

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 15 septembre 2011

Présidence de M. JOMINI

Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juge suppléant

Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

X._____, à Villariaz, demanderesse, représentée par Me Philippe Graf, avocat au service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés à Lausanne,

et

T._____, à Lausanne, défenderesse.

Art. 23 al. 1, art. 24 al. 1 LPP

E n f a i t :

A. **a)** X._____, née en 1958, a travaillé du 1^{er} mai 2001 au 28 février 2005 en qualité de collaboratrice administrative pour le compte du J._____. A ce titre, elle était affiliée pour la prévoyance professionnelle à la T._____.

b) Le 7 décembre 2005, X._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : l'office AI). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, celui-ci a recueilli différents renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée et de la G._____, assurance-accidents de l'employeur.

De cette documentation, il ressort qu'X._____ avait subi le 19 décembre 1995 une première intervention chirurgicale de l'épaule droite consistant en une suture-rétrécissement de la capsule articulaire postéro-inférieure. Le 26 octobre 2003, alors qu'elle se promenait en forêt, elle a chuté accidentellement, ce qui lui a occasionné une déchirure intramurale du tendon sus-épineux droit. Le 23 avril 2004, elle a subi une intervention chirurgicale consistant en une suture-réinsertion transosseuse avec doublure distale du tendon sus-épineux, une capsulorrhaphie postéro-supérieure et une acromioplastie droite. Présentant à la suite de cette intervention une déhiscence de l'insertion acromiale du muscle deltoïdien droit et partielle du tendon sus-épineux, l'assurée a subi le 3 septembre 2004 une nouvelle intervention chirurgicale qui a consisté en une suture-rétrécissement du tendon sus-épineux, une acromioplastie latérale et une réinsertion acromiale du muscle deltoïdien. Le résultat de ces deux dernières interventions n'étant pas satisfaisant, l'assurée a subi le 11 mars 2005 une troisième intervention chirurgicale consistant en une excision de la cicatrice cutanée, une mobilisation proximale sous-cutanée et sous-musculaire du deltoïdien et une réinsertion acromiale du muscle deltoïdien.

Procédant à la synthèse des renseignements collectés, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: le SMR) a considéré qu'X._____ avait présenté depuis 1995 des luxations récidivantes post-traumatiques de l'épaule droite, qui avaient été opérées à quatre reprises. Il persistait des douleurs invalidantes et une limitation fonctionnelle importante touchant l'élévation du bras. Il convenait de retenir une limitation de la force du membre supérieur droit ainsi que des mouvement d'abduction/adduction et antépulsion. Une activité adaptée, dans un plan horizontal au niveau du coude, était exigible, sans effort physique avec l'épaule et le bras droits, une position fréquemment assise avec alternance des positions compte tenu des douleurs scapulaire et du rachis (scoliose) surajoutées, avec des travaux variés pour éviter les gestes répétitifs. Il convenait de tenir compte d'une diminution de rendement de 30 % environ pour un temps plein dans l'activité adaptée du fait des douleurs et des limitations des mouvements de l'épaule (rapport du 27 février 2006).

Par la suite, le SMR a convié l'assurée à un examen clinique. Dans son rapport du 13 avril 2006, la doctoresse C._____ a précisé les limitations fonctionnelles, en ce sens qu'elles touchaient l'utilisation du membre supérieur droit au-dessus du plan de travail, le port de charges de plus de 3 kilos avec le membre supérieur droit et de plus de 5 kilos répétitifs avec le membre supérieur gauche, les activités répétitives avec les membres supérieurs. La capacité résiduelle de travail ne pouvait actuellement être supérieure à 2 heures par jour, soit 25 %. Compte tenu toutefois de l'épuisement rapide de l'effet antalgique des traitements, un horaire de deux heures ne pouvait être assuré en continu et sur une semaine entière. Une orientation vers une activité adaptée de secrétaire avec tâches variées respectant les limitations fonctionnelles à un poste équipé de façon ergonomique était préconisé, même si un travail à domicile permettrait d'optimiser la capacité résiduelle de travail. Dans le cadre d'une activité en entreprise, la capacité de travail était de deux fois une heure par jour.

