immunosuppression par azathioprine et corticothérapie jusqu'au 27.1.2011
- Arrêt de l'azathioprine le 27.01.2011 pour aplasie médullaire avec bicytopenie et hyperplasie régénérative nodulaire
- Actuellement corticothérapie seule.

Rappel anamnestique :

Patiente connue pour une Polymyosite Jo1 positive depuis 2007, sous traitement d'azathioprine et corticothérapie, qui présente depuis août 2010 une infiltration diffuse du foie avec remaniement cirrhotique à l'IRM, ainsi que développement d'une hypertension portale avec splénomégalie. En janvier 2011, la patiente est admise à l'hôpital de [...] dans le contexte d'une bicytopenie avec anémie sévère à 47 g/l et leucopénie secondaire au traitement d'Imurek. Lors de l'hospitalisation, on constate une cholestase importante, et

une biopsie hépatique est réalisée à [...], qui met en évidence une hyperplasie nodulaire régénérative secondaire à l'Imurek. Ce dernier traitement est interrompu, et la patiente est transférée au Centre L._____.

[...]

Discussion :

Le bilan d'hépatopathie réalisé durant son séjour hospitalier, a permis d'exclure une atteinte hépatique sous-jacente. La biopsie hépatique réalisée à [...] a été revue par la Dresse Dd. _____ qui confirme une hyperplasie nodulaire régénérative. Cette dernière est soit liée au traitement d'azathioprine secondaire à une atteinte auto-immune dans le contexte sa polymyosite. Cette dernière semble actuellement en recrudescence avec augmentation des douleurs musculaires bilatérales des membres inférieures et augmentation des CK. Un meilleur contrôle de la polymyosite pourrait s'avérer également bénéfique au niveau hépatique."

Dans un rapport médical daté du 7 juillet 2011, le Dr R. _____ a mentionné une évolution partiellement favorable des tests hépatiques depuis l'interruption du traitement d'Azathioprine, l'activité étant essentiellement limitée par l'atteinte liée à la polymyosite.

Le 8 juillet 2011, le Dr H. _____, de la Clinique de dermatologie du Centre L. _____, a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de folliculite à Pityrosporum apparue au niveau du dos depuis le traitement immunosuppresseur.

Dans un rapport du 27 juillet 2011, le Prof. C. _____ et les Drs F. _____ et Ee. _____, respectivement médecin chef, cheffe de clinique et médecin assistant au Service d'immunologie et d'allergie du Centre L. _____, ont constaté ce qui suit :

"Faciès cushingoïde. Folliculite diffuse au niveau du dos. Groupe musculaire actuellement non-douloureux à la palpation, discrète parésie M4+, niveau des muscles psoas et quadriceps. Persistance d'un syndrome inflammatoire biologique important (VS 70mm/h, CRP 32mg/l) avec des valeurs de CK restant élevées (307unités/l, norme entre 25 et 140)."

Comme restrictions physiques, ils ont évoqué une asthénie marquée et des myalgies inflammatoires persistantes intermittentes, la capacité de travail étant de 50 %.

Le Dr G. _____, dans un rapport médical du 17 août 2011, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de polymyosite sous

immunosuppression existant depuis 2007. Il a en outre exposé ce qui suit :

"Parésie douloureuse à prédominance proximale, ayant tendance à se développer dès la baisse de la corticothérapie, malgré l'immunosuppression non stéroïdienne au Cell-Sept. Le status neurologique montre en effet une parésie proximale, et il existe par ailleurs un syndrome de fatigue important, associé à la maladie inflammatoire musculaire de base, ainsi que le traitement immuno-suppresseur."

Ce praticien a estimé le pronostic potentiellement favorable, mais de façon très lente, la situation étant fluctuante. Il a retenu une capacité de travail de 50 % de façon prolongée depuis 2007, avec une interruption à 100 % dans le cadre de l'hospitalisation de 2010, peu susceptible de changement prochainement, les restrictions étant une parésie motrice proximale et un syndrome de fatigue neuro-musculaire. Il a précisé que, dans ce contexte, la demanderesse avait des difficultés motrices, ainsi qu'un épuisement apparaissant en milieu de journée.

Dans un rapport du 26 septembre 2011, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional de l'AI - Antenne de [...] (ci-après : le SMR), a répondu comme il suit aux questions de l'OAI :

"Réponses du SMR

L'assurée, employée de commerce, travaillant comme secrétaire chez V._____ SA, a, en 2007, diminué son taux d'occupation à 50 % pour raisons de santé.

Sans atteinte elle exercerait à plein temps son activité habituelle d'employée de commerce.

Y a-t-il une atteinte à la santé invalidante ? Oui.

En cas d'atteinte à la santé invalidante, précisez le début de l'incapacité de travail durable (date) dans l'activité lucrative antérieure habituelle. 2007 (mars 2007 selon l'assurée)[.]

Diagnosics avec conséquences sur la capacité de travail : Polymyosite. Hépatopathie sur effets toxiques de l'Imurek, (DD atteinte hépatique d'origine auto-immune).

Diagnosics sans conséquence sur la capacité de travail : Diabète cortico-induit depuis 2010, status après aplasie médullaire avec bicytopénie sur Imurek en 2010, varices œsophagiennes, gastropathie sur hypertension portale.

Pronostic médical : il n'est pas possible d'établir clairement un pronostic (l'atteinte n'est pas suffisamment sous contrôle au plan biologique, et les maladies auto-immunes ont souvent une évolution imprévisible).

Dans l'activité lucrative antérieure habituelle, quelles sont les limitations fonctionnelles ? Une asthénie marquée, des myalgies inflammatoires persistantes intermittentes ; parésie (manque de force) proximale des membres et syndrome de fatigue neuromusculaire, difficultés motrices, épuisement dans la deuxième partie de la journée.

Dans une activité lucrative adaptée, quelles sont les limitations fonctionnelles : les mêmes.

Quel est le début de la capacité de réadaptation (date) ? Non pertinente.

Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? 50 %

Quel est l'horaire de travail exigible dans une activité adaptée ? 4h/j

Quel est le rendement dans une activité adaptée ? Le rendement actuel (selon l'employeur, il est complet)."

Par décision du 22 février 2012, confirmant un projet de décision du 22 novembre 2011, l'OAI a alloué à la demanderesse une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011 pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

Depuis le mois de mars 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sans atteinte à la santé, vous seriez en mesure d'exercer à plein temps votre activité professionnelle d'employée de commerce et de réaliser en 2011 un revenu annuel brut de CHF 68'900.00 (soit, converti en valeur annuelle, le revenu annuel brut perçu dans votre emploi actuel d'employée de commerce à 50 % pour le compte de V. _____ SA).

Il ressort des documents médicaux en notre possession que vous ne pouvez exercer votre travail habituel, ni aucune autre activité lucrative, à un taux d'occupation supérieur à 50 %. Votre capacité de gain s'en trouve ainsi réduite dans la même proportion pour se fixer à CHF 34'450.00.

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 68'900.00

avec invalidité CHF 34'450.00

La perte de gain s'élève à CHF 34'450.00 = un degré d'invalidité de 50 %

Notre décision est par conséquent la suivante :

Dès le 1^{er} mars 2008 (échéance du délai d'attente), le droit à une demi-rente au taux de 50 % est reconnu.

