

VD_FINDINFO PP 32/19 - 35/2020 vom 19. Oktober 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_PP_32_19_-_35_2020

FR: VD_FINDINFO PP 32/19 - 35/2020 du 19 octobre 2020

IT: VD_FINDINFO PP 32/19 - 35/2020 del 19 ottobre 2020

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, CONNEXITÉ MATÉRIELLE, CONNEXITÉ TEMPORELLE, INSTITUTION DE PRÉVOYANCE, INCAPACITÉ DE GAIN, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, RENTE ÉCHELONNÉE | 23 al. 1 LPP

Erwägungen

E. 19

octobre 2020 _____ Composition : M. Métral , président Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Riesen, assesseur Greffier : M. _____ Germond ***** Cause pendante entre : W. _____ , à [...], demanderesse, représentée par Me Johanna Trümpy, avocate à Lausanne, et C. _____ , à Zurich, défenderesse. _____ Art.

E. 23

al. 1 let. a - b LPP E n f a i t : A. a) W. _____, née le [...], a entrepris un apprentissage de peintre en carrosserie en août 2007, auprès de la M. _____ Sàrl. Elle souffre d'un trouble du morphotype rotatoire des membres inférieurs, qui a entraîné une incapacité de travail de 50 % dès le mois d'avril 2010, avec une prise en charge régulière au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 28 octobre 2010, mais a poursuivi son apprentissage, à mi-temps, et a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de peintre en carrosserie en juin 2011. Elle a par la suite poursuivi son activité, à 50 %, pour la M. _____ Sàrl. Dans un rapport du 27 juillet 2011 à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Professeur T. _____, médecin-chef du Département médico-chirurgical de pédiatrie (DMCP) du CHUV, a exposé que le pronostic était réservé « dans le cadre d'une profession de carrossière ». L'atteinte à la santé pourrait justifier une prise en charge chirurgicale, qui serait toutefois « plus en relation avec la surcharge liée à son activité professionnelle qu'avec la nécessité de le faire ». Le travail de carrossière nécessitait en effet de fréquentes positions fléchies en forte flexion de hanches ou rotation interne, qui généraient d'importantes douleurs de type conflit dans un contexte de rétroversion acétabulaire. D'un point de vue médical, l'activité exercée était exigible « pour permettre la fin de la formation professionnelle, mais non d'un point de vue définitif ». Dans une activité adaptée, la capacité de travail pourrait être totale. Il était prévu de la revoir durant l'été afin de discuter d'une formation complémentaire dans une activité mieux adaptée, mais également d'une prise en charge chirurgicale préalable. Le 7 octobre 2011, le Professeur T. _____ a précisé au médecin-conseil de B. _____, assurance perte de gain en cas de maladie à laquelle était affiliée W. _____, avoir observé une péjoration des douleurs depuis le début de l'année. L'assurée avait pu terminer son apprentissage, mais l'activité de carrossière entraînait passablement de douleurs au niveau des hanches. En septembre, il

