

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2016

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me François Tabin, avocat-conseil à Sierre,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1949, a déposé le 19 octobre 2007 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hépatite C et des arythmies cardiaques. Sur le plan professionnel, elle indiquait être salariée d'une société, Z. \_\_\_\_\_ SA, après avoir été représentante free-lance de 1986 à 2005.

Dans un rapport du 13 septembre 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, s'est référé à un rapport du Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2006, dont il ressortait que l'assurée souffrait de palpitations en rapport avec un bigéminisme ventriculaire.

Dans un rapport du 13 novembre 2007, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, a posé le diagnostic d'hépatite C chronique depuis 2000. Il a notamment fait état d'une fatigue chronique de l'assurée. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors était encore exigible avec une diminution de rendement de 20 à 30% et toute activité de bureau était envisageable et pouvait être exercée à raison de 6 heures par jour. Il indiquait que la motivation pour la reprise du travail était partielle.

Selon un questionnaire rempli par l'assurée le 20 novembre 2007, celle-ci a exposé que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% dans le domaine commercial par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un rapport du 30 novembre 2007, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic d'hépatite C résistante au traitement, chronique, légèrement active, et d'insuffisance cardiaque-respiratoire d'effort (BBG). Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que l'incapacité de travail s'élevait à 80%

dès le 18 juin 2007, après avoir été totale du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 30 juin 2006 puis de 90% jusqu'au 17 juin 2007. Selon lui, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité. Le 4 octobre 2007, ce médecin avait écrit à la Fondation institution supplétive LPP que l'assurée souffrait d'une hépatite C sévère qui, après quelques succès, s'était montrée résistante au traitement spécifique administré par le gastroentérologue traitant. Il avait relevé que des examens pratiqués au Centre hospitalier X. \_\_\_\_\_ en été 2006 n'avaient démontré aucune atteinte coronarienne expliquant la dyspnée et la fatigue de l'intéressée et qu'elle s'était littéralement effondrée en décembre 2005 et avait été contrainte d'abandonner son travail puis de démissionner de son poste en raison d'une fatigue extrême, précisant qu'il ne pensait pas qu'une nouvelle augmentation de la capacité de travail soit envisageable à court ou moyen terme.

Par lettre du 11 décembre 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assurée était « assez bien du point de vue cardiaque » et qu'elle se plaignait d'une fatigue arrivant dans le contexte entre autres d'une hépatite chronique.

Dans un rapport du 19 mars 2008, le Dr [...], spécialiste en chirurgie au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué que la capacité de travail exigible était de 70 à 80% dans toute activité. Il a relevé que dans le rapport à l'intention de l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_ faisait état d'une hépatite C résistante aux traitements, chronique et légèrement active alors que dans la lettre à l'institution supplétive, il faisait état d'une hépatite C sévère. Il remarquait que le Dr P. \_\_\_\_\_ admettait une diminution de rendement de 20 à 30% en raison d'une fatigabilité accrue.

**B.** L'OAI a mis en œuvre une enquête économique. Selon le rapport y relatif du 26 juin 2009, l'assurée avait une activité de représentante free-lance pour la société T. \_\_\_\_\_, active dans la vente de meubles. Dans ce cadre, elle a créé une société aux [...], Z. \_\_\_\_\_ Ltd, dont une succursale, Z. \_\_\_\_\_ SA, a été inscrite au Registre du

commerce (RC) en 1999 avec pour administratrice directrice, l'assurée. Celle-ci était également titulaire d'une raison individuelle non inscrite au RC, Q.\_\_\_\_\_. Par le biais de cette entité, l'intéressée plaçait des automates à peluches dans différents lieux publics. Il ressortait également de cette enquête que l'assurée n'avait aucune « rémunération salariale » auprès de T.\_\_\_\_\_, mais qu'elle touchait un pourcentage des affaires conclues, ce qui représentait entre 80 et 90% de ses revenus. Il était aussi précisé que la création de Z.\_\_\_\_\_ lui avait donné la possibilité de développer d'autres secteurs de vente correspondant à ses envies ou ses centres d'intérêt, qui représentaient entre 10 et 20% de ses revenus. Dans son activité de vente de meubles pour le compte de la société T.\_\_\_\_\_, l'assurée a mentionné qu'elle travaillait à 100% et que son activité était répartie à raison de 50% de bureau, contacts à domicile et 50% de déplacements (visites de revendeurs, clients, ...).