Votre demande de prestations ayant été déposée en date du 3 mai 2011, la rente sera effectivement versée à compter du 1^{er} novembre 2011, soit à l'échéance du délai de 6 mois prévu par l'art 29 al 1 LAI."

Cette décision a notamment été communiquée à A._____.

C. Une révision de la rente a débuté le 23 novembre 2012, la demanderesse ayant annoncé une aggravation de son état de santé depuis le 29 juillet 2012, son incapacité de travail étant totale depuis le 20 août 2012.

Dans un rapport médical du 6 décembre 2012, le Dr S. _____ a posé les diagnostics de polymyosite à anti-corps anti-JOA positif depuis 2007, d'hyperplasie nodulaire dégénérative du foie avec hypertension portale, de varices œsophagiennes de stade II, de gastropathie d'hypertension portale et de cataracte de l'œil gauche. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis le 20 août 2012 et mentionné notamment ce qui suit :

"Les douleurs articulaires résiduelles et l'épuisement physique dans ce contexte d'état inflammatoire empêche[nt] cette patiente de poursuivre ses activités même si ces dernières ne sont pas demandeuses physiquement. La fatigue empêche toute concentration et les fréquentes phases de récupération ne permettent pas un travail efficace."

Il a en outre indiqué que l'activité actuelle n'était plus possible et le rendement réduit de 80 % au minimum.

Le 3 septembre 2012, le Prof. C. _____ et les Drs F. _____ et Ee. _____ ont posé les diagnostics suivants :

- "• **Polymyosite diagnostiquée en 2007 avec :**
 - anticorps anti-Jo1 positifs
 - traitement de Prednisone dès 2007, et d'Imurek dès 2008
 - arrêt de tout traitement en août 2010 avec récurrence en novembre 2010 et reprise de la bithérapie jusqu'à janvier 2011
 - toxicité hématologique et hépatique sur Imurek en février 2011
 - CellCept de mars à décembre 2011
 - Traitement actuel : Prednisone et Sandimmun Neoral dès 11.2011
- **Hyperplasie nodulaire régénérative du foie secondaire à l'Imurek® versus atteinte auto-immune dans le cadre de la polymyosite, avec :**
 - hypertension portale

- varices œsophagiennes de stade II
- gastropathie d'hypertension portale
- s/p ligature de varices œsophagienne[s] en mars 2012
- **Neutrophillie persistante d'origine probablement réactionnelle dans le cadre de la corticothérapie, du tabagisme chronique actif et de l'état inflammatoire**
- **Cataracte de l'œil gauche"**

Ils ont également notamment relevé ce qui suit :

"L'évolution clinique est donc globalement favorable depuis l'introduction de la ciclosporine fin 2011, traitement qui a permis une réduction significative de la corticothérapie. Toutefois, la patiente présente maintenant depuis plusieurs mois un état d'épuisement, avec une fatigue persistante qui peut être attribuée en partie à une activité résiduelle de la maladie inflammatoire, en particulier au vu de la persistance d'un important syndrome inflammatoire biologique. Son activité professionnelle actuelle à 50 % ne semble plus pouvoir être assumée, d'autant plus que l'état d'épuisement actuel occasionne semble-t-il d'importantes difficultés relationnelles familiales (avec les deux enfants en particulier). Dans ce contexte, une demande de révision AI sera probablement prochainement demandée par la patiente, selon son évolution suite à l'arrêt de travail à 100 % prochainement effectif."

V. _____ SA a indiqué le 17 décembre 2012 que le salaire de la demanderesse était de 2'670 fr. par mois dès le 1^{er} janvier 2012 et qu'elle avait été en incapacité de travail du 17 au 26 février, du 12 au 13 mars et du 20 août au 31 décembre 2012.

Le Dr G. _____, dans un rapport du 14 décembre 2012, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de polymyosite existant depuis 2007. Il a indiqué qu'après différents essais thérapeutiques, l'état de santé de la demanderesse s'améliorait progressivement sur le plan musculaire, avec atténuation des douleurs, mais persistance d'une certaine parésie proximale globale, et surtout d'un syndrome de fatigue important. Il a mentionné que la demanderesse avait besoin d'une aide régulière par une tierce personne pour certaines activités physiques nécessitant de l'endurance ou le placement d'objet au-dessus du corps. Il a estimé que la parésie avec syndrome de fatigue limitait l'activité professionnelle ou privée de 50 %, l'activité exercée jusqu'à ce moment-là étant encore exigible à ce taux, une autre activité ne pouvant être exigée. Il a ajouté qu'une amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'à ce moment-là dépendrait de l'évolution en

fonction de la réponse thérapeutique aux médicaments en cours.

Le 18 janvier 2013, le Prof. C. _____ et les Drs J. _____, chef de clinique au Service d'immunologie et d'allergie du Centre L. _____, et Ee. _____ ont mentionné que la fatigue marquée dans le cadre de la maladie inflammatoire et les myalgies proximales des membres inférieurs persistant après immobilisation prolongée avaient pour effet une diminution de rendement de 100 %, aucune activité n'étant exigible. L'état de santé s'était aggravé depuis août 2012. Ils ont notamment relevé ce qui suit :

"Depuis juillet 2012, dans le cadre de sa polymyosite, la patiente décrit une nouvelle péjoration de sa fatigue, avec état d'épuisement, ainsi qu'une nouvelle exacerbation de myalgies proximales des membres inférieurs (en particulier lors de mobilisation après une position immobile prolongée). Parallèlement, on observe la persistance de paramètres inflammatoires élevés (VS 85mm/h, CRP 22mg/l), associés à une importante leucocytose (21.3G/l)."

Dans un rapport du 6 mars 2013, le Dr Q. _____ du SMR a répondu comme suit aux questions de l'OAI :

"L'état de santé s'est-il modifié aggravé depuis la décision du 13.01.2012 ?

Oui. Selon le médecin traitant, l'incapacité à 100 % date du 20.08.2012.

En cas de modification de l'état de santé, de nouveaux diagnostics sont-ils apparus ? Une cirrhose hépatique avec varices œsophagiennes, une gastropathie d'hypertension portale.

En cas de modification de l'état de santé, quelles sont les conséquences sur la capacité de travail, les limitations fonctionnelles ? Une péjoration de l'état général, une augmentation de la fatigue, une diminution de l'efficacité dans l'activité, la nécessité d'augmenter les pauses.

Y a-t-il un potentiel de réinsertion en tenant compte des diagnostics posés ? Ce n'est pas exclu, mais pas prévisible.

Bien que théoriquement adaptée, l'activité antérieure n'est actuellement pas exigible."

Dans un rapport médical du 13 septembre 2013, le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale, allergologie et immunologie clinique, a posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail
[...]"

1. Polymyosite à AC anti-Jo1 positifs évoluant depuis avril 2007 récidivante sévère et réfractaire à divers traitements immunosuppresseurs :

- Traitement corticoïde dès 2007 associé à azathioprine dès 2008, stoppé en août 2010 et repris en novembre 2010 en raison d'une récidive à l'origine d'une toxicité hématologique (anémie) et hépatique en février 2011.
- CellCept de mars à décembre 2011 sans effet.
- Cyclosporine (Sandimmun Neoral) dès novembre 2011 jusqu'à juin 2013, associée à IVIG dès janvier 2013 (trois perfusions en janvier - février - mars 2013) sans effet.
- actuellement Méthotrexate 2x10mg/semaine

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

1. Hyperplasie nodulaire du foie avec hypertension portale, varices œsophagiennes stade II et status après ligature de varices œsophagiennes en mars et décembre 2012.
2. Neutrophilie persistante réactionnelle (corticothérapie-tabagisme et état inflammatoire).
3. Nodule pulmonaire (6mm de diamètre) du lobe inférieur droit stable (CT-Scan août 2010 et novembre 2012).
4. Tabagisme chronique (15 UPA).
5. Status après opération de la cataracte de l'œil gauche en janvier 2013, après accouchements par VB en 2004 et 2005 et après ligature des trompes en 2009."