Par décisions des 30 mai et 14 juillet 2006, l'office AI a reconnu à X._____ le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2005, fondée sur un degré d'invalidité de 80 %.

c) Le 8 décembre 2006, la T._____ a informé X._____ qu'elle avait été mise au bénéfice des prestations d'invalidité suivantes :

- invalidité temporaire de 50% du 01.04.2004 au 31.05.2004 ;
- invalidité temporaire de 100% du 01.06.2004 au 31.07.2004 ;
- invalidité temporaire de 50% du 01.08.2004 au 30.09.2004 ;
- invalidité temporaire de 100% du 01.10.2004 au 30.11.2004 ;
- invalidité temporaire de 50% du 01.12.2004 au 31.12.2004 ;
- invalidité temporaire de 100% du 01.01.2005 au 28.02.2005 ;
- invalidité définitive de 100% du 01.03.2005 au 31.03.2005 ;
- invalidité définitive de 80% dès le 01.04.2005.

X._____ n'a pas formé d'opposition à ce prononcé.

B. a) Le 15 août 2007, X._____ a informé la T._____ que des problèmes de santé étaient venus se greffer à ceux déjà existants et que sa capacité de travail était nulle depuis le mois d'octobre 2005.

b) Dans un rapport du 17 décembre 2007 établi à la demande du docteur K._____, médecin-conseil de la T._____, le docteur H._____, médecin traitant, a indiqué que le handicap causé par l'épaule droite, puis le pied droit avaient contribué à l'apparition d'une dysbalance, sa patiente s'appuyant plus du côté gauche pour compenser les pathologies du pied droit. De ce fait une coxarthrose était apparue à

gauche, laquelle avait été traitée par une plastie de réduction du toit acétabulaire, synovectomie et ostéoplastie de sphérisation de la hanche gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 23 octobre 2006.

c) Le 10 janvier 2008, la T. _____ a informé X. _____ que les prestations accordées étaient maintenues sans changement. Le 31 janvier suivant, la Caisse a précisé que la part de 20 %, pour laquelle elle ne touchait pas de prestations d'invalidité, donnait droit à une prestation de sortie d'un montant de 7'408 fr. ; X. _____ était invitée à faire part de ses intentions quant à la destination de ce montant.

d) Le 6 février 2008, X. _____ a sollicité de la T. _____ qu'elle réexamine la situation et prenne en charge provisoirement l'aggravation de son état de santé. Elle a expliqué que la relation causale entre les différents traumatismes survenus et la pathologie de sa hanche gauche lui paraissait vraisemblable.

e) Dans un rapport de synthèse du 19 mai 2008, le docteur K. _____ a estimé que les prestations allouées par la T. _____ à hauteur de 80 % ne devaient pas être modifiées. Selon son appréciation, l'incapacité de travail de 80 % définitive depuis le 1^{er} avril 2005 était en relation avec un problème situé à l'épaule droite, tandis que la nouvelle incapacité de travail de 100 % à compter du 23 octobre 2006 était reconnue en lien avec une « *prothèse totale de la hanche* » (*sic*). Pour le reste, il renvoyait à l'opinion du docteur H. _____, pour qui l'évolution de la prothèse de hanche était favorable, si bien qu'X. _____ devait pouvoir reprendre son activité professionnelle à 20 %.

f) Vu le désaccord sur l'existence de l'invalidité d'X. _____, le Conseil d'administration de la T. _____ a, conformément aux dispositions de l'art. 66 des Statuts, décidé de soumettre le cas à une commission médicale tripartite composée des docteurs H. _____ (assurée), A. _____ (caisse) et L. _____ (employeur).