avait dû lui prescrire un arrêt de travail total, car elle était complètement déprimée, souffrait d'intenses douleurs et prenait des antalgiques à des doses pouvant être qualifiées de toxiques. Il lui avait proposé une ostéotomie de dérotation interne des deux fémurs proximale. L'assurée paraissait relativement motivée et essayait de garder une activité professionnelle de carrossière, métier qu'elle adorait. Le Professeur T. _____ espérait pouvoir l'aider à poursuivre cette activité, ce qui paraissait raisonnable à ce stade. Le 28 novembre 2011, W. _____ s'est soumise à une ostéotomie fémorale bilatérale, réalisée par le Professeur T. _____. A la suite de cette intervention, elle a présenté une incapacité de travail totale pendant plusieurs mois. Le 21 mars 2012, le Professeur T. _____ a exposé au Service de réadaptation de l'OAI qu'aucune démarche professionnelle ne pourrait être entreprise avant l'automne 2012. L'opération effectuée était extrêmement lourde et demandait au minimum six mois de récupération. Il espérait en revanche qu'après ce délai, l'assurée récupérerait toute sa mobilité et pourrait reprendre normalement son activité professionnelle de peintre en carrosserie, sans contre-indication (compte-rendu d'entretien téléphonique du 21 mars 2012). Le Dr G. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est pour sa part montré sceptique quant au caractère adapté de l'activité professionnelle habituelle de l'assurée (rapport du 13 avril 2012). En raison d'un retard de consolidation, le Professeur T. _____ a procédé, le 7 mai 2012, à un prélèvement de moelle osseuse au niveau de la crête iliaque droite, et injection par voie latérale au niveau du foyer d'ostéotomie. Le 16 juillet 2012, il a pratiqué une décortication, greffe et reprise d'ostéosynthèse par plaque, en raison d'une pseudarthrose au niveau de l'ostéotomie fémorale gauche. Le 11 mars 2013, il a fait état d'une possible reprise de l'activité professionnelle, dans un premier temps à 50 %, « un petit peu à titre de test » et, « si tout se passe bien », d'une augmentation progressive dans le trimestre ultérieur. Le 20 mars 2013, le Dr G. _____ a estimé que l'activité de peintre en carrosserie ne paraissait plus exigible. Il souhaitait connaître les motifs pour lesquels la capacité de travail serait limitée dans une activité mieux adaptée. Le 2 mai 2013, le Professeur T. _____ a exposé que sur le plan clinique, la démarche de l'assurée était parfaitement harmonieuse. Elle appuyait sans protection sur ses deux membres inférieurs. Une formidable hypotrophie des deux quadriceps persistait, prédominante au niveau du moyen fessier du côté droit, où l'assurée conservait une boiterie de type Duchenne. La mobilité des hanches et des genoux était bonne. Sur le plan rotatoire, l'assurée était équilibrée du côté gauche, avec probablement un poil de rotation interne en trop du côté droit. Cela ne la gênait toutefois pas du tout au niveau fonctionnel. Les douleurs avaient complètement disparu au niveau des hanches, à voir toutefois, bien sûr, à la reprise du travail. En ce qui concerne un éventuel reclassement professionnel, le Professeur T. _____ a exposé, le 6 mai 2013, qu'il fallait « effectivement garder cette opportunité en réserve, mais que [l'assurée] était passionnée par son travail [et qu'il] paraissait légitime qu'elle puisse le reprendre ou au moins tenter de le reprendre ». Le 4 juin 2013, l'OAI a écrit à A. _____ SA, mandataire de l'assurée, que sur le plan médical, l'activité de peintre en carrosserie ne paraissait plus exigible, tout au moins pas à plein temps. L'assurée avait repris cette activité à 50 % récemment et l'OAI annonçait son intention de réinterroger les médecins traitants pour connaître l'évolution de la capacité de travail. Une autre activité mieux adaptée paraissait pleinement exigible, de sorte que l'OAI ne pouvait pas « cautionner la poursuite d'une activité inadaptée, à temps partiel, au détriment de l'exercice d'une activité médicalement exigible, à plein temps ». Le 25 juin 2013, le Professeur T. _____ a indiqué que l'assurée était en train de recouvrer progressivement