Le Dr M. _____ a mentionné la persistance de douleurs importantes musculaires, d'une faiblesse conséquente à prédominance proximale et d'un état de fatigue prononcée, l'incapacité de travail étant de 50 % depuis juin 2012.

Une expertise en matière de médecine interne a été mise en œuvre par l'OAI.

Dans son rapport d'expertise du 20 août 2014, le Prof. D. _____, professeur associé au Service de médecine interne du Centre L. _____, a posé les diagnostics suivants :

- " • **Polymyosite** diagnostiquée en avril 2007 avec
 - anticorps anti-Jo1 positifs
 - initiation d'un traitement corticoïde dès 2007, associé à un traitement d'azathioprine dès 2008
 - arrêt de tout traitement en août 2010, repris en novembre 2010 en raison de récurrence (reprise d'une bithérapie (stéroïdes & azathioprine) jusqu'en janvier 2011, date à laquelle on note une toxicité hématologique et hépatique de l'azathioprine)
 - mise sous un traitement de Cellcept de mars à décembre 2011
 - initiation d'un traitement de cyclosporine dès novembre 2011 jusqu'à juin 2013, associé à des immunoglobulines intraveineuses dès janvier 2013 (3 perfusions mensuelles, stoppées pour un manque d'efficacité)
 - initiation d'un traitement de methotrexate à doses progressives, actuellement sous forme de Metoject 25 mg par semaine depuis début juillet 2013, associé à un traitement de cyclosporine 25 mg 2 fois par jour, de Prednisone 5 mg par jour et Ladotra MR 5 mg le soir.
- **Hyperplasie nodulaire régénérative du foie**, secondaire à l'azathioprine vs atteinte auto-immune dans le cadre de la polymyosite avec :
 - hypertension portale
 - varices œsophagiennes de stade II
 - gastropathie d'hypertension portale
- **Leucocytose persistante** mise sur le compte de l'atteinte inflammatoire et de la corticothérapie
- Nodule pulmonaire isolé, du lobe inférieur droit, stable aux différents CT-scans de 2010 et 2012
- Tabagisme chronique (15 UPA)
- Status post opération de la cataracte de l'oeil droit en janvier 2013 et de l'oeil gauche en décembre 2013
- Status post accouchements par voie basse en 2004 et 2005
- Status post ligature des trompes en 2009"

L'expert a en outre indiqué notamment ce qui suit :

"La maladie inflammatoire, diagnostiquée comme **polymyosite à anticorps anti-Jo1 positifs en 2007**, a eu un clair impact sur sa **capacité de travail**, puisqu'elle est au bénéfice d'une rente AI à 50 % depuis le 07.03.2008 (rétro-actif). La polymyosite a répondu favorablement à un traitement d'immunosuppresseur introduit dès 2007, jusqu'au mois d'août 2010 où il a pu être interrompu complètement. Par contre, dès novembre 2010, on assiste à une récurrence nécessitant plusieurs traitements immunosuppresseurs successifs, sans pouvoir cette fois maîtriser l'évolution de cette myopathie inflammatoire. Sur le plan **professionnel**, la patiente a dû réduire son activité à 60 % à partir du 01.06.2007, et ce n'est que le 29.04.2011 qu'elle dépose une demande de rente invalidité. Il

est à signaler qu'elle a débuté une activité chez V. _____ SA, avec un taux d'activité 50 % à partir du mois d'août 2010. En raison des symptômes liés à la maladie, notamment la fatigue et les douleurs musculaires, elle a stoppé toute activité professionnelle à partir du 20.08.2012.

[...]

5. Appréciation du cas et pronostic :

Madame T. _____ souffre donc depuis 2007 d'une polymyosite, caractérisée par la présence d'anticorps anti-Jo1, souvent synonyme d'un plus mauvais pronostic, et parfois d'atteinte pulmonaire, que la patiente ne présente heureusement pas. Après une réponse initiale favorable au traitement immunosuppresseur, entre 2007 et 2010, on constate que depuis 2010 la maladie n'a jamais été totalement contrôlée. Les stéroïdes ont toujours été nécessaires depuis lors. L'azathioprine a dû être complètement exclue en raison de problèmes de toxicité, le Cellcept et les immunoglobulines intraveineuses n'ont apporté aucun bénéfice, et c'est finalement la cyclosporine qui a permis d'avoir un impact sur l'évolution de la maladie, renforcée par l'adjonction d'un traitement de Methotrexate.

Ainsi, on se trouve dans une situation stable, mais non idéale. En effet, la patiente a vu sa qualité de vie et sa capacité de travail fortement réduites par la maladie, surtout par le fait que les crises douloureuses sont imprévisibles, rendant difficile toute activité professionnelle. La recherche étiologique de cette maladie est restée sans cause spécifique, notamment vis à vis d'une maladie oncologique, à laquelle les polymyosites sont parfois associées. D'autre part, de par mon expérience, on constate très souvent chez ces patients avec polymyosite, de même que pour d'autres maladies inflammatoires chroniques, une persistance de paramètres inflammatoires élevés, de fatigue et de douleurs itératives malgré la thérapie immunosuppressive. Ainsi, même si d'autres traitements ont pu être proposés par le passé, comme l'adjonction possible au traitement actuel notamment de rituximab, il n'est pas sûr que ce type de traitement puisse avoir un impact complet sur l'activité et l'évolution de la maladie. Ce type de traitement reste néanmoins une possibilité thérapeutique à envisager, soit comme test thérapeutique, soit comme traitement de réserve en cas de flambée de la maladie.

b. Influences sur la capacité de travail :

1. Limitation en relation avec les troubles constatés :

1.1. *Sur le plan physique* : comme déjà mentionné, la patiente se sent limitée dans son activité quotidienne, notamment en raison de la fatigue. Il ne lui est donc pas possible d'avoir des activités impliquant la force ; elle peut à la rigueur exercer des activités en position assise, de manière modérée 2 ou 3 heures par jour. Par contre, pendant les périodes de crises, à savoir lors de douleurs intenses, il ne lui est plus possible alors d'effectuer de quelconque activité.

2.1. *Sur le plan psychique et mental* : à ce propos-là, j'ai été surpris

de voir combien la patiente arrive à gérer cette situation sur le plan psychique. Selon ses dires, son moral est fluctuant, très étroitement lié à la présence de douleurs. Sans suivi psycho-thérapeutique actuellement, elle avoue avoir l'aide d'une amie à qui elle se confie régulièrement, et qui lui apporte une aide considérable sur ce plan-là.