Selon les certificats de salaire au dossier, l'assurée a perçu de Z.\_\_\_\_\_ SA un salaire annuel brut de 118'245 fr. en 2001, 2002 et 2003, de 51'364 fr. en 2004 et de 102'182 fr. en 2005. Un extrait du compte individuel AVS de l'intéressée du 21 novembre 2007 indiquait les mêmes montants. L'enquête du 26 juin 2009 mentionnait que l'assurée avait réalisé un revenu de 51'091 fr. en 2005 et identique en 2006.

Une communication interne du 23 juillet 2009 a été rédigée comme suit par un collaborateur de l'OAI :

« Dès lors, nous pouvons considérer que l'activité de vente-représentation (technico-commercial) est adaptée au taux moyen de 75 % (les LF [limitations fonctionnelles] mises en évidence étant respectées). Selon enquête économique 2006, le revenu moyen peut être estimé à Sfr. 80'970.- à 100 % (après indexation à 2007), **soit un RI [revenu d'invalidé] de Sfr. 60'727.50 à 75 %**. En effet, Mme G.\_\_\_\_\_ a une large expérience professionnelle dans ce domaine avec de bons résultats de vente lorsqu'elle travaillait pour T.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de son âge (60 ans) et de son parcours professionnel, son activité de base demeure la meilleure solution qui soit pour actualiser un tel revenu.

Nous vous laissons soumettre à nouveau la situation au service des enquêtes pour indépendant, afin de définir clairement le RS [revenu sans invalidité] conformément à leur rapport du 26.06.09. ».

Dans un « complément d'enquête économique - Détermination du revenu sans atteinte (RS) » du 29 juillet 2009, il était écrit :

«

Année	Revenu brut Z.	Revenu brut Q.	Total brut
2001	Sfr. 118'245.--	Sfr. 10'800-10000 (amort) = 800.--	Sfr. 119'045.--
2002	Sfr. 118'245.--	Sfr. 10'800-6875 = Sfr. 3'925.--	Sfr. 122'170.--
2003	Sfr. 118'245.--	Cf comptes = 5175.--	Sfr. 123'420.--
2004	Sfr. 51'364.--	Cf comptes = 5800.--	Sfr. 57'164.--
2005	Sfr. 102'182.--	Cf comptes = 5800.--	Sfr. 107'982.--
<b>Moyenne (RS)</b>			<b>Sfr. 105'956.20</b>

Nous ne connaissons pas la situation comptable de l'entreprise Z.\_\_\_\_\_, et l'assurée ne nous a pas transmis les comptes selon notre demande. Nous n'avons aucune idée s'agissant du résultat comptable effectif de l'entreprise Z.\_\_\_\_\_, et il est vrai que si des pertes avaient été enregistrées, elles auraient dû être portées en déduction du revenu.

Cependant, au vu de la nature de l'entreprise (Succursale d'une entreprise étrangère) nous ne savons pas si les pertes sont absorbées par l'entreprise étrangère et s'il nous est possible d'exiger la production des comptes d'une telle nature juridique. Nous vous laissons le soin d'examiner la situation avec notre service juridique et fonction de leur réponse de solliciter ces documents par écrit à l'assurée.

**En conclusion, et sur la base des documents produits par l'assurée, nous retiendrons comme RS le montant de Sfr. 105'956.20.** (Il n'y a pas lieu d'indexer un tel montant qui est le fruit d'une activité indépendante selon les informations communiquées par l'assurée). ».

Faisant suite à une demande de l'OAI, l'assurée a répondu ce qui suit le 31 décembre 2009 :

« Suite à votre demande de pièces du 3 décembre, je suis au regret de ne pas pouvoir vous remettre les comptabilités de Z.\_\_\_\_\_ SA

des années 1999 à 2005, au motif que je n'ai jamais été ni actionnaire, ni propriétaire de cette société.

En tant qu'administratrice, j'ai annuellement signé les comptes annuels établis par la fiduciaire et, par bonheur, j'en ai retrouvé des copies pour certaines années. Je vous remets donc ci-joint ce qui est encore en ma possession (...couvrant les années 1999 à 2003).