sa capacité de travail (dans l'activité « assez lourde » de carrossière). Le taux d'activité augmentait régulièrement, mais sur le principe, resterait entre 30 et 50 % jusqu'à la fin de l'année en raison d'une grosse hypotrophie musculaire. Ce n'est qu'ensuite que l'assurée pourrait « reprendre une capacité pleine à 100 %, d'autant qu'il [fallait] envisager encore l'ablation du matériel d'ostéosynthèse cet automne ou ce début d'hiver ». L'assurée a effectivement repris son activité pour la M. _____ Sàrl, à un taux de 20 à 50 %, dès le 22 avril 2013, au bénéfice d'un contrat oral de durée indéterminée. Le 11 juillet 2013, le Professeur T. _____ a écrit à l'OAI avoir pris connaissance de sa lettre du 4 juin 2013 à A. _____ SA. Il lui paraissait nécessaire de se donner jusqu'à la fin de l'année 2013 avant de pouvoir se prononcer définitivement sur l'incapacité de l'assurée à pratiquer la profession qui lui était chère. Si toutefois l'assurance-invalidité avait décidé de lui offrir une formation professionnelle complémentaire pour une profession plus adaptée, cette décision n'était pas de son ressort. Il la trouvait toutefois certainement un peu prématurée. Le 6 novembre 2013, le Dr H. _____, médecin au SMR, a pris position sur le dossier et constaté qu'au vu de l'atteinte aux deux hanches entraînant des limitations fonctionnelles durables (pas d'accroupissement ni de stations debout prolongées), la capacité de travail dans l'activité de peintre en carrosserie ne dépasserait pas durablement 50 %, alors qu'elle était entière dans une activité adaptée. Entre-temps, l'assurée s'est soumise à une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le 14 octobre 2013. Selon un entretien du 18 novembre 2013 avec une collaboratrice de l'OAI, elle ne souhaitait absolument aucun changement de profession et pensait pouvoir, à terme, reprendre son activité lucrative habituelle à 100 %. L'OAI a mandaté un ergonome en vue de vérifier la capacité de travail de l'assurée à son poste de peintre en carrosserie. Lors d'un entretien du 3 juin 2014, celui-ci a exposé qu'étant donné le contexte positif de travail et la motivation de l'assurée à continuer, la profession habituelle paraissait adaptée à son état de santé. Le taux exigible dépendait des douleurs ressenties. L'assurée estimait que la situation était en nette progression et une reprise à plein temps était envisageable. Aucune limitation fonctionnelle n'était décrite, hormis des fatigues de fin de journée. W. _____ a repris son activité professionnelle à un taux de 80 % dans le courant du mois d'avril 2014. Le 13 juin 2014, le père de l'assurée a confirmé cette reprise d'activité à l'OAI, par téléphone, en précisant que le Professeur T. _____ attestait une incapacité de travail de 20 % jusqu'à fin octobre, date à laquelle l'assurée devrait pouvoir reprendre à 100 %. Le 20 juin 2014, le Service de réadaptation de l'OAI a constaté qu'au vu de l'évolution de la situation, aucune mesure d'ordre professionnel ne paraissait pour l'instant nécessaire. Si l'activité de peintre en carrosserie ne devait toutefois plus s'avérer adaptée, partiellement ou totalement, une nouvelle formation devrait être prise en charge. Entre-temps, l'assurée a fait une chute dans les escaliers, le 5 juin 2014. Dans un premier temps, malgré un gros bleu à la fesse gauche et une douleur persistante dans le dos, elle n'a pas voulu consulter de médecin. Elle a toutefois dû s'y résoudre, le 16 juillet 2014. Son médecin traitant a attesté une incapacité de travail jusqu'au 27 juillet 2014 et a prescrit une physiothérapie, ainsi que des calmants. L'assurée a repris le travail à 80 % le 28 juillet 2014, malgré la persistance des douleurs. Finalement, son ostéopathe a refusé de continuer le traitement, vu son inefficacité, et l'a invitée à retourner chez son médecin. Le patron de l'assurée, qui la voyait souffrir au travail, a appuyé cette consigne. Un nouvel arrêt de travail lui a été prescrit dès le

E. 27

août 2014, d'abord à 100 %, puis à 40 % (50 % du 80 % exercé précédemment) dès le 18 octobre 2014. L'OAI n'a pas été immédiatement informé de ces développements. Par