3.1. *Sur le plan social* : comme mentionné plus haut, les contacts sociaux sont actuellement très limités, toute l'énergie restant à la patiente étant concentrée sur sa proche famille.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1. *La patiente n'a actuellement aucune activité professionnelle, ayant dû stopper celle-ci en août 2012. Depuis lors, la situation s'est améliorée, lui permettant certainement d'avoir une certaine activité durant les périodes où elle est libre de douleurs, mais pas pendant les épisodes de crises.*

2.2. *Description précise de la capacité professionnelle : la patiente admet que pendant les périodes libres de douleurs, elle pourrait assumer une activité de type secrétariat, 2 à 3 heures de suite en position assise. Par contre, elle ne peut envisager une activité fixe, puisqu'elle ne pourrait alors assurer régulièrement son activité, compte tenu de l'aspect fluctuant de son état général, de sa fatigue et de ses douleurs.*

2.3. *Aucune activité n'est exercée pour l'instant.*

2.4. *Y a-t-il une diminution du rendement : certainement, eu égard aux éléments décrits ci-dessus.*

2.5. *Depuis quand : du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins : il est actuellement difficile de répondre précisément à cette question, compte tenu de la variabilité de l'état général de la patiente, en fonction de l'intensité de la maladie et de la réponse au traitement. Globalement, on peut dire que l'impact sur l'activité de travail a commencé à partir du mois d'avril 2007, avec certainement une amélioration ensuite, sous traitement, puis une réduction de la capacité de travail constante à partir de l'automne 2010.*

2.6 Cf. 2.5

c. Influence sur la réadaptation professionnelle :

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables

A mon avis, l'état actuel de la maladie permet, pendant les bonnes phases, à la patiente d'exercer une certaine activité. Mais comme déjà dit, cela dépend beaucoup de la fluctuation des symptômes. Dès lors, je privilégierais toute réadaptation en direction d'une **activité professionnelle à domicile**, de type secrétariat, ce qui permettrait d'une part d'exploiter les compétences de la patiente (formation d'employée de commerce, pratique des langues : anglais, allemand, français).

2. Peut-on améliorer la capacité au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1. Cf. point 1.

2.2. La patiente est une personne foncièrement positive, étant convaincue qu'un jour on arrivera à maîtriser complètement sa maladie. Dès lors, je pense que toute aide apportée à la patiente, dans le sens d'une amélioration des compétences et des possibilités

de travail à domicile, de manière indépendante, permettra d'avoir un impact sur la capacité de travail.

3. D'autres activités sont-elles exigées de la personne assurée ? Non.

3.1. Compte tenu de la maladie persistante et des symptômes fluctuants de la patiente, on ne peut guère imaginer une activité supérieure à 20-30 %, correspondant au maximum à 2 ou 3 heures par jour.

3.4 et 3.5 : cf. supra.

[...]

Enfin, question particulière, **l'état de santé s'est-il modifié depuis le 13.01.2012** : en effet, la combinaison du traitement de Ciclosporine et de Methotrexate a certainement permis de mieux maîtriser la polymyosite et permis une réduction du traitement stéroïde, et donc de tous les impacts sur les effets secondaires de ces médicaments. Cette amélioration, quoique modeste, permet d'envisager une certaine amélioration de la capacité de travail. Cette légère amélioration sur le plan général est récente, notée depuis fin 2013 - début 2014.

En cas de modification de l'état de santé, de nouveaux diagnostics sont-ils apparus : non.

[...]

Quelle est la capacité de réadaptation : dès à présent, de manière progressive et spécifique à la situation particulière de la patiente.

Si une augmentation de capacité de travail est envisageable, quel serait son taux au terme des mesures de réinsertion : comme déjà dit, dans les périodes favorables, on ne pourrait envisager une activité supérieure à 2-3 heures par jour, à savoir une activité de l'ordre de 20-30 %. Ces éléments sont évalués de manière relativement approximative, et pourraient être affinés en fonction des possibilités de réinsertion données à la patiente, et selon réévaluation consécutive.

Quels sont les déplacements exigibles : comme déjà mentionné dans les lignes précédentes, les déplacements représentent un autre problème pour la patiente, puisque habitant la campagne [...]; il lui est indispensable de prendre les transports privés pour tout déplacement, et cela correspond à une contrainte supplémentaire pour toute activité professionnelle, raison pour laquelle la possibilité d'une activité indépendante à domicile m'apparaît comme une option tout à fait intéressante."

Le 9 décembre 2014, le Dr Q. _____ du SMR a répondu comme il suit aux questions de l'OAI :

"Quelles sont les limitations à respecter pour qu'une activité soit adaptée ?

Les limitations actuelles sont très importantes (selon l'expert : impossibilité de se déplacer pendant les exacerbations douloureuses, fatigue handicapante, nécessité de flexibiliser des horaires de travail), vertiges en voiture.

L'activité lucrative antérieure habituelle est-elle exigible ? Le type d'activité (secrétariat) est exigible selon l'expert, mais à son domicile. La capacité de travail incluant le rendement est toutefois limitée à environ 25 % pour l'instant.

Dans une activité adaptée, quel est l'horaire exigible (en %) ? 2-3 h/j
En cas d'horaire réduit, quelles en sont les raisons ? La fatigabilité, l'absentéisme pour cause d'exacerbations douloureuses.

Si une augmentation de l'horaire est envisageable, à partir de quand et à quel taux horaire ? En l'absence d'une meilleure réponse thérapeutique, une telle augmentation ne peut être envisagée actuellement."

Par décision des 3 juin et 2 juillet 2015, confirmant un projet de décision identique du 12 février 2015, l'OAI a alloué à la demanderesse une rente AI entière fondée sur un taux d'invalidité de 75 % à partir du 1^{er} novembre 2012 (mois durant lequel sa demande de révision avait été déposée).

D. Par courrier du 13 juin 2012, la demanderesse a requis de la défenderesse P. _____ le versement de sa rente.

Le 25 juillet 2012, P. _____ a demandé copie du dossier à l'OAI.

Par courrier du 8 août 2012, P. _____ a rejeté la demande pour absence de connexité matérielle et temporelle.

Le 7 septembre 2012, la demanderesse a maintenu ses conclusions et produit diverses pièces dont les suivantes :

- une lettre du 21 décembre 2007 adressée par le Dr S. _____ au Dr G. _____ dont il résultait en particulier ce qui suit :

"Mme T. _____ est une patiente sans antécédents médico-chirurgicaux notables qui développe au début 2007 des douleurs musculaires diffuses s'associant à un état inflammatoire et une augmentation des CK. Le bilan effectué a parlé en faveur d'une polymyosite sans cause décelable (cf bilan annexé). Un traitement cortisoné a été proposé associé à de l'Imurek, Mme T. _____

n'ayant cependant pas voulu prendre de cet immuno-suppresseur par crainte des effets secondaires. La situation s'est progressivement améliorée sur le plan clinique avec chute des CK jusqu'au mois d'août dernier alors qu'elle consomme de la Prednisone à raison de 15 mg/j. Les valeurs se sont à nouveau aggravées par la suite sans que l'on modifie la thérapie à ce jour.

En parallèle, Mme T._____ a consulté le Dr O._____ qui lui a proposé un traitement homéopathique en association.

La prise en charge actuelle est donc non satisfaisante et Mme T._____ toujours peu enclinte (sic) à prendre l'Imurek proposé.

Les consultations auprès du Centre L._____ s'étant plutôt mal passées, Mme T._____ ne tient pas à y retourner. Il me semble cependant utile de redemander un avis spécialisé afin de confirmer le diagnostic initial et, le cas échéant, de convaincre la patiente de la nécessité d'une adaptation de traitement."

