

VD_FINDINFO AI 51/13 - 208/2016 vom 15. August 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_51_13_-_208_2016

FR: VD_FINDINFO AI 51/13 - 208/2016 du 15 août 2016

IT: VD_FINDINFO AI 51/13 - 208/2016 del 15 agosto 2016

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, MOYENNE, COMPARAISON EN POUR CENT, MÉTHODE EXTRAORDINAIRE D'ÉVALUATION, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 28a al. 1 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPG

Erwägungen

E. 4

Mme G. _____ s'occupait de la promotion des produits en Suisse Romande et gérait les revendeurs (magasins de meubles Design), les architectes, ...

E. 4.1

Tableau des comptes d'exploitation Voir Annexe 1 Nous avons examiné les données, de manière à disposer d'éléments pour l'analyse de la pertinence des revenus annoncés et des éléments de la contestation relative aux activités déployées. On observe que les documents transmis et les comptabilités établies, laissent planer certains doutes sur les revenus effectivement déclarés et sur les périodes dont il est question. Ainsi, et à l'allégué de l'obtention de revenus après 2 à 3 ans de l'activité déployée s'agissant des activités T. _____, devrait-on alors considérer que l'entreprise ayant été créée en 1999, les revenus retirés de ces activités en 1999 et 2000, fussent le fruit d'activités exercées entre 1997 et 1998 (époque où notre assurée n'a, selon son compte individuel, aucune cotisation enregistrée) ? Toujours selon les comptes transmis, on observe qu'en mars 2005, une entreprise [...] devient créancière au bilan 2004-2005 de plus de Sfr. 511'500.— en contrepartie d'immobilisations d'obligations de G. _____ (Q. _____ 1999-2029) pour Sfr. 161'500.—et de bons de participation de [...] pour Sfr. 350'000.--. On ignore les modalités, activités et l'organisation de ces sociétés, mais on relève que ces opérations interviennent avant le début indiqué dans le contexte de la maladie de l'assurée. Le fait que dès janvier 2006 (sur le vu de la comptabilité), plus aucune commission ne soit plus encaissée par Z. _____ pose alors la question soit du versement de celles-ci au sein d'une autre société (pour laquelle Mme G. _____ n'a plus été salariée au vu des pièces à disposition), soit parce que le contrat qui liait notre assurée avec T. _____ cessait à cette date (qui coïncide avec le départ à la retraite de son mari de l'entreprise T. _____, dans laquelle celui-ci disposait d'une fonction dirigeante), et contraste avec les informations de commissionnements rétroactifs, pour une activité antérieurement développée, toujours selon le conseil de notre assurée. Les remarques de notre rapport d'enquête de 2012 restent d'actualité relativement également à l'inscription au RC de la Société [...] (pour laquelle notre assurée a été gérante avec signature individuelle de 07.2005 à 12.2011 sans salaire déclaré, selon le décompte du compte individuel du 22.08.2012 transmis par la caisse, en date du 22.08.2012). Selon le RC, cette société était domiciliée à la même adresse que

l'entreprise [...] sàrl qui était, en 2005, devenue créancière de Z._____. Au vu de l'ensemble des éléments en notre possession, il s'avère par conséquent que tant l'appréciation des données économiques ou même la compréhension des liens de ces sociétés entre elles, échappent au soussigné, et ne permet pas d'apprécier l'impact des activités de notre assurée, sur sa rémunération. Ainsi, au vu de ces informations, il n'apparaît pas possible de pouvoir évaluer objectivement les revenus de notre assurée sur la base de la comptabilité présentée, des mouvements, et corrections opérées au fil du temps. S'agissant de la société Q._____, pour laquelle nous avons obtenu des comptes pour les années 2005-2006 à 2007-2008, elles sont le résultat des automates, qui représentaient entre 33% et 52 % des volumes de chiffre d'affaires réalisés par Z._____. Si cette activité a perduré jusqu'en 2007-2008, on peut clairement confirmer que le CA déclaré a diminué pour des raisons extérieures à l'affection de notre assurée ce qui avait été confirmé par celle-ci (conjoncture, âge des machines et coûts des réparations) sans que pour autant ces revenus (dès 2007) n'aient été déclarés à l'AVS, à tout le moins sur la base des documents et décomptes à disposition. Ainsi, au vu uniquement de ce pan de l'activité de l'assurée, on ne pouvait garantir qu'elle aurait pu en retirer les mêmes revenus même sans atteinte à la santé.