Depuis que j'ai cessé mes activités, je n'ai plus de documents comptables et des comptes n'ont plus été établis à ma connaissance.

Pour combler cette lacune, j'ai demandé à la Caisse Centrale AVS un extrait de mon compte que je vous remets ci-joint.

L'activité essentielle de Z.\_\_\_\_\_ a consisté à être agent commercial commissionné de T.\_\_\_\_\_ AG et peut-être serait-il possible d'obtenir des listes des commissionnements permettant de reconstituer le chiffre d'affaires de commissions T.\_\_\_\_\_ ? Ce, dans la mesure où cela peut vous être utile. ».

Une nouvelle enquête économique pour les indépendants a été effectuée et le rapport y relatif du 7 juin 2010 se concluait ainsi :

« Le[s] données transmises par l'assurée ne sont pas exploitables concrètement, et ne nous permettent pas de pouvoir confirmer que le revenu de l'assurée aurait pu économiquement justifier une rémunération telle celle qui a été déclarée à l'AVS depuis 1999.

Au vu des documents qui se sont ajoutés à ceux que nous possédions lors de l'enquête initiale, il nous paraît que l'entreprise Z.\_\_\_\_\_ a connu une diminution de son volume d'affaires, et qu'une rémunération telle celle qui était versées (sic) dès 2000, n'aurait probablement pas pu se maintenir sur le long terme, et ce en nous référant aux données comptables produites par l'assurée et la déclaration de survenance des troubles selon les dernières données médicales à disposition.

S'agissant de la détermination de la part d'activités déployées par notre assurée (comparaison des champs d'activités, tableau A cf annexe), elle s'est fondée sur les indications données par celle-ci dans ses activités actuelles, dans le cadre des activités de l'entreprise Q.\_\_\_\_\_. Nous avons déterminé sur le tableau B, une pondération identique, mais en retenant une diminution de l'ordre de 25 %, ainsi qu'elle est attestée dans les pièces médicales les plus récentes au dossier.

Nous avons complété le tableau de la précédente enquête de la méthode extraordinaire (annexe 4) avec une pondération en relation avec une exigibilité de 75% ainsi qu'elle a été retenue médicalement, ceci afin de fixer le préjudice économique selon la méthode extraordinaire selon la demande du service juridique.

Une telle approche donne un préjudice économique de 25%. ».

En annexe à ce document, figuraient notamment les tableaux récapitulatifs suivants, relatifs à la comparaison des champs d'activité et à l'évaluation extraordinaire selon l'exigibilité médicale :

«

**Enquête économique : annexe 3, Comparaison des champs d'activité**

**A Selon informations collectées lors de l'enquête initiale**

	Champ d'activité	Heures hebdo sans handicap	Pondération sans handicap (en %)	Heures hebdo avec handicap	Rendement estimé avec handicap	Capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	Capacité de travail pondérée	Commentaires Précision de la limitation
1	Travail administratif (sédentaire à domicile)	25	50.0%	5.0	100%	20%	10.0%	
2	Déplacements (représentation, clients, fournisseurs)	25	50.0%	10.0	100%	40%	20.0%	
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>15.0</b>			<b>30.0%</b>	

**B Selon exigibilité médicale 20-30% de diminution de la capacité**

	Champ d'activité	Heures hebdo sans handicap	Pondération sans handicap (en %)	Heures hebdo avec handicap	Rendement estimé avec handicap	Capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	Capacité de travail pondérée	Commentaires Précision de la limitation
1	Travail administratif (sédentaire à domicile)	25	50.0%	18.8	100%	75%	37.5%	données médicales
2	Déplacements (représentation, clients, fournisseurs)	25	50.0%	18.8	100%	75%	37.5%	données médicales
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>37.5</b>			<b>75.0%</b>	

**Evaluation extraordinaire selon exigibilité médicale (ANNEXE 4)**

	Activités	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Salaire théorique mensuel	Salaire théorique annuel	Revenu sans handicap	Revenu avec handicap
1	Travail administratif	50.0%	37.5%	SFr. 6'566	SFr. 78'792	SFr. 39'396	SFr. 29'547
2	Déplacements	50.0%	37.5%	SFr. 6'566	SFr. 78'792	SFr. 39'396	SFr. 29'547
	<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>75.0%</b>			<b>SFr. 78'792</b>	<b>SFr. 59'094</b>

Revenu sans atteinte à la santé (RS brut)	78792
Revenu d'invalidé (RI brut)	59094
Préjudice économique	19698
Taux d'invalidité	25.00%

».