Le 9 janvier 2009, la commission médicale, par l'intermédiaire du docteur A._____, a remis son rapport. Elle a retenu les diagnostics de séquelles fonctionnelles et douloureuses post-traumatiques de l'épaule droite, d'arthrose cervicale et de dysplasie de la hanche gauche. L'ensemble des lésions post-traumatiques et dégénératives expliquait une évolution continuellement progressive vers une incapacité fonctionnelle et un syndrome douloureux chronique persistant. L'assurée s'était soumise à de nombreuses opérations orthopédiques qui n'avaient pas permis de rétablir l'utilisation normale du membre supérieur droit. Le taux d'invalidité était de 80 % depuis le 1^{er} avril 2005 et de 100 % depuis le 23 octobre 2006. A la lumière de la complexité des lésions ostéoarticulaires et des différents traitements déjà entrepris, il semblait actuellement illusoire que l'assurée récupère une capacité de travail utile. La commission médicale estimait à l'unanimité qu'au regard de l'importance de l'atteinte ostéoarticulaire et de l'évolution globalement défavorable au cours d'une période d'observation de plus de cinq ans, les perspectives d'une réinsertion professionnelle étaient minimes. Elle estimait en conséquence que l'octroi de prestations d'invalidité était justifié.

Cette synthèse se fondait notamment sur le rapport établi le 12 novembre 2008 par le docteur H._____. Ce médecin mentionnait l'existence d'une incapacité de travail complète à compter du 23 octobre 2006 du fait des complications liées à la pathologie des hanches et à son traitement. Il précisait que l'aggravation orthopédique survenue au mois d'octobre 2006 en relation avec la pathologie de la hanche gauche et du pied droit rendait la patiente incapable d'assurer même un 20 % d'activité dans le secteur tertiaire.

Quant au docteur L._____, il a estimé, sur la base du rapport établi par le docteur H._____, que la situation de l'assurée semblait dépassée et qu'elle ne pourrait plus travailler (avis du 7 décembre 2008).

g) Après avoir pris connaissance du rapport de la commission médicale tripartite, la T._____ a informé le 3 mars 2009 X._____ qu'elle avait décidé de maintenir les prestations à 80 %. A son avis,

l'aggravation de l'invalidité était due à une affection différente de celle qui était à l'origine de l'incapacité de travail survenue au cours de l'affiliation à la Caisse. Etant donné que les liens de connexité matérielle et temporelle faisaient défaut, l'augmentation de l'invalidité n'était pas à la charge de la caisse.

C. **a)** Le 8 mai 2009, la T._____ a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un courrier d'X._____ du 21 mars 2009 comme objet de sa compétence.

Dans ledit courrier, X._____ informait la T._____ qu'elle faisait recours contre son prononcé du 3 mars 2009. Joint à ce courrier figurait une lettre du docteur H._____ du 20 mars 2009, dans laquelle celui-ci indiquait que dans les faits, sa patiente était restée à l'incapacité de travail à 100% du 10 mars 2005 au 18 juin 2006. La pathologie de l'épaule s'était répercutée à la ceinture scapulaire et avait provoqué une dysbalance dans la marche qui avait fait apparaître d'autres pathologies au pied et à la hanche droite. Le docteur H._____ estimait qu'il y avait donc connexité matérielle entre les divers problèmes orthopédiques présentés par sa patiente au cours du temps. Quant à la connexité temporelle, il relevait que sa patiente n'avait plus été en mesure de reprendre une activité professionnelle, même si entre la période du 19 juin 2006 au 18 juin 2007 elle avait présenté un degré d'incapacité médico-théorique de 80%. Il y avait donc continuité de pathologie, contrairement à l'argumentation développée dans le prononcé de la T._____ du 3 mars 2009.