décision du 4 novembre 2014, il a alloué à W. _____ une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2013, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2013, et une rente entière du 1^{er} janvier au 31 juillet 2014. b) L'assurée a repris le travail à 80 % dans le courant du mois de décembre 2014. Elle a pu porter ce taux d'activité à 100 % dès le 1^{er} janvier 2015 malgré la persistance de douleurs dorsolombaires exacerbées par les positions statiques debout ou assise ainsi que le port de charges. Ces douleurs étaient soulagées par la prise de Tramal®, Sirdalud®, Irfen® 600 mg et/ou Dafalgan®. Le 10 juillet 2015, toutefois, une nouvelle période d'exacerbation, avec des douleurs dans le dos et les jambes, l'a contrainte à un nouvel arrêt de travail complet. L'assurée a finalement convenu avec son employeur de mettre fin aux rapports de travail au 30 septembre 2015. Dans un rapport du 30 septembre 2015, le Professeur T. _____ a invité l'OAI à organiser un reclassement professionnel de l'assurée, qui était « cette fois [...] tout à fait consciente que son métier de carrossière rest[ait] probablement un peu lourd, tant pour ses problèmes de hanche que lombaires ». L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 octobre 2015. Dans un rapport du 15 février 2016 à l'OAI, le Professeur T. _____ a fait état de douleurs lombaires chroniques, status post-traumatique avec contusions lombaires et status après ostéotomie de dérotation fémorale, pseudarthrose à droite, pour trouble du morphotype rotatoire, impingement fémoro-acétabulaire. Globalement, dans cette période pendant laquelle elle ne travaillait pas, elle n'allait pas trop mal, mais avait besoin d'une antalgie relativement importante, combinant dérivé opioïde et antalgie de paliers 1 et 2. Sur le plan clinique, la démarche se faisait effectivement toujours avec une discrète asymétrie rotatoire. Il y avait un peu plus de rotation interne du fémur à droite qu'à gauche. Cet aspect un peu pincé avait pour conséquence une petite hyperlordose et le Professeur T. _____ estimait que cela pouvait expliquer les troubles statiques rachidiens et les douleurs qui avaient tendance à rester chroniques. Il n'y avait pas d'autre gros souci orthopédique. La capacité de travail était nulle dans l'activité de carrossière et il fallait privilégier une activité plutôt sédentaire, permettant l'alternance des positions. Le 12 septembre 2016, l'assurée a demandé à l'OAI la prise en charge de divers moyens auxiliaires (coussin anti-escarres, matelas anti-escarres, moyens de contention élastiques, supports plantaires, bâtons de marche et fauteuil roulant). Elle a annoncé avoir consulté le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans un rapport du 16 septembre 2016, ce dernier a posé les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos et de troubles de la marche sur troubles statiques des membres inférieurs et dysbalances musculaires. L'assurée était limitée dans ses déplacements, en particulier en pente, dans les escaliers ou sur terrain accidenté, ainsi que pour les positions accroupie ou à genoux, pour le port de charges, le maintien des positions statiques et le travail dans les milieux bruyants. L'OAI a mandaté la Dre E. _____, spécialiste en rhumatologie au sein du V. _____ (V. _____), pour la réalisation d'une expertise. Sur recommandation de cette dernière, il a également désigné la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Les expertes ont établi un rapport d'expertise bidisciplinaire le 13 novembre 2017 et répondu à un questionnaire complémentaire le 5 février 2018. Elles ont retenu les diagnostics somatiques incapacitants d'insuffisance de la musculature fessière à droite (sur status après ostéotomie de dérotation fémorale proximale bilatérale, injection de moelle osseuse, décortication, greffe, reprise d'ostéosynthèse et ablation du matériel d'ostéosynthèse), de dorsalgies multifactorielles (trouble statique rachidien et dysbalances musculaires), de possible syndrome d'Ehlers-Danlos de type III et de maladie de Crohn. Aucun diagnostic psychiatrique n'était posé, sous réserve d'un

éventuel trouble dissociatif de conversion ou d'un syndrome de Munchhausen, à titre différentiel. L'assurée conservait une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité légère, sans port de charges supérieures à cinq kilos, semi-sédentaire, sans nécessité de travailler en hauteur les bras levés ni en zone basse, ni sur sol instable. Le 4 février 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 54 %, avec effet dès le 1^{er} avril 2016. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours interjeté contre cette décision, par arrêt du 15 avril 2020 (cause AI 104/19 – 111/2020). B. M. _____ SA est affiliée à la C. _____ (ci-après : C. _____) pour la prévoyance professionnelle de son personnel. Elle a annoncé l'engagement de W. _____ à 80 %, pour un revenu annuel de 44'040 fr., dès le 1^{er} mai 2014. W. _____ a répondu au questionnaire de santé de l'institution de prévoyance le 20 août 2014 en indiquant présenter une capacité de travail limitée à 80 % en raison d'une dysplasie des hanches. Le 20 novembre 2014, C. _____ a confirmé la couverture d'assurance pour « les prestations légales en application de la loi fédérale sur la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (LPP) » et « les prestations acquises au moyen de l'apport de libre passage surobligatoire ». Pour les prestations « dépassant ce montant », elle a émis une réserve, en ce sens qu'aucune prestation n'était due en cas d'incapacité de gain imputable à des « maladies, lésions et/ou dysfonctionnements d'une ou des deux hanches » ou à leurs conséquences. La réserve était applicable jusqu'au 30 avril 2019. Le 26 novembre 2018, W. _____, représentée désormais par Me Johanna Trümpy, a demandé à C. _____ de lui allouer une rente d'invalidité. L'institution de prévoyance a refusé au motif que le début de l'incapacité de travail dont la cause était à l'origine de l'invalidité était antérieur au début de la couverture d'assurance. Le 7 novembre 2019, W. _____, toujours représentée par Me Trümpy, a ouvert contre C. _____ une action tendant, en substance, au paiement d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} octobre 2015, avec intérêts à 5 % l'an dès cette date, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, elle a demandé, en substance, la condamnation de C. _____ au paiement d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} avril 2016, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1^{er} avril 2016. A titre de mesure d'instruction, elle a demandé qu'une expertise médicale soit ordonnée. La défenderesse s'est déterminée et a conclu au rejet de la demande, le 31 janvier 2020. Les parties ont maintenu leurs conclusions au terme de nouvelles déterminations déposées les 11 mars 2020 (demanderesse) et 20 mars 2020 (défenderesse). Le 11 août 2020, le juge en charge de l'instruction a informé les parties du fait que les demandes de complément d'instruction étaient rejetées dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite. Il a toutefois réservé l'avis contraire de la Cour lorsque le dossier lui aurait été soumis. Sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu dès que la charge du tribunal le permettrait. E n d r o i t : 1. a) Aux termes de l'art. 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 s. LPA-VD (loi cantonale vaudoise du la 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) relatifs à l'action de droit administratif. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente conformément à l'art. 93 al. 1 let. c LPA-VD. b) La demande est recevable, conformément aux dispositions qui