S'agissant de l'application de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, l'enquêteur a retenu ce qui suit :

« Selon avis du service juridique, si nous devons appliquer la méthode extraordinaire, et selon la pondération retenue lors de l'enquête initiale, nous appliquerons un salaire statistique relevant du TA7 2006, rubrique 26 (achat et vente de produits de base et d'équipements), nous retiendrions le niveau 1+2, ce qui, au vu d'un salaire mensuel de Sfr. 6566.—, soit annuellement de Sfr. 78'792.--. Ces données sont proches des données retenues par la division réadaptation dans sa note du 23.07.2009. L'année 2006 a été

retenue dès lors que la survenance a été établie au printemps 2005, selon les dernières pièces médicales à disposition. ».

**C.** Dans un projet de décision du 9 août 2010, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de lui refuser l'octroi d'une rente invalidité au motif que le degré d'invalidité était de 25%. La motivation de ce projet était la suivante :

« Suite aux investigations médicales que nous avons entreprises et après renseignements pris auprès du Dr P. \_\_\_\_\_, il est retenu une incapacité de travail de 20 à 30 % dans votre activité habituelle et ceci depuis le printemps 2005.

Selon l'enquête qui a été effectuée, vous avez exercé durant la quasi-totalité de votre carrière professionnelle, des activités liées à la vente, notamment avec une entreprise de meuble T. \_\_\_\_\_.

En 1999, pour des raisons administratives et fiscales, vous avez créé la société Z. \_\_\_\_\_, qui vous permet de vous consacrer à votre ancienne activité, mais également à d'autres mandats. A la survenance de vos problèmes de santé vous n'avez plus été en mesure de poursuivre l'exploitation de votre activité antérieure, raison pour laquelle vous avez été contrainte de cesser celle-ci.

D'autre part vous indiquez que vous ne vous estimez plus capable de travailler plus de 2 demi-journées par semaine et vous ne voyez pas comment vous pourriez trouver une activité mieux adaptée.

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)).

Cependant, il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Les données comptables que vous nous avez remises ne nous permettent pas de déterminer objectivement le revenu sans invalidité de manière fiable.

Toutefois, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer de manière fiable les revenus à comparer le taux d'invalidité sera déterminé selon la méthode dite extraordinaire. Le taux d'invalidité est établi de la manière suivante.

Il faut tout d'abord effectuer une *comparaison des champs d'activités*. Il convient d'établir quelles sont les activités que la personne assurée pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps elle pourrait les accomplir. Il y a

également toujours lieu d'examiner dans quelle mesure il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines des tâches qu'elle accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont elle souffre.

	Champ d'activité	heures hebdo sans handicap	pondération sans handicap (en %)	heures hebdo avec handicap	rendement estimé avec handicap	capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	capacité de travail pondéré
1	travail administratif (sédentaire à domicile)	25	50.0 %	18.8	100 %	75 %	37.5 %
2	déplacements (représentation, clients, fournisseurs)	25	50.0 %	18.8	100 %	75 %	37.5 %
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>37.5</b>			<b>75.0 %</b>

Ensuite, il s'agira de pondérer les activités en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une *comparaison des revenus*.

	Activités	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Salaire théorique mensuel	Salaire théorique annuel	Revenu sans handicap	revenu avec handicap
1	Travail administratif	50.0 %	37.5 %	Sfr 6'566.-	Sfr 78'792.-	Sfr 39'396.-	Sfr 29'547.-
2	Déplacements	50.0 %	37.5 %	Sfr 6'566.-	Sfr 78'792.-	Sfr 39'396.-	Sfr 29'547.-
	<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>75 %</b>			<b>Sfr 78'792.-</b>	<b>Sfr 59'094.-</b>

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité CHF 78'792.00

avec invalidité CHF 59'094.00

La perte de gain s'élève à CHF 19'698.00 = un degré d'invalidité de 25 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

La demande est rejetée. ».