b) Dans sa réponse du 2 juillet 2009, la T._____ a conclu au rejet de la demande et à ce que soit constaté qu'elle était fondée à refuser à X._____ l'octroi d'une invalidité supplémentaire de 20 %. En préambule, elle rappelait que la demanderesse avait été affiliée depuis le 1^{er} mai 2001 et jusqu'au 28 février 2005. L'invalidité supplémentaire de 20 % avait pris naissance le 23 octobre 2006, soit à une période où elle n'était plus affiliée à la T._____. S'agissant de l'existence d'un lien de connexité matérielle, cette condition n'était pas remplie. Dans son rapport

du 19 mai 2008, le docteur K._____ avait opéré une distinction nette entre l'incapacité de travail de 80 % définitive dès le 1^{er} avril 2005, laquelle était en relation avec un problème d'épaule droite, et l'incapacité de travail à 100 % dès le 23 octobre 2006, laquelle était en relation avec la pose d'une prothèse totale de la hanche gauche. Ce constat était par ailleurs confirmé par les conclusions de la commission tripartite, qui indiquaient que le taux d'invalidité de la demanderesse était de 80 % depuis le 1^{er} avril 2005 et de 100 % depuis le 23 octobre 2006. S'agissant de l'existence d'un lien de connexité temporelle, la T._____ relevait que tant l'office AI que le médecin traitant de la demanderesse avaient indiqué qu'elle disposait encore d'une capacité de gain résiduelle de 20 %, constat qu'elle n'avait pas remis en cause à l'époque. La demanderesse avait par ailleurs perçu des indemnités de chômage à compter du 1^{er} avril 2005. C'est le 15 août 2007, soit à la fin du droit aux prestations de l'assurance-chômage, qu'elle s'était retournée vers la T._____. Dans ces conditions, il était patent qu'une capacité de gain de plus de deux ans et l'absence de contestation à ce sujet dans le même délai permettaient de conclure à l'absence de connexité temporelle. La T._____ se référait pour finir au rapport du docteur H._____ du 12 novembre 2008, dans lequel ce médecin fixait très précisément les moments déterminants des différentes invalidités et n'évoquait aucun lien entre l'affection de l'épaule et de la hanche ou une aggravation de l'état de l'épaule ayant conduit à un problème de hanche. Ce rapport contrastait avec le courrier du même médecin du 20 mars 2009 joint à l'action de la demanderesse, duquel il ressortait désormais qu'elle avait été en incapacité de travail à 100 % du 10 mars 2005 au 18 juin 2006, que la pathologie de l'épaule s'était soudainement répercutée sur la hanche droite et que l'incapacité n'était plus une incapacité réelle de 80 %, mais une incapacité médico-théorique. Il convenait d'accorder une valeur probante réduite à ce revirement du médecin traitant, ce d'autant qu'il était membre de la commission tripartite. En résumé, force était de constater que la T._____ était fondée à refuser la demanderesse l'octroi de prestations d'invalidité supplémentaires de 20 %.

c) Dans sa réplique du 12 octobre 2009, X._____, désormais représentée par Me Philippe Graf, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 3 mars 2009 et à la reconnaissance d'une invalidité définitive de 100 % au-delà du 1^{er} avril 2005. Elle a précisé qu'elle n'avait jamais perçu d'indemnités de l'assurance-chômage à partir du 1^{er} avril 2005, puisqu'elle avait dû récupérer entre le 11 mars 2005 et le 18 juin 2006 d'une quatrième intervention chirurgicale à son épaule droite. Elle avait en revanche perçu des indemnités entre le 19 juin 2006 et le 18 juin 2008. De même, elle n'avait subi aucune opération de prothèse totale de la hanche gauche, mais une simple intervention en ambulatoire (synovectomie, plastie de réduction du toit acétabulaire, ostéoplastie de sphérisation de la jonction tête-col) et elle ne se plaignait pas de problèmes de hanche qui dépassaient la limite du supportable. Quant au rapport du docteur H._____ du 20 mars 2009, il ne constituait pas un revirement. Ce médecin relevait qu'elle avait subi le 11 mars 2005 une très lourde opération à son épaule droite qui n'avait conduit à aucune amélioration. C'était pour rectifier cette erreur objective que le docteur H._____ avait établi son rapport du 20 mars 2009. Ce rapport confirmait par ailleurs la teneur de précédents rapports établis les 17 décembre 2007 et 12 novembre 2008, singulièrement le fait que les problèmes d'épaule dont elle souffrait étaient à l'origine des problèmes subséquents de hanche et de dos et, partant, de l'invalidité supplémentaire qui en découlait.