précédent. 2. Le litige porte sur le droit de la demanderesse à une rente d'invalidité de la défenderesse. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si le risque assuré faisait l'objet d'une couverture d'assurance lors de sa survenance. Cas échéant, la question de la portée de la réserve émise par la défenderesse devra être examinée. 3. a) Le Règlement de prévoyance de la C._____, dans sa version entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014, est applicable en l'espèce. Aux termes de l'art. 4 al. 1 de ce règlement, tous les salariés soumis à l'assurance obligatoire, de même que les personnes appartenant au cercle de personnes assurées défini dans le plan de prévoyance, sont admis dans la prévoyance en faveur du personnel. La couverture de prévoyance prend effet le jour de l'admission dans la prévoyance en faveur du personnel (art. 5 al. 1 du règlement de prévoyance). b) Le plan de prévoyance liant C._____ à l'ancien employeur de la demanderesse prévoit que la limite de salaire pour l'admission dans l'assurance correspond à celle prévue par la LPP. En 2014, cette limite était fixée à 21'060 fr. (art. 7 al. 1 LPP, dans sa teneur en vigueur à l'époque). Cette limite salariale a été franchie en avril 2014, à une période où l'assurée était encore rémunérée sur la base d'un salaire horaire, en fonction du nombre d'heures de travail qu'elle pouvait assumer compte tenu des atteintes à sa santé. Son engagement à un taux de 80 % pour un salaire mensuel fixe date du 1^{er} mai 2014. Dans ces conditions, on peut se demander si la couverture de prévoyance a débuté dans le courant du mois d'avril 2014, ou comme le soutiennent les parties, le 1^{er} mai 2014. La question n'est toutefois pas déterminante et peut demeurer ouverte. On retiendra, en tous les cas, que cette couverture de prévoyance était inexistante jusqu'au 31 mars 2014. 4. a) Aux termes de 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'assurance-invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Cette règle est également applicable en matière de prévoyance plus étendue, sous réserve de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (cf. ATF 123 V 262 consid. 1b). b) Le règlement de prévoyance de l'intimée prévoit l'octroi d'une rente d'invalidité « proportionnelle au degré AI » en cas d'invalidité comprise entre 25 et 59 %, d'une rente de 75 % pour un taux d'invalidité compris entre 60 et 69 %, et d'une rente de 100 % pour un taux d'invalidité dès 70 %. S'il n'existe « qu'un droit à des prestations conformément à la LPP », le degré d'invalidité correspond au moins à celui que fixe l'assurance-invalidité, avec l'octroi d'une rente de 25 % pour un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 %, d'une rente de 50 % pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 59 %, d'une rente de 75 % pour un taux d'invalidité compris entre 60 et 69 %, et une rente de 100 % pour un taux d'invalidité dès 70 % (art. 18 al. 2 du règlement de prévoyance). Les prestations prévues par le règlement de prévoyance sont exclues si, « avant l'admission ou au moment de l'admission dans la prévoyance en faveur du personnel, une personne ne dispose pas de sa pleine capacité de travail (sans être pour autant invalide au sens de la LPP) et que la cause de cette incapacité de travail soit à l'origine d'une invalidité [...] dans le délai déterminant indiqué dans la LPP » (art. 5 al. 5 du règlement de prévoyance). Cette disposition correspond à ce que prévoit l'art. 23 al. 1 let. a LPP. Aucune des parties ne soutient d'ailleurs qu'elle serait plus ou moins restrictive. 5. a) L'art. 23 al. 1 let. a LPP permet à l'institution de prévoyance de refuser de prester lorsque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité a débuté avant que la personne concernée lui soit affiliée. Pour que l'obligation de prester soit exclue, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où la personne concernée ne lui était pas encore affiliée, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la foi matérielle et

temporelle (cf. ATF 134 V 20 consid. 3.2 ; ATF 130 V 270 consid. 4.1). b) Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est pour l'essentiel la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance (et qui a entraîné une incapacité de travail ; ATF 138 V 409 consid. 6.2). c) aa) La relation de connexité temporelle entre l'incapacité de travail survenue avant une période de couverture d'assurance, d'une part, et l'invalidité, d'autre part, est interrompue si après la survenance de cette incapacité de travail, la personne assurée a de nouveau été capable de travailler pendant une longue période. L'existence d'une relation de connexité temporelle doit être examinée au regard de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, telle 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. En ce qui concerne la durée de la capacité de travail interrompant le rapport de connexité temporelle, il est possible de s'inspirer de la règle de l'art. 88 a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) comme principe directeur. 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 à 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 (ATF 134 V 20 consid. 3.2.1). Il convient toutefois de relativiser cette durée de trois mois lorsque l'activité en question, d'une durée éventuellement plus longue que trois mois, doit être considérée comme une tentative de réinsertion, notamment lorsque l'invalidité résulte d'une maladie évoluant par poussée, telle que la sclérose en plaque ou la schizophrénie. Les tableaux cliniques sont caractérisés par des symptômes évoluant par vague, alternant des périodes d'exacerbation et de rémission. Même une phase plus longue pendant laquelle la personne assurée avait pu reprendre le travail n'implique pas forcément une amélioration durable de l'état de santé et de la capacité de travail si chaque augmentation de la charge professionnelle entraîne après quelques temps, en règle générale, une recrudescence des symptômes conduisant à une nouvelle incapacité de travail notable. La jurisprudence essaie d'en tenir compte en accordant une signification particulière aux circonstances de chaque cas d'espèce (TF 9C_515/2019 du 22 octobre 2019 consid. 2.1.1 ; TF 9C_575/2018 du 15 avril 2019 consid. 4.1 ; MARC HÜRZELER, in SCHNEIDER/GEISER/GÄCHTER [édit.], LPP et LFLP, Berne 2010, n. 29 ad art. 23). bb) La reprise d'une activité lucrative ne suffit pas encore à interrompre la relation de connexité temporelle. Pour admettre l'existence d'une telle interruption, il faut avant tout que l'intéressé ait retrouvé une capacité de travail significative de plus de 80 % (ATF 144 V 58 consid. 4.4 et 4.5). Le fait que l'intéressé est en mesure de réaliser un revenu excluant le droit à une rente n'apparaît déterminant que si l'intéressé dispose dans une activité raisonnablement exigible d'une capacité de travail (presque) entière. En d'autres termes, la relation de connexité temporelle est interrompue pour autant que la personne concernée dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de plus de 80 % et que celle-ci lui permette de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (TF 9C_98/2013 du 4 juillet 2013 consid. 4.1 et les références citées, in SVR 2014 BVG n. 1 p. 1). 6. a) La demanderesse a présenté, pendant son apprentissage déjà, une incapacité de travail de 50 % au moins en raison d'un trouble du morphotype rotatoïre des membres inférieurs. L'atteinte entraînait des douleurs essentiellement dans les jambes – mais également des douleurs lombo-fessières (expertise E. _____ / Z. _____, p.

28) –, en lien plus particulièrement avec la surcharge provoquée par l'activité professionnelle inadaptée. A l'époque, le Professeur T. _____ a proposé de réaliser une ostéotomie de dérotation fémorale proximale, dans l'espoir de permettre la poursuite de l'activité professionnelle. Les suites de cette intervention ont été compliquées, avec notamment un retard de consolidation et la nécessité de plusieurs nouvelles interventions chirurgicales. La demanderesse est restée pendant de nombreux mois en incapacité de travail totale. Elle a notamment eu mal au dos et au niveau des hanches, mais a pu finalement reprendre progressivement la marche, puis une activité professionnelle, en 2013. Elle manquait toutefois encore d'endurance dans ses jambes et au niveau du dos (expertise E. _____ / Z. _____, p. 28 s.). Les douleurs dorsales se sont toutefois aggravées à la suite d'une chute en juin 2014. Les médecins du SMR ont toujours été très sceptiques quant à la capacité de la demanderesse à poursuivre son activité de peintre en carrosserie, compte tenu des atteintes à sa santé. L'OAI a finalement renoncé à un reclassement professionnel parce que l'assurée n'en voulait pas, qu'elle avait repris son activité à 80 % et que son médecin traitant, le Professeur T. _____ la soutenait, estimant prématuré un tel reclassement. Un ergonome mandaté par l'OAI avait également estimé que l'activité était adaptée. A lire son rapport, force est toutefois de constater qu'il s'est fondé essentiellement sur les déclarations de l'assurée, en insistant sur sa motivation à reprendre son activité professionnelle et en précisant que le taux d'activité exigible dépendrait des douleurs. Pour leur part, les expertes E. _____ et Z. _____ ont estimé que l'assurée avait probablement effectué son apprentissage et qu'elle avait repris son activité, après la dernière opération orthopédique, en travaillant « au-dessus de ses forces » (expertise p. 71). Cette situation leur paraissait « évidente au plan somatique ». Parmi les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, le premier qu'elles citent est celui d'insuffisance de la musculature fessière à droite sur status après diverses interventions orthopédiques. Cette atteinte était indubitablement antérieure au début de la couverture d'assurance par la défenderesse et constitue l'une des causes de l'incapacité de travail de la demanderesse. Le second diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, selon les expertes E. _____ et Z. _____, est celui de dorsalgies multifactorielles (cyphose dorsale dans le contexte de séquelles d'ostéodystrophie de croissance, bascule du bassin à droite et de dysbalances musculaires). Il s'agit, là aussi, d'atteintes antérieures au début de la couverture d'assurance par la défenderesse et qui ont contribué à l'incapacité de travail avant comme après le début de cette couverture d'assurance. Au vu de ce qui précède et en particulier des constatations probantes des Dres E. _____ et Z. _____, il convient d'admettre un lien de connexité matériel entre les causes de l'incapacité de travail et de gain actuelle, d'une part, et les atteintes à la santé qui ont entraîné une incapacité de travail avant le début de la couverture de prévoyance, d'autre part. En juin 2013, le Professeur T. _____ attestait encore une capacité de travail limitée (entre 30 et 50 %) jusqu'à la fin de l'année en raison d'une grosse hypotrophie musculaire. Il s'agit précisément de l'atteinte à la santé diagnostiquée, en premier lieu, par les Dres E. _____ et Z. _____. Par ailleurs, les douleurs dorsales multifactorielles, si elles se sont aggravées dès le mois de juin 2014, contribuaient déjà à l'incapacité de travail constatée auparavant. b) La demanderesse soutient que le syndrome d'Ehlers-Danlos diagnostiqué par le Dr N. _____ est la cause de l'incapacité de travail et de gain actuelle. Les Dres E. _____ et Z. _____ ont constaté un « possible » syndrome d'Ehlers-Danlos ainsi qu'une maladie de Crohn parmi les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail. Elles ont toutefois souligné que les critères diagnostics n'étaient

pas alarmants en l'état et ne revêtaient aucune gravité (« au plan objectif, il comprend peu de critères de gravité »). Les symptômes constatés n'étaient guère spécifiques. Le syndrome n'expliquait pas la gravité des troubles fonctionnels constatés (expertise, p. 54). C'est dire que le syndrome d'Ehlers-Danlos, pour autant qu'il puisse être considéré comme une nouvelle atteinte à la santé, ne constitue pas la cause principale de l'incapacité de travail de la demanderesse, cette cause résidant essentiellement dans les troubles statiques et l'hypotrophie musculaire qui contre-indiquaient déjà l'activité de peintre en carrosserie et avaient entraîné une incapacité de travail avant le début de la couverture d'assurance. Le Professeur T. _____ a d'ailleurs fini par l'admettre lui aussi dans son rapport du 30 septembre 2015, en indiquant que le métier de carrossière restait probablement un peu lourd, « tant pour ses problèmes de hanche que lombaires ». Le syndrome d'Ehlers-Danlos n'interrompt donc pas le lien de connexité matériel, sans qu'une expertise soit nécessaire pour statuer sur ce point.

7. a) La demanderesse soutient que le lien de connexité temporelle a été interrompu, compte tenu de l'activité professionnelle exercée à 100 % entre janvier et juillet 2015. b) La demanderesse a travaillé d'avril 2014 jusqu'au 15 juillet 2014, à 80 %, avant une nouvelle période d'incapacité de travail. Cette période était insuffisante pour interrompre le lien de connexité temporelle, d'autant que l'activité professionnelle n'était pas exercée à plus de 80 %. La demanderesse a ensuite repris à 80 % dans le courant du mois de décembre 2014, puis à 100 % dès le 1^{er} janvier 2015. Comme pour la reprise du travail au printemps 2014, il faut toutefois bien admettre qu'il s'agissait en réalité d'une tentative de reprise du travail, qui a échoué. Certes, la demanderesse est parvenue à maintenir son activité à 100 % jusqu'au 15 juillet 2015. Il n'en reste pas moins que l'assurée a présenté, avant le mois de janvier 2015, près de cinq ans d'incapacité de travail partielle ou totale dans la profession de peintre en carrosserie, que cette activité fondamentalement inadaptée n'a pu être poursuivie dès janvier 2015 qu'au prix d'importantes douleurs dorsolombaires, exacerbées par les positions statiques debout ou assise ainsi que le port de charges, et soulagées par la prise d'une importante médication antalgique (Tramal®, Sirdalud®, Irfen® 600 mg, en particulier). Elle excédait les forces de l'assurée, comme l'ont constaté les expertes E. _____ et Z. _____, comme l'estimaient déjà précédemment les médecins du SMR et comme le Professeur T. _____ a fini par l'admettre. Cette reprise du travail à temps complet a finalement conduit à une décompensation majeure en juillet 2015 et une nouvelle période d'incapacité de travail totale. La seule durée de six mois de la reprise du travail est, dans ces conditions, insuffisante pour constater l'interruption du rapport de connexité temporelle entre l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, avant le début de la couverture de prévoyance, d'une part, et l'incapacité de travail et de gain fondant la demande de prestations adressée à la défenderesse, d'autre part.

c) Il s'ensuit que la défenderesse est en droit de nier le droit aux prestations en application de l'art. 23 al. 1 let. a LPP et de l'art. 5 al. 5 de son règlement de prévoyance.

8. a) La demanderesse se prévaut encore de l'art. 23 al. 1 let. b LPP. On ne trouve pas d'équivalent dans le règlement de prévoyance de la défenderesse, mais cette disposition s'impose pour déterminer si des prestations doivent être versées au titre de la prévoyance obligatoire. b) Aux termes de l'art. 23 al. 1 let. b LPP, les personnes qui, à la suite d'une infirmité congénitale, étaient atteintes d'une incapacité de travail comprise entre 20 et 40 % au début de l'activité lucrative et qui étaient assurées lorsque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité s'est aggravée pour atteindre 40 % au moins, ont droit à des prestations d'invalidité. c) La demanderesse a débuté son apprentissage en août 2007. Elle a présenté une incapacité de

travail de 50 % dès le mois d'avril 2010 et a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 28 octobre 2010. Elle a achevé son apprentissage en juin 2011 et a été engagée par son ancien patron d'apprentissage, dans la mesure de sa capacité de travail résiduelle. L'incapacité de travail a perduré et s'est même aggravée, jusqu'en 2014. A l'époque, la demanderesse n'était pas assurée en prévoyance professionnelle. L'OAI lui a alloué une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2012 au 30 juin 2013, une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2013 et une rente entière du 1^{er} janvier au 31 juillet 2014. On ne se trouve donc pas, en l'espèce, dans le cas d'une assurée présentant une incapacité de travail comprise entre 20 et 40 % au début de l'activité lucrative, et dont l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité se serait aggravée après le début de l'activité lucrative pour atteindre finalement 40 % au moins. La demanderesse ne peut rien tirer en sa faveur de l'art. 23 al. 1 let. b LPP. 9. Vu ce qui précède, la demande est mal fondée, sans qu'il soit nécessaire d'examiner plus avant la portée de la réserve formulée par la défenderesse. La demanderesse voit ses conclusions rejetées et ne peut pas prétendre de dépens (art. 55 al. 1 et 109 al. 1 LPA-VD). La procédure est gratuite (art. 73 al. 1 LPP) et la défenderesse, en sa qualité d'institution chargée de tâches de droit public, n'a pas non plus droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4).

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