E. 5

Elle était commissionnée par T._____ sur la base du CA [chiffre d'affaires] facturé par T._____ à ces revendeurs.

E. 5.1

Relevé du CI [compte individuel AVS] Un nouvel extrait de CI a été sollicité de manière à vérifier si une correction a été opérée rétroactivement dans l'enregistrement des cotisations. De celui-ci ne figure que des cotisations enregistrées de janvier à mai 2013, pour Sfr. 10'415.--. Ces éléments contrastent donc avec des revenus réalisés dans le cadre de l'entreprise Q._____ a vec des revenus indépendants réalisés dès 2002 (et des cotisations AVS bien que comptabilisées dans les comptes transmis, pas enregistrées sur son compte individuel, donc à priori pas versées à la caisse de compensation), et posent par conséquent quelques interrogations, tant sur les comptes produits que sur les revenus déclarés. S'agissant des informations communiquées par le conseil, à savoir les salaires déclarés AVS sur la période contestée pour notre calcul, on renvoie aux pièces transmises par celui-ci qui ne font que confirmer ce qui précède. Si l'on devait, malgré tout privilégier le revenu ressortant des CI, à défaut d'autre possibilité, on devrait donc (en prenant la moyenne des 5 années des revenus déclarés précédant l'atteinte), retenir : Si l'atteinte remonte à janvier 2006 Moyenne revenus 2001-2005, soit Sfr. 101'656.-- Si atteinte remontant à janvier 2005 Moyenne revenus 2000 à 2004: Sfr. 104'868.-- 5. Conclusion, mesures de réadaptation L'analyse des éléments économiques transmis, les contradictions, ou l'absence de justifications quant aux éléments de l'activité et les rémunérations opérées ou réalisées dans le temps et leur corrélation sur le plan économique ou de cotisations rendent une appréciation objective tant des revenus avant atteinte, que des revenus après atteinte, impossible. L'absence d'éléments économiques, mais surtout de cotisations après 2005 est particulièrement étonnant aux dires du conseil de notre assurée, surtout au vu du mode de rémunération que celui-ci a expliqué (décalage entre activité et conseils et période de rémunération). Sur l'année 2005 (mars 2005, soit antérieurement à l'atteinte à la santé) des opérations financières surviennent dont on ne connaît pas l'implication et les orientations, si ce n'est que plus aucune commission ne sera facturée à Z._____ au-delà de décembre 2005, sans que pour autant, et à en croire son conseil, l'assurée ne puisse prétendre à des