d) Dans sa duplique du 12 novembre 2009, la T._____ a maintenu les conclusions prises antérieurement. A ses yeux, la situation se résumait de la manière suivante. Depuis le 1^{er} mars 2005, la demanderesse n'était plus affiliée à la T._____. Il lui avait été reconnu une incapacité de travail de 80 % dès le 1^{er} avril 2005 en raison d'une affection à l'épaule droite. A cette date, la demanderesse s'était inscrite auprès de l'assurance-chômage (en différant toutefois son droit aux prestations), ce qui confirmait son aptitude à exercer une activité lucrative. Fin octobre 2006, la hanche gauche de la demanderesse devint douloureuse et conduisit à l'intervention chirurgicale du 10 septembre

2007. La commission d'experts constituée pour examiner le cas était arrivée à la conclusion qu'il n'y avait ni connexité matérielle ni connexité temporelle entre l'affection de l'épaule et celle de la hanche.

e) Dans ses déterminations du 1^{er} février 2010, X._____ a précisé qu'elle avait été indemnisée par l'assurance-chômage du 19 juin 2006 jusqu'au mois de juin 2007. Cela étant, cela ne signifiait pas que le droit aux prestations coïncidait avec une aptitude à exercer une activité lucrative, dès lors que l'assurance-chômage était tenue de prendre provisoirement à sa charge les prestations dont la prise en charge par un autre assureur était contestée. De son côté, l'office AI avait renoncé à revoir son degré d'invalidité, dès lors que cela n'était pas susceptible d'avoir d'influence sur son droit à la rente. Ces deux éléments démontraient toutefois qu'il n'y avait aucune objection à formuler contre la reconnaissance d'une invalidité totale au-delà du 1^{er} avril 2005, puisqu'elle n'avait jamais recouvré une capacité de travail quelconque. Pour le reste, se référant à la documentation médicale versée au dossier, elle a souligné que si les problèmes de la hanche gauche étaient directement liés à l'atteinte à l'épaule droite, il n'en demeurait pas moins qu'elle était surtout limitée par un conflit scapulo-thoracique.

f) Dans ses déterminations du 11 mars 2010, la T._____ a estimé qu'il convenait d'écarter l'argumentation de la demanderesse, selon laquelle le fait d'être bénéficiaire d'indemnités de chômage ne coïncidait pas forcément avec une aptitude à exercer une activité lucrative. A son avis, il convenait de se référer à l'attestation de la caisse de chômage du 6 octobre 2009, selon laquelle « *l'assurée était considérée apte au placement à 20 %* ». Elle s'est étonnée par ailleurs que la demanderesse n'ait pas cherché à contester le point de vue de l'office AI ou insisté pour obtenir un réexamen de sa situation, alors même qu'elle était en litige au sujet de son degré d'invalidité.

g) Par écriture du 19 avril 2010, X._____ a brièvement répondu aux dernières déterminations de la T._____.

h) Le 6 mai 2010, la T._____ a informé la Cour de céans qu'elle renonçait à se déterminer sur l'ultime courrier de la demanderesse, celle-ci se bornant à répéter des éléments déjà connus des parties.

i) Le dossier AI a été versé au dossier de la présente cause et les parties ont eu la faculté de le consulter.

j) Le 4 juin 2010, Esther Compelo a estimé que le dossier AI confirmait la justesse et l'exhaustivité de ses écritures précédentes, si bien qu'elle n'avait rien à ajouter à ce stade de la procédure.