- un certificat médical établi le 15 août 2012 par le Dr S._____ ainsi libellé :

"Le médecin soussigné certifie suivre à sa consultation la patiente susnommée et communique en annexe copies des incapacités de travail prononcées ces dernières années. Cette liste ne comprend pas d'éventuelles incapacités prononcées par des collègues.

Par ailleurs et comme conséquence directe d'un état général diminué lié à ses problèmes de santé, Madame T._____ a spontanément décidé de diminuer son taux d'activité à 50 % dès 2007, ayant conscience de l'impossibilité d'assumer un taux d'activité entier."

"Incapacités de travail

[...]

- 100 % 30.01.2006 au 10.02.2006
- 100 % 21.05.2007 au 26.05.2017
- 100 % 05.01.2010 au 06.02.2010
- 100 % 04.01.2011 au 23.02.2011
- 50 % 24.02.2011 au 26.03.2011
- 100 % 09.06.2011 au 13.06.2011
- 100 % 17.02.2012 au 26.02.2012
- 100 % 20.08.2012 en cours"

Par lettre du 19 septembre 2012, la défenderesse P._____ a maintenu son avis.

Par demande du 24 octobre 2012 adressée à la Cour des assurances sociales du canton de [...], T._____, représentée par Me

Hervé Bovet, avocat à Fribourg, a conclu sous suite de frais et dépens au versement d'une demi-rente d'invalidité par la défenderesse P. _____ dès le 1^{er} novembre 2011, le montant de la rente étant déterminé par la suite. Elle a déposé un lot de pièces dont le règlement de l'institution de prévoyance de la défenderesse.

Par réponse du 23 novembre 2012, la défenderesse P. _____ a conclu au rejet de la demande.

Par réplique du 21 janvier 2013, la demanderesse a modifié ses conclusions en ce sens que le taux de la rente suivrait celui de la rente AI.

Par duplique du 25 février 2013, la défenderesse P. _____ a maintenu ses conclusions.

Par arrêt du 27 janvier 2015, la Cour des assurances sociales du canton de [...] a déclaré l'action en justice déposée le 24 octobre 2012 irrecevable, la Cour n'étant pas compétente ratione fori en application de l'art. 73 al. 3 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), dès lors que la demanderesse avait été engagée à [...] et que le siège de P. _____ était à [...]. Elle a en outre fait référence à l'art. 63 CPC (Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272), selon lequel si l'acte introductif d'instance retiré ou déclaré irrecevable pour cause d'incompétence est réintroduit dans le mois suivant 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.

E. T. _____, représentée par Me Bovet, a déposé une demande devant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud le 23 février 2015, en concluant à l'octroi par la défenderesse P. _____ d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre au 30 octobre 2012 et d'une rente entière depuis le 1^{er} novembre 2012. Elle a soutenu en substance

qu'il y avait connexité matérielle et temporelle entre la cause de son invalidité et la période pendant laquelle elle était affiliée auprès de la défenderesse.

Dans sa réponse du 7 mai 2015, la défenderesse P._____, représentée par BCPA Sàrl, a conclu au rejet de la demande. Elle a soutenu ne pas être liée par les conclusions de l'AI dès lors qu'elle n'avait pas reçu copie du préavis ou même de la décision de rente de cette assurance. Elle a prétendu que lorsque la demanderesse avait pris ses fonctions chez P._____ Assurance-maladie SA le 1^{er} juillet 2006, elle venait de travailler pour la société Y._____ SA à [...] à 50 % en tant qu'employée de commerce ainsi qu'à la Z._____ à [...] en tant que conseillère à la clientèle également à 50 %. Elle n'était dès lors pas crédible lorsqu'elle indiquait avoir toujours travaillé à 100 % et avoir dû diminuer son taux d'activité en 2007 suite à ses problèmes de santé. P._____ a ajouté que l'engagement de la demanderesse chez P._____ Assurance-maladie SA s'inscrivait d'ailleurs dans un contexte familial plutôt favorable à une activité à temps partiel (deux enfants en bas âge nés en 2004 et 2005), à tel point que le contrat d'engagement contenait déjà la possibilité d'une adaptation du taux d'activité. Elle a relevé qu'entre le 1^{er} juillet 2006 et le 31 octobre 2007, la demanderesse n'avait manqué que onze jours pour cause de maladie et jamais plus de cinq jours ouvrables de suite, aucune indemnité d'assurance de perte de gain en cas de maladie n'ayant été perçue par P._____ Assurance-maladie SA. Selon la défenderesse P._____, aucun rapport médical de l'époque ne mentionnait d'incapacités de travail et les deux résiliations du contrat de travail étaient justifiées par d'autres motifs, le changement d'emploi de la demanderesse lui ayant permis de retrouver un domaine d'activité qui lui convenait mieux et d'obtenir une substantielle augmentation de salaire. Elle a soutenu que pour être prise en compte, l'incapacité de travail ou la baisse de rendement devait avoir été remarquée par l'employeur et qu'une incapacité de travail fixée rétroactivement plusieurs années après ne suffisait pas pour l'admission de celle-ci, qui devait être déterminée selon le principe de vraisemblance prépondérante. Elle en a conclu que la connexité temporelle entre la période de couverture d'assurance auprès

de la défenderesse et l'invalidité reconnue en 2012 n'était clairement pas donnée. Elle était d'avis que même si une telle connexité était admise, elle serait clairement rompue, la mise en place d'un traitement médicamenteux en 2007 ayant produit des effets positifs et le bilan effectué le 11 janvier 2008 par le Prof. G._____ étant favorable, l'état de santé étant en outre resté stable jusqu'en 2010.

Par courrier du 2 juin 2015, la demanderesse a adressé à la Cour de céans copie de sa demande du 2 juin 2015 contre A._____ et U._____, en expliquant que, dans la mesure où P._____ contestait devoir répondre des prestations d'invalidité et pour éviter tout jugement contradictoire, elle ouvrait action contre les institutions de prévoyance lui ayant succédé. Elle a requis la jonction des causes. L'intéressée a par ailleurs produit diverses pièces dont copie d'une lettre qu'elle avait adressée à son conseil le 4 décembre 2012 et d'un récapitulatif des rendez-vous auprès du Dr S._____ du 26 mai 2015. Elle a enfin requis une expertise ainsi que l'audition du Dr S._____ et de l'ostéopathe N._____.

Dans sa demande du 2 juin 2015, la demanderesse a ouvert action contre les défenderesses A._____ et U._____ en prenant les conclusions suivantes :

"En cas de jonction des causes :

Principalement :

1. La Fondation de prévoyance du personnel P._____ est astreinte à verser à T._____ une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1^{er} novembre 2012.
2. Le montant de la rente sera déterminé par la suite.
3. Les frais et dépens sont mis à la charge de la Fondation de prévoyance du personnel P._____.

Subsidiairement :

1. L'institution U._____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...] est astreinte à verser à T._____ une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1^{er} novembre 2012.
2. Le montant de la rente sera déterminé par la suite.
3. Les frais et dépens sont mis à la charge de l'institution U._____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...].

Plus-Subsidiairement :

1. L'institution A. _____ Vorsorgestiftung est astreinte à verser à T. _____ une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1^{er} novembre 2012.
2. Le montant de la rente sera déterminé par la suite.
3. Les frais et dépens sont mis à la charge de l'institution A. _____ Vorsorgestiftung.

En cas de refus de la jonction des causes :

Principalement :

1. L'institution U. _____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...] est astreinte à verser à T. _____ une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1^{er} novembre 2012.
2. Le montant de la rente sera déterminé par la suite.
3. Les frais et dépens sont mis à la charge de l'institution U. _____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...].

Subsidiairement :

1. L'institution A. _____ Vorsorgestiftung est astreinte à verser à T. _____ une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1^{er} novembre 2012.
2. Le montant de la rente sera déterminé par la suite.
3. Les frais et dépens sont mis à la charge de l'institution A. _____ Vorsorgestiftung."

Dans son écriture du 20 juin 2015, la défenderesse P. _____ ne s'est pas opposée à la requête de jonction et a maintenu ses conclusions pour le surplus.

Par réponse du 13 juillet 2015, la défenderesse A. _____, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu avec suite de frais et dépens au rejet de l'action de la demanderesse. Elle a en substance fait valoir qu'il existait sans aucun doute une connexité matérielle est temporelle entre l'invalidité présentée par la demanderesse et son incapacité de travail qui avait débuté en 2007. Dès lors que dans son écriture la demanderesse avait soutenu que P. _____ aurait dû prêter, A. _____ estimait son action téméraire, raison pour laquelle elle a conclu à l'allocation d'une indemnité à titre de frais et dépens.

Par réponse du 17 août 2015, la défenderesse U. _____ a conclu à la jonction des causes et au rejet de la demande à son encontre avec frais et dépens à la charge de l'institution de prévoyance tenue de

verser des prestations. Elle a relevé en substance que le lien entre la réduction de la capacité de travail et la maladie était confirmé aussi bien par le médecin de famille (Dr S._____) que par le Centre L._____ et qu'elle pouvait donc admettre qu'il était établi au degré de vraisemblance prépondérante que la diminution du taux d'occupation était motivée par l'état de santé de la demanderesse. Par conséquent, il fallait également admettre l'existence d'une connexité temporelle. En conclusion, elle a soutenu que la maladie à l'origine de l'invalidité était apparue en février 2007 et qu'elle avait entraîné une incapacité de travail importante qui avait perduré depuis sans interruption, une connexité tant matérielle que temporelle étant ainsi donnée. La demanderesse étant affiliée en 2007 auprès de P._____, c'était à cette institution de verser la rente sollicitée.

Le 25 août 2015 la demanderesse a soutenu que son action contre A._____ n'était pas téméraire mais motivée par la position de P._____.

Les causes ont été jointes par ordonnance du 4 septembre 2015 rendue par la juge instructeur.

Dans son écriture du 2 octobre 2015, P._____ a maintenu ses conclusions estimant notamment que la première résiliation du contrat de travail s'inscrivait plutôt dans le cadre d'un contexte familial défavorable à une activité à plein temps (enfants en bas âge et longs trajets pour se rendre à son travail) et une insatisfaction sur le plan professionnel. Elle a soutenu que l'attestation du Dr S._____ du 15 août 2012, qui indiquait que la demanderesse aurait dû diminuer son temps de travail à 50 % dès 2007 en raison de son état de santé, n'aurait su être retenue, dès lors qu'elle avait été émise à posteriori, que le taux mentionné (50 %) était erroné puisqu'elle avait continué à travailler à 60 % dès le 1^{er} novembre 2007, et que ce praticien se contredisait dans le cadre du relevé des incapacités de travail établi le même jour qui confirmait que la demanderesse n'avait eu que quelques jours d'incapacités de travail en 2006 et 2007. Elle a ajouté que lorsqu'il s'était agi d'attester des incapacités de travail, le Dr S._____ l'avait fait sur le

moment. Elle a par ailleurs contesté que la demanderesse ait été soumise à un traitement médicamenteux intensif, celle-ci n'ayant pas souhaité le prendre initialement par crainte des effets secondaires, et a prétendu que la santé de la demanderesse n'était pas encore gravement affectée en 2007. Enfin, elle a allégué que les différentes parties à la procédure ne se prononçaient pas sur l'argumentation subsidiaire de la défenderesse concernant l'interruption de la connexité temporelle, l'absence de traitement et de suivi spécialisé pendant plus de deux ans en étant la meilleure preuve.

U._____ a maintenu ses conclusions dans son écriture du 16 novembre 2015, observant notamment que la demanderesse avait conclu un contrat de travail à temps plein avec P._____ Assurance-maladie SA le 1^{er} juillet 2006 malgré le jeune âge de ses deux enfants et avait également travaillé à temps complet au cours des années précédentes, alors que ses enfants venaient de naître. La corrélation entre la réduction de son taux d'occupation et l'apparition de ses problèmes de santé en février 2007 était manifeste et, à tout le moins, établie avec une vraisemblance prépondérante. Elle a en outre requis une consultation du Dr S._____ en vue de l'appréciation de la capacité de travail sur la base du dossier médical et du Dr W._____ (Centre L._____) en vue de l'appréciation de la capacité de travail sur la base de ses rapports du 9 juillet et du 7 août 2007.

Dans son écriture du 1^{er} mars 2016, A._____ a maintenu ses conclusions faisant notamment valoir que la polymyosite diagnostiquée était clairement la maladie à l'origine de l'invalidité actuelle, dite maladie ayant bel et bien entraîné l'incapacité de travail invalidante, ce qui permettait d'admettre sans autre l'existence d'une connexité matérielle. Elle a estimé que le lien entre l'apparition des symptômes de la maladie (douleurs musculaires, signes de paralysie dans les bras, difficultés à la marche et lors de la montée d'escaliers, grande fatigabilité) et la diminution du taux d'activité était évident, tant sur le plan matériel que sur le plan temporel.

U._____ et A._____ ont produit leurs règlements de prévoyance.

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).

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), aussi bien en matière de prévoyance obligatoire qu'en matière de prévoyance plus étendue (lorsque l'institution de prévoyance a décidé réglementairement d'étendre la prévoyance au-delà des exigences minimales fixées dans la loi). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 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, 118 V 158 consid. 1, 117 V 329 consid. 5d, 115 V 224 et 115 V 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 lieu de l'exploitation dans laquelle elle a été engagée, est recevable en la forme.

L'action devant la Cour de céans ayant été ouverte dans le mois qui a suivi l'arrêt d'irrecevabilité rendu par la Cour des assurances sociales du canton de [...], elle est réputée avoir été ouverte le 24 octobre

2012 en application de l'art. 63 CPC.

2. Sur le fond, le litige porte sur le point de savoir si une des trois défenderesses doit verser des prestations à la demanderesse.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3

et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

4. a) Selon la jurisprudence, dans le système de la prévoyance professionnelle, 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 (ATF 138 V 409 consid. 3.1 et 126 V 308 consid. 1 ; TF 9C_651/2015 du 11 février 2016 consid. 4.1). 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 (ATF 138 V 409 consid. 3.1, 118 V 35 consid. 2b/aa et 115 V 208 consid. 2c). 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 ; TFA B 140/06 du 27 mars 2007 consid. 2).

Si l'assureur LPP, qui dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI, n'est pas intégré à la procédure, il n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité (principe, taux et début du droit) à laquelle ont procédé les organes de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 73 consid. 4 ; TF 9C_700/2007 du 26 juin 2008 consid. 2.3).

b) Selon l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au

sens de l'AI, 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'AI, 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).

Selon la jurisprudence, l'événement assuré au sens de l'art. 23 LPP est uniquement la survenance d'une incapacité de travail d'une certaine importance, indépendamment du point de savoir à partir de quel moment et dans quelle mesure un droit à une prestation d'invalidité est né. 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. Ces principes sont aussi applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions statutaires ou réglementaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1a et b et les références citées ; TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.1).

Cependant, pour que l'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 138 V 409 consid. 6.2 et 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 (ATF 138 V 409 consid. 6.2, 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa ; TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.2).

c) Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou le champ d'activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références citées), la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là devant être de 20 % au moins (TF 9C_7/2017 du 4 avril 2017 consid. 4.1, 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.5, 9C_297/2010 du 23 septembre 2010 consid. 2.1 et 9C_127/2008 du 11 août 2008 consid. 2.3).

Il y a lieu d'examiner avec le plus grand soin si, bien que touchant son salaire, une personne se trouve effectivement frappée dans une mesure importante dans sa capacité de travail, si donc dans le cadre des rapports de travail - compte tenu de son domaine normal d'activité - elle fournit sa prestation habituelle ou n'en fournit plus qu'une réduite du fait de l'atteinte à la santé. Une baisse de rendement doit se manifester au regard du droit du travail et avoir été remarquée par l'employeur. Une incapacité de travail médico-théorique qui n'a été constatée que des années après ne suffit pas (TF 9C_748/2010 du 20 mai 2011 consid. 2.5 et B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.1 et les références citées).

Le début de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité au sens de l'art. 23 LPP est d'une importance capitale pour l'institution de prévoyance dès lors qu'une incapacité de travail survenue pendant les rapports de travail ou avant l'expiration du délai de couverture prolongée peut impliquer le versement de prestations de la prévoyance sur une très longue durée. Ce moment doit par conséquent être établi de manière précise. Si en droit du travail, un certificat médical ou toute autre pièce suffit à attester une incapacité de travail, dans le domaine de la prévoyance professionnelle, on ne saurait renoncer à fixer de manière très précise le début de l'incapacité de travail déterminante pour ouvrir droit à des prestations. Le moment de la survenance de l'incapacité de travail ne saurait faire l'objet d'hypothèses ou de déductions purement spéculatives, mais doit être établi, selon le droit des assurances sociales, avec le degré de preuve habituel de vraisemblance

prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b et les références ; TF B 9/07 du 27 novembre 2007 consid. 5.2).

d) Enfin, dans toute hypothèse, pour que l'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 (ATF 138 V 409 consid. 6.2, 123 V 262 consid. 1c et 120 V 112 consid. 2c/aa ; TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 6.2). La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'un tel lien doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, tels la nature de l'atteinte à la santé, le pronostic médical, ainsi que les motifs qui ont conduit la personne assurée à reprendre ou ne pas reprendre une activité lucrative. Pour la survenance de l'incapacité de travail au sens de l'art. 23 let. a LPP, c'est la diminution de la capacité fonctionnelle de rendement dans la profession exercée jusque-là ou dans le champ des activités habituelles qui est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2 et les références). La connexité temporelle avec l'invalidité ultérieure - en tant que condition supplémentaire du droit aux prestations d'invalidité de l'institution de prévoyance concernée - se définit en revanche d'après l'incapacité de travail, respectivement la capacité résiduelle de travail dans une activité raisonnablement exigible adaptée à l'atteinte à la santé. Une telle activité doit cependant permettre de réaliser, par rapport à l'activité initiale, un revenu excluant le droit à une

rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; TF 9C_155/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.2). Parmi les circonstances à prendre en compte pour apprécier la relation de connexité temporelle, il y a également les rapports perçus vers l'extérieur par les tiers dans le monde du travail, tel le fait qu'un assuré percevait pendant une longue période des indemnités journalières de l'assurance-chômage en tant que personne à la recherche d'un emploi qui dispose d'une aptitude entière au placement (TFA B 100/02 du 26 mai 2003 consid. 4.1 et B 18/06 du 18 octobre 2006 consid. 4.2.1). On ne peut cependant accorder la même valeur à ces périodes qu'à celles pendant lesquelles l'intéressé a effectivement exercé une activité lucrative (TF 9C_736/2013 du 7 avril 2014 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, on peut s'inspirer de la règle de l'art. 88a al. 1 RAI comme principe directeur (« Richtschnur »). Conformément à cette disposition, il y a lieu de prendre en compte une amélioration de la capacité de gain ayant une influence sur le droit des prestations lorsqu'elle a duré trois mois, sans interruption notable, et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'intéressé dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail pendant au moins trois mois et qu'il apparaît ainsi probable que la capacité de gain s'est rétablie de manière durable, il existe un indice important en faveur de l'interruption du rapport de connexité temporelle. Il en va différemment lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion ou repose de manière déterminante sur des considérations sociales de l'employeur et qu'une réadaptation durable apparaissait peu probable (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_76/2015 du 18 décembre 2015 consid. 2.3).

5. a) En l'espèce, en mai 2007, la demanderesse a consulté le Dr S._____, en raison de symptômes apparus en février 2007. Celui-ci l'a adressée au Centre L._____ en vue d'une clarification du diagnostic de suspicion de polymyosite qui a été confirmé le 7 août 2007. Il résulte de l'ensemble des rapports médicaux que cette affection est à l'origine de l'invalidité actuelle. La connexité matérielle est ainsi incontestable.

La maladie s'est manifestée en 2007 par l'apparition progressive de douleurs en courbatures au niveau des mollets, de la face postérieure des cuisses, finalement au niveau des épaules et des bras, la demanderesse étant gênée essentiellement à la marche et la montée des escaliers. La demanderesse notait également une parésie progressive des deux bras. Elle a accepté de suivre un traitement de Prednisone 20 mg et d'Imurek 50 mg devant être porté à 125 mg selon les médecins du Centre L._____ (Prof. B._____ et du Dr W._____) dans leur rapport du 7 août 2007. On ne saurait qualifier un tel traitement de léger. Il a entraîné des effets secondaires au niveau du foie (hyperplasie nodulaire régénérative du foie) ainsi qu'une modification de la formule sanguine (aplasie médullaire). La maladie a en outre eu des répercussions sur le psychisme de la demanderesse, qui est tombée dans un état dépressif. Il est vrai que les médecins qui ont suivi la recourante n'ont pas mentionné d'incapacité de travail en temps réel, ce qui est naturel puisque la demanderesse avait réduit son temps de travail à 60 % depuis le 1^{er} juin 2007. Le Dr S._____ a toutefois précisé le 17 juin 2011 que la demanderesse avait d'elle-même diminué son taux d'activité à 50 % du fait de ses problèmes de santé et ceci depuis plusieurs années.

Le Dr G._____ pose le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de polymyosite sous immuno-suppression existant depuis 2007. Dans son rapport du 10 août 2010, ce praticien mentionne certes ne plus avoir vu la demanderesse depuis 2008 et qu'une résolution progressive des troubles sous Imurek avait permis d'interrompre la corticothérapie, avec une quasi disparition des troubles cliniques, sous 150 mg comme posologie. Cela ne signifie pas pour autant qu'il considère que la demanderesse a recouvré une pleine capacité de travail dans l'intervalle. En effet, dans son rapport du 17 août 2011, il retient une capacité de travail de 50 % de façon prolongée depuis 2007, avec une interruption à 100 % dans le cadre de l'hospitalisation de 2010, peu susceptible de changement. De même, après examen du dossier médical de la demanderesse, le Dr Q._____ du SMR retient lui aussi le début de l'incapacité de travail durable en 2007. Enfin l'expert D._____ indique

également que la polymyosite à anticorps anti-Jo1 positifs en 2007 a eu un clair impact sur la capacité de travail de la demanderesse. Compte tenu de la variabilité de l'état général de celle-ci, en fonction de l'intensité de la maladie et de la réponse au traitement, il estime globalement que l'impact sur l'activité professionnelle a commencé à partir du mois d'avril 2007, avec certainement une amélioration ensuite, sous traitement, puis une réduction de la capacité de travail constante à partir de l'automne 2010. Il relève que sur le plan professionnel, elle a dû réduire son activité à 60 % à partir du 1^{er} juin 2007. Ainsi, tous les médecins qui ont examiné la demanderesse ou pris connaissance de son dossier ont retenu une capacité de travail diminuée sans interruption depuis 2007.

La demanderesse n'a pas fait état de ses problèmes de santé auprès de son employeur puisque son supérieur hiérarchique n'a pas constaté de rendement réduit ou d'absence de plus d'une semaine pour cause de maladie. Cela s'explique toutefois par le fait qu'elle a réduit son taux d'activité. Cette réduction correspond à l'apparition de sa maladie. Il ne paraît pas crédible qu'elle soit due à des raisons familiales. En effet, le deuxième enfant de la demanderesse est né en 2005. On ne voit pas pourquoi elle aurait repris un emploi à plein temps en 2006 si elle souhaitait consacrer plus de temps à sa famille. Elle a en outre expliqué qu'en bonne santé elle aurait travaillé à plein temps compte tenu des revenus fluctuants de son conjoint (questionnaire à l'intention des personnes s'occupant du ménage du 19 mai 2011). Or, depuis la diminution de son taux d'occupation, la demanderesse n'a plus jamais travaillé à 100 %. Les rapports de travail subséquents ont tous été des emplois à temps partiel avec un taux variant de 50 à 60 %.

Au degré de la vraisemblance prépondérante, force est dès lors d'admettre avec l'OAI que la demanderesse est en incapacité de travail à 50 % depuis 2007.

b) aa) A cette époque, la demanderesse était affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la défenderesse P._____. Les clauses de son règlement applicable en 2007 et concernant le droit à une

rente d'invalidité sont contenues dans le chapitre 3.7 du règlement. La notion d'invalidité est identique à celle prévue aux art. 7 et 8 de la LPGA (ch. 3.7.1) et le taux d'invalidité correspond à celui calculé par l'assurance-invalidité fédérale pour la part professionnelle (ch. 3.7.6). Le droit à la rente de l'institution de prévoyance débute en même temps que celui de la rente d'invalidité de l'assurance-invalidité fédérale, mais au plus tôt à l'échéance du droit au salaire ou d'un paiement équivalent (chapitre 3.7.2). Il prend fin avec le recouvrement de la capacité de gain, mais au plus tard à l'âge de la retraite réglementaire (chapitre 3.7.3). En outre, la rente d'invalidité complète s'élève à 60 % du gain assuré (chapitre 3.7.4) et la rente d'enfant équivaut à la rente d'orphelin réglementaire (chapitre 3.7.5).

bb) L'OAI a alloué par décision du 22 février 2012 une demi-rente d'invalidité à la demanderesse dès le 1^{er} novembre 2011.

La défenderesse P._____, qui n'a pas été invitée à participer à la procédure AI, n'est de ce fait pas liée par cette décision.

Comme mentionné ci-dessus (consid. 5a supra), le taux d'incapacité de travail de la recourante est de 50 % depuis 2007. Le 26 septembre 2011, le Dr Q._____ a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient les mêmes dans l'activité habituelle de la recourante que dans une autre activité lucrative adaptée, le taux d'incapacité de travail étant identique. Dans ces conditions, le taux d'incapacité de travail se confond avec le taux d'incapacité de gain qui est donc de 50 % comme l'a retenu l'OAI.

Concernant le point de départ de la rente, la demanderesse conclut qu'elle lui soit allouée dès le 1^{er} novembre 2011 tel que retenu dans la décision du 17 août 2011. Il n'y a aucun motif de s'en écarter.

Quant à l'évolution de l'état de santé de la demanderesse par la suite, il résulte des avis concordants des Drs S._____, J._____ et Ee._____, du Prof. C._____, de l'expert D._____ et du Dr Q._____

qu'il s'est encore malheureusement aggravé depuis août 2012, la demanderesse ayant alors cessé toute activité. Lors de son expertise en 2014 et compte tenu d'une légère amélioration fin 2013, l'expert a fixé la capacité de travail entre 20 et 30 %, le type d'activité exercée, à savoir le secrétariat, étant exigible à son domicile. Il n'y a aucun rapport médical mettant en doute les conclusions de l'expert qui sont bien motivées et résultent d'un examen approfondi du cas de la demanderesse. Elle souscrit ainsi aux réquisits de la jurisprudence et c'est à juste titre que le Dr Q._____ s'y est rallié. L'OAI a dès lors alloué une rente entière à la demanderesse fondée sur un taux de 75 % dès le 1^{er} novembre 2012, mois au cours duquel elle a demandé la révision de la rente.

Il n'y a aucun motif de s'en écarter et la conclusion de la demanderesse en ce sens doit être admise.

c) Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire qui apparaît inutile. Les conclusions des parties en ce sens doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

6. a) En définitive, les conclusions prises à l'encontre de la défenderesse P._____ doivent être admises, en ce sens que cette institution de prévoyance versera à la demanderesse une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011 puis une rente entière dès le 1^{er} novembre 2012, sous réserve des indemnités journalières qui lui auraient été versées par une assurance perte de gain postérieurement à ces dates et d'une éventuelle surindemnisation, P._____ étant dès lors invitée à fixer les prestations à servir.

La demanderesse, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens de la part de la défenderesse (art. 55 LPA-VD, applicable par analogie en vertu de l'art. 109 al. 1 LPA-VD ; art. 10 et 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]), qu'il convient de fixer à 3'000 francs.

b) Les conclusions de la demanderesse contre U._____ et A._____ sont rejetées. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à ces institutions. 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 le demandeur a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas réalisé en l'espèce.

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

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

- I. P._____ Personalvorsorgestiftung versera à T._____ une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2011 puis une rente entière dès le 1^{er} novembre 2012, sous réserve d'indemnités journalières qui auraient été versées postérieurement à ces dates et d'une surindemnisation.
- II. P._____ Personalvorsorgestiftung est invitée à fixer le montant des prestations à servir.
- III. P._____ Personalvorsorgestiftung versera à T._____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

IV. Les conclusions de T. _____ contre A. _____
Vorsorgestiftung et U. _____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...] sont rejetées.

V. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées.

VI. Le jugement est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Hervé Bovet (pour T. _____),
- BCPA Sàrl (pour P. _____ Personalvorsorgestiftung),
- Me Didier Elsig (pour A. _____ Vorsorgestiftung),
- U. _____ Stiftung Berufliche Vorsorge, [...],
- 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 :