rémunérations pour au moins deux, voire trois années passées à conseiller sa clientèle pour T._____, puisque selon les comptes Q._____, ne sont comptabilisées (sic) que les revenus des automates à peluches, qui ne font l'objet, sur la base des décomptes de cotisations d'aucun paiement de cotisations AVS). Dans une telle situation, l'administration s'est donc tournée vers la détermination d'un préjudice économique selon la méthode extraordinaire, appliquant ainsi les principes de la jurisprudence qu'elle a explicité selon son courrier du 19.12.2012. ». Sur la base de ces documents, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a expliqué s'en tenir à l'opinion du Dr P._____, qui suivait l'assurée à l'époque. Il rappelait avoir réinterrogé ce praticien et s'être fondé sur la réponse de celui-ci du 23 octobre 2009 pour estimer la capacité de travail depuis le printemps 2005. Du point de vue économique, l'intimé a constaté que, selon leur spécialiste, les pièces produites ne permettaient pas de modifier ses conclusions. La recourante s'est déterminée le 9 juin 2016. Elle a soutenu qu'il fallait privilégier l'appréciation des Drs N._____ et C._____ par rapport à celle du Dr P._____, qu'elle qualifiait de « sommaire ». S'agissant de l'aspect économique, elle persistait à considérer que ce n'était pas la méthode extraordinaire qui devait s'appliquer. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité depuis la fin du délai d'attente d'une année jusqu'au mois de février 2011, dès lors qu'elle a droit à une telle rente dès le 1^{er} mars 2011 en raison de son atteinte psychique. La recourante conteste d'abord la capacité de travail reconnue par l'intimé. Elle lui reproche d'avoir retenu l'avis du Dr P._____ et non celui du Dr R._____, son médecin généraliste. En procédure de recours, l'intéressée se prévaut également de l'avis du Dr N._____ qui la suit depuis janvier 2011 ainsi que de celui du Dr C._____. 3. 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 ; art. 4 al. 1 LAI). 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par 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 médicales soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 10 mai 2014 consid. 4.1). Selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. En l'espèce, le spécialiste en gastroentérologie qui suivait alors la recourante, le Dr P. _____, a estimé en novembre 2007 que l'intéressée pouvait travailler dans son activité habituelle avec une diminution de rendement de 20 à 30%. À la

même période, le Dr R. _____ faisait état d'une hépatite C chronique légèrement active dans son rapport du 30 novembre 2007 alors que plus d'un mois auparavant, le 4 octobre 2007, il avait attesté d'une hépatite C sévère. Il estimait que l'incapacité de travail était totale. Du point de vue cardiaque, le spécialiste consulté, le Dr S. _____, ne mentionnait pas d'incapacité de travail, indiquant le 11 décembre 2007 que la recourante était « assez bien du point de vue cardiaque ». A l'instar de l'intimé, il convient de suivre l'avis du Dr P. _____, spécialiste en gastroentérologie, au détriment de celui du Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de la recourante. Les conclusions du Dr P. _____ satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de force probante rappelés ci-dessus et il n'y a aucune raison de s'en écarter. En outre, compte tenu de sa spécialisation, ce praticien est manifestement plus à même de juger de l'impact de l'hépatite C sur la santé de la recourante. A l'inverse, l'appréciation du Dr R. _____ apparaît contradictoire dès lors qu'en l'espace de 2 mois, il atteste d'abord d'une hépatite C sévère, puis une hépatite C légèrement active. Le rapport du 29 février 2016 du Dr N. _____, également spécialiste en gastroentérologie, ne permet pas de remettre en cause la capacité de travail telle que définie par le Dr P. _____. L'appréciation du Dr N. _____ selon laquelle la recourante présente une incapacité de travail totale depuis début 2006 n'est pas convaincante dès lors qu'elle relève d'une évaluation rétroactive de la situation et n'est pas fondée sur une observation personnelle puisque ce médecin ne suit l'intéressée que depuis janvier 2011, ce qu'il relève d'ailleurs dans son rapport. En outre, on peut s'étonner du fait qu'un rapport de ce praticien n'ait été produit qu'en mars 2016, alors que le suivi avait débuté en janvier 2011 déjà, soit avant la décision querellée. Il en va de même du rapport du 4 mars 2016 du Dr C. _____. Ce praticien fait état d'une incapacité de travail totale depuis octobre 2010 pour raison psychiatrique, ce qui a déjà été reconnu par l'intimé et n'est pas contesté. En outre, son appréciation selon laquelle l'incapacité de travail totale « évoquée depuis 2005 par le médecin traitant [...] pour épuisement total physique et psychique » lui paraît « conforme selon toute vraisemblance à la vérité et a toujours été corroborée par les dires de la patiente » est insuffisamment explicitée et ne résulte pas d'une observation personnelle, de sorte qu'elle ne convainc pas. Il y a donc lieu de retenir qu'avant d'être en incapacité de travail totale depuis octobre 2010 en raison d'une atteinte psychiatrique, la recourante présentait une incapacité de travail de 20 à 30%, soit en moyenne 25%, depuis le printemps 2005 dans son activité habituelle réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