k) Le 10 juin 2010, la T._____ a également fait part de ses déterminations au sujet du dossier AI. Alors que la demanderesse ne cessait de contester l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 20 %, diverses pièces du dossier AI permettaient d'affirmer le contraire, soit qu'elle avait bénéficié de manière continue d'une capacité résiduelle de travail de septembre 2005 à janvier 2007.

l) Dans une ultime prise de position datée du 30 juin 2010, X._____ a indiqué que les pièces mentionnées par la défenderesse ne pouvaient en aucun cas renforcer sa position dans le cadre du litige, où tout n'était qu'appréciations médicales différentes d'une seule et même situation de fait, appréciations qui oscillaient, au gré des médecins consultés, entre 0 et 20 %. Dans ce contexte, les pièces citées par la défenderesse ne tendaient qu'à démontrer que, même aux yeux des médecins les plus optimistes, une aggravation de son état de santé avait progressivement eu lieu, aggravation quantifiée à 10 % entre septembre 2005 et septembre 2006. Dans ces conditions, il appartenait au juge saisi de trancher la question, avec ou sans le soutien d'un expert. Pour sa part, elle préconisait de suivre l'avis des médecins qui tenaient pour nulle la capacité résiduelle de travail et qui jugeaient cette nullité comme étant dans un rapport d'étroite connexité, tant matérielle que temporelle, avec l'incapacité de travail ayant résulté de l'accident survenu le 26 octobre 2003.

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 de la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité [LPP ; RS 831.40]).

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

c) L'acte introductif d'instance revêt la forme d'une action (ATF 115 V 224 et 239; 117 V 237 et 329 consid. 5d; 118 V 158 consid. 1, confirmés par ATF 129 V 450 consid. 2). Faute pour la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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 matière de prévoyance professionnelle, les institutions de prévoyance ne sont pas habilitées à rendre des décisions proprement dites. Lorsqu'un litige surgit au sujet de prétentions qu'elles font valoir envers des assurés ou qu'elles leur refusent, ce litige doit se résoudre par la voie d'une action devant le tribunal compétent, de façon analogue à un litige privé (ATF 115 V 228 consid. 2).

e) En l'espèce, la défenderesse a transmis à juste titre l'acte de la demanderesse à la Cour de céans. Déposé devant le tribunal compétent à raison du siège de la défenderesse, ce « *recours* », qu'il convient de convertir en action de droit administratif, est recevable à la

forme. Il y a lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr., la cause doit être tranchée par une cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 de la loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire [LOJV ; RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a *a contrario* et 109 al. 1 LPA-VD).

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

b) Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié au moment de la survenance de l'événement assuré; dans la prévoyance obligatoire, ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente de l'assurance-invalidité selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI (jusqu'au 31 décembre 2007, art. 29 al. 1 let. b LAI), mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité; les mêmes principes sont applicables en matière de prévoyance plus étendue, à tout le moins en l'absence de dispositions réglementaires ou statutaires contraires (ATF 123 V 262 consid. 1b).

c) La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est alors tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux

prestations au sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 136 V 65 consid. 3.1, 123 V 262 consid. 1a).

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

e) Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (arrêts B 32/05 du 24 juillet 2006 consid. 6.3 et B 93/02 du 3 mai 2004 consid. 3.1).

3. a) D'après l'art. 68 des Statuts de la T._____, les prestations de la Caisse sont révisées chaque fois que les conditions qui ont donné naissance à la pension d'invalidité (art. 58 et 61) se modifient. De plus, les prestations peuvent être réduites ou supprimées lorsque le pensionné

s'est partiellement ou totalement réadapté à la vie professionnelle et qu'il obtient durablement un gain équivalent à tout ou partie du traitement actuel de son ancienne fonction (al. 1). La Caisse ou le pensionné peut demander la révision des cas d'invalidité en tout temps mais au plus tard jusqu'à l'âge minimum de la retraite (al. 2).

b) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la capacité de travail de la demanderesse est désormais nulle. L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'aggravation de l'incapacité de gain survenue depuis le moment de l'octroi des prestations d'invalidité peut donner lieu à des prestations d'invalidité supplémentaires de la défenderesse. Il convient plus particulièrement d'examiner si la situation de la demanderesse résulte de l'aggravation de l'atteinte préexistante ou d'une nouvelle affection. La réponse à cette question dépend de l'appréciation de la documentation médicale versée au dossier. On relèvera à ce stade que les conclusions de la commission médicale tripartite (rapport du docteur A. _____ du 9 janvier 2009) ne sont d'aucune utilité pour la résolution du litige, les médecins consultés ne s'étant exprimés que sur la question de la capacité résiduelle de travail (non contestée en l'espèce).

c) Au fil des rapports qu'il a établi, le docteur H. _____ a mis en évidence l'existence de deux facteurs à l'origine de l'incapacité totale de travailler de la demanderesse, à savoir les problèmes de l'épaule droite et les douleurs au pied droit causés par une arthrose de Lisfranc (fracture et névrome). L'aggravation survenue sur le plan orthopédique rendait sa patiente incapable d'assurer même un 20 % dans le secteur tertiaire (rapport du 12 novembre 2008). Dans son rapport du 17 décembre 2007, le docteur H. _____ a expliqué plus précisément que la conjonction de ces deux problèmes avait contribué à l'apparition d'une dysbalance ; sa patiente devait plus s'appuyer du côté gauche pour compenser les douleurs au pied droit, ce qui avait entraîné l'apparition d'une coxarthrose (ou arthrose de la hanche) et de douleurs dorsales en lien avec une asymétrie de la cage thoracique (voir également les rapports de ce médecin du 11 juillet et 12 novembre 2008 ainsi que les rapports des docteurs [...] du 12 juillet 2008 et [...] du 28 août 2008, qui ont également

mentionné l'origine bifactorielle des troubles, soit l'épaule droite et les troubles statiques et dégénératifs). Si ce n'est un rapport du 20 mars 2009 établi par le docteur H. _____ à l'attention de la demanderesse pour lui servir dans le cadre de la procédure l'opposant à la défenderesse (et qu'il convient d'apprécier pour ce motif avec réserve), aucune pièce au dossier n'établit ou n'évoque, au plan médical, un lien quelconque entre l'atteinte au pied droit et les troubles à l'épaule droite. Au vu de l'ensemble des renseignements médicaux versés au dossier, il ne ressort pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un rapport de connexité entre l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité prise en charge par la défenderesse et l'aggravation de l'état de santé survenue subséquemment en 2006. Il semble bien plutôt que l'exacerbation d'un trouble dégénératif préexistant, à savoir l'arthrose de Lisfranc, et les conséquences de celle-ci sur les plans statiques et fonctionnelles, soient la cause de l'aggravation définitive de l'état de santé de la demanderesse. Il s'ensuit que la défenderesse ne doit pas répondre de l'aggravation de l'état de santé de la demanderesse.

d) Au vu de l'absence de lien de connexité matérielle entre l'incapacité de travail à l'origine de l'invalidité prise en charge par la défenderesse et l'aggravation de l'état de santé survenue subséquemment en 2006 (supra, consid. 3c), il n'y a pas lieu d'examiner l'existence d'un lien de connexité temporelle, ces critères étant cumulatifs pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations après la dissolution du rapport de prévoyance (supra, consid. 2d).

4. a) La demande formée par X. _____ à l'encontre de la T. _____ doit être rejetée.

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

c) Bien que la T. _____ obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de la demanderesse. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une

juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, y compris dans une procédure d'action en matière de prévoyance professionnelle, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 126 V 143 consid. 4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. La demande formée par X. _____ contre la T. _____ est rejetée.

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

- III. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

La greffière:

Du

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

- Me Philippe Graf, Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour Mme X. _____)
- T. _____
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :