

VD_GERICHTE ZI15.007294 vom 22. August 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZI15.007294

FR: VD_GERICHTE ZI15.007294 du 22 août 2017

IT: VD_GERICHTE ZI15.007294 del 22 agosto 2017

Erwägungen

E. 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

- 20 - 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

- 21 - 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.

- 22 - 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

- 23 - 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. [...] Finalement, 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 :

- 24 - "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 1er 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. _____

- 25 - 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 enclainte (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

- 26 - 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 1er 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 1er novembre au 30 octobre 2012 et d'une rente entière depuis le 1er novembre 2012. Elle a soutenu en substance

- 27 - 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 1er 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 1er 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

- 28 - 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 1er novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1er 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 1er novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1er 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, [...].

- 29 - Plus-Subsidiairement : 1. L'institution A. _____ Vorsorgestiftung est astreinte à verser à T. _____ une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1er novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1er 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 1er novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1er 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 1er novembre 2011 au 30 octobre 2012 et une rente entière à partir du 1er 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

- 30 - 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 pu être retenue, dès lors qu'elle avait été émise a posteriori, que le taux mentionné (50 %) était erroné puisqu'elle avait continué à travailler à 60 % dès le 1er 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

- 31 - 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 1er 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 1er 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.

- 32 - 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

- 33 - 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 1er 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).

- 34 - 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 confidentiels 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

- 35 - 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

- 36 - 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 1er 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).

- 37 - 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

- 38 - 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

- 39 - 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 perçoit 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.

- 40 - 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 demanderesse 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 1er 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

- 41 - 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 1er 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

- 42 - 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 1er 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 1er 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._____

- 43 - 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 1er 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 1er novembre 2011 puis une rente entière dès le 1er 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.

- 44 - 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.

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