6. Les parties divergent également sur la méthode de calcul à adopter et sur les revenus à prendre en compte dans le cadre de l'évaluation du degré d'invalidité.

a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1 ; ATF 130 V 393 ; ATF 125 V 146 ; TF 9C_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

b) Pour la méthode générale de la comparaison des revenus, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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). Dans ce contexte, la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). La méthode générale de comparaison des revenus connaît deux sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). La méthode extraordinaire de l'évaluation de l'invalidité doit être appliquée lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus hypothétiques (avec et sans invalidité) provenant d'une activité lucrative (TF 9C_1057/2009 du 20 octobre 2010 consid. 5.1 et la référence citée). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il convient de s'inspirer de la méthode spécifique pour non actifs (art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), en procédant à une comparaison des activités et en évaluant le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1 et les références citées). Toutefois, lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C_947/2008 du 29 mai 2009). c) 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). Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). La jurisprudence a déduit de ces dispositions légales qu'une interaction existe en cas d'affection pathologique labile entre la naissance du droit à la rente, d'une part, et son étendue ainsi que les bases de calcul, d'autre part, même si des conditions différentes sont applicables. C'est ainsi qu'une incapacité de gain d'au moins 40% due à une affection labile n'entraîne pas la naissance d'un droit sans incapacité de travail préalable au moins équivalente pendant l'année qui précède. A l'inverse, une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année ne suffit pas à elle seule à créer un droit, mais doit pour cela être suivie d'une incapacité de gain au moins équivalente. Cela vaut pour tous les types de rente que définit la loi. Le degré moyen d'incapacité de travail pendant une année et l'incapacité de gain subsistant après la période d'attente doivent être cumulés et atteindre le degré minimum légal ouvrant droit à la rente (TFA I 632/05 du 25 octobre 2006 consid. 4.1 et les références citées). Selon le ch. 2018 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), le calcul de

l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente doit être effectué selon la formule « (A jours à X% d'incapacité de travail) + (B jours à Y% d'incapacité de travail) = 365 jours à 40% au moins d'incapacité de travail ». d) En l'espèce, l'intimé a procédé à trois enquêtes économiques pour aboutir à la conclusion qu'il n'était pas possible d'évaluer de manière fiable les revenus de la recourante, de sorte que la méthode extraordinaire devait s'appliquer. Il était en particulier relevé que la recourante était dans l'impossibilité de fournir une comptabilité claire de Z. _____ SA. Après avoir déclaré le 31 décembre 2009 ne pas pouvoir fournir l'ensemble de la comptabilité de cette société pour les années 1999 à 2005 tout en produisant celle des années 1999 à 2003, l'intéressée, figurant au RC comme administratrice et directrice de Z. _____ SA, a proposé dans son recours du 22 février 2013 de produire l'ensemble de la comptabilité. Ce n'est toutefois que le 10 mars 2016 qu'elle a produit les comptes de Z. _____ SA pour les années 2000 à 2007. Les comptes de Z. _____ SA comportent ceux de la société Q. _____. En outre, le dossier ne contient pas toutes les pièces comptables et fiscales des diverses sociétés auxquelles la recourante était liée. Certaines explications de l'intéressée ne sont par ailleurs pas corroborées par les documents à disposition. Elle a notamment exposé que les commissions pour son activité pour le compte de la société T. _____, exercée jusqu'à la fin de l'année 2005, n'étaient touchées que deux à trois ans après l'activité déployée. Or, dans ce contexte, on cerne mal pourquoi Z. _____ SA ne générait plus de commissions T. _____ au-delà du 31 décembre 2005. L'intéressée explique en outre que son fils n'a pas travaillé officiellement pour le compte de la société T. _____ avant l'année 2006, alors que les documents comptables révèlent qu'entre les années 1999 et 2006, des salaires et autres participations à des frais de véhicules ont été comptabilisés pour celui-ci. Dans ces conditions, on ne peut que constater que la situation économique de la recourante est floue et que les pièces comptables ne permettent pas d'établir de manière fiable ses revenus sans invalidité, de sorte que le choix de la méthode extraordinaire au lieu de la méthode ordinaire se justifiait. Cela étant, la recourante présentait, entre le printemps 2005 et le mois de septembre 2010, une incapacité de travail moyenne de 25% dans son activité habituelle, laquelle était réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. supra consid. 5). Dans ces circonstances et conformément à la méthode de comparaison en pour-cent, son degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. Il y a donc lieu de retenir que la recourante présentait un degré d'invalidité de 25% pour la période considérée, ce qui correspond au degré d'invalidité calculé par l'intimé selon la méthode extraordinaire. Son incapacité de travail totale dans toute activité a débuté en octobre 2011, ce qui n'est pas contesté. Conformément au calcul de l'invalidité moyenne opéré par l'intimé – lequel, vérifié d'office, n'est pas critiquable –, c'est à bon droit que la recourante s'est vu allouer un quart de rente du 1^{er} décembre 2010 au 28 février 2011, puis une rente entière dès le 1^{er} mars 2011. 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Enfin, au vu de l'issue du litige, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable

par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

E. 6

Elle percevait 4 % du CA facturé

E. 7

Elle ne facturait rien aux clients de T._____, pour lesquels elle faisait de la promotion et du conseil pour le compte de T._____.

E. 8

Le résultat de son travail pour T._____, entre la conception du mobilier de luxe, la fabrication et la livraison de ce mobilier, prenait deux à trois ans avant qu'il puisse y avoir une facturation aux revendeurs de la part de T._____ et par là-même la perception par Madame G._____ du 4% de la facture.

E. 12

[...], son fils, n'a pas travaillé officiellement avant l'année 2006 où il a remplacé sa mère malade.

E. 13

Et a parfois, à partir de l'automne 2004, accompagné occasionnellement sa mère dans ses activités de conseil pour la maison T._____. Tous les salaires versés, tant à G._____ qu'à [...], sont déclarés AVS. Remarque préliminaire : Si l'on se réfère à ces seules indications (particulièrement le point 8) , il semble donc très difficile de pouvoir considérer ou admettre que les revenus réalisés puissent par conséquent être attribués au travail réalisé sur l'année effective où le chiffre d'affaires est annoncé, et sur la base de cet élément d'explication du conseil de l'assurée, il est peu compréhensible que la société Z._____ ne génère alors plus de commissions T._____ au-delà du 31.12.2005, sur la base des comptes produits. Selon ce postulat, et face à une part d'activité qui ne déploie ses effets, qu'à posteriori, on ne pourrait qu'une fois de plus s'interroger sur la pertinence d'un RS basé sur les données effectives soit comptes et déclarations salariales, qui aux remarques du conseil en point 8 ne portent leurs effets qu'après deux ou trois ans. S'agissant enfin de l'allégué d'une activité du fils, avec une activité officielle uniquement dès 2006, on relèvera que dans la comptabilité, tant des salaires que des participations aux frais de véhicules ont été comptabilisées de 1999 à 2006 (entre Sfr. 13'000.—et Sfr. 26'000.--, pour les salaires et entre Sfr. 500.—et Sfr. 25'800.—pour les frais de véhicules), ce qui soit est un élément extérieur à la réelle marche de l'entreprise, soit correspond à des volumes réellement réalisés. On ajoute que certains décomptes salariaux font état de versement de tels montants, mais pas de déclarations AVS y relatives (cf documents transmis), ce qui peut poser la question des volumes travaillés et déclarés. Au vu de ce qui précède, et s'agissant des activités du fils de l'assurée, les explications données par le conseil ne correspondent pas aux données comptables transmises. 4. Données économiques

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