Par courriers des 21 août et 7 septembre 2010, complétés le 30 mars 2011, l'assurée, représentée par Me François Tabin, a présenté des objections à l'encontre du projet précité. Elle était d'avis qu'il fallait se fonder sur les rapports du Dr R. \_\_\_\_\_, et non sur ceux du Dr P. \_\_\_\_\_, pour estimer sa capacité de travail. Elle a également contesté le mode de calcul choisi par l'OAI pour déterminer son taux d'invalidité.

Dans une attestation du 25 mars 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin praticien traitant l'assurée depuis le 10 novembre 2010, a estimé

que sa patiente était en incapacité de travail totale du 10 novembre 2010 au jour du certificat. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans caractéristiques psychotiques.

Le 6 juillet 2011, la Dresse [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au SMR, a procédé à un examen clinique psychiatrique de l'assurée. Son rapport du 27 juillet 2011 exposait notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
  - ÉPISODE DÉPRESSIF MOYEN AVEC SYNDROME SOMATIQUE.  
F 32.11
- ***sans répercussion sur la capacité de travail***
  - AUCUN.

**APPRÉCIATION DU CAS**

Notre assurée, âgée de 62 ans, souffre depuis 2000 d'une hépatite C chronique, une insuffisance respiratoire et en décembre 2005, elle se décrit comme effondrée et obligée d'arrêter son activité professionnelle en raison d'une importante fatigue. Le 27.11.2006, le Dr [...], médecin adjoint au Centre hospitalier X.\_\_\_\_\_, lui diagnostique également un bigéminisme ventriculaire réfractaire à un traitement de Tambocor® et Concor® 5mg/jour. Progressivement, l'assurée développe une symptomatologie anxio-dépressive à bas-bruit et qui ne nécessite pas de prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière.

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer de son mari qui a dû être placé dans un EMS [établissement médico-social] à [...], de plus en plus fatiguée, épuisée, repliée sur elle-même, l'état de l'assurée s'aggrave en octobre 2010 et elle développe un épisode dépressif sévère, objectivé par son médecin-traitant, le Dr V.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 25.03.2011.

Son état nécessite pour la 1<sup>ère</sup> fois une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre à [...] et également un soutien psychothérapeutique auprès de la Dresse [...], psychiatre au Centre de psychogériatrie de la Fondation [...].

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique qui est caractérisé par la présence des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité associés aux quatre autres symptômes dépressifs suivants : diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de dévalorisation, une attitude

pessimiste, négative face à l'avenir et des troubles du sommeil. Selon la CIM-10, un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères. Dans le cas de notre assurée, la symptomatologie dépressive est accompagnée d'une importante fatigue et d'un effondrement des ressources d'adaptation aux changements, d'où un pronostic défavorable. L'assurée a épuisé toutes ses ressources et actuellement, sa capacité de travail exigible est de 0% dans toute activité.

### ***Limitations fonctionnelles***

Fatigue, tristesse, angoisse, repli sur soi, effondrement des ressources d'adaptation aux changements.

### ***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?***

L'assurée présente une incapacité de travail à 100% du 01.01.2006 au 30.06.2006. A 90% du 01.07.2006 au 17.06.2007 et à 20-30% depuis le 18.06.2007.

### ***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

Sur le plan psychiatrique, depuis octobre 2010, date de l'aggravation de son état, l'assurée présente une incapacité de travail à 100% dans toute activité.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'état de l'assurée s'aggrave en octobre 2010 et depuis lors, sa capacité de travail exigible est de 0% dans toute activité, objectivée à l'examen clinique de ce jour.

## **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 0 %

DEPUIS LE : OCTOBRE 2010, DATE DE L'AGGRAVATION DE SON ETAT. ».

Une nouvelle analyse économique a eu lieu et le rapport de l'enquêteur du 12 juillet 2012 se terminait comme suit :

### **« 2. Application de la méthode extraordinaire**

L'évaluation selon la méthode ordinaire de comparaison implique ou impose que nous disposions de tous les éléments économiques de l'entreprise, nous permettant de manière fiable complète et cohérente, de mesurer l'impact et le volume effectif des activités de

l'entreprise, tant antérieurement à l'atteinte, que postérieurement à celle-ci.

Dans les cas d'entreprises multiples, qui ventilent des recettes ou revenus dans l'une ou l'autre société, il s'agit de pouvoir analyser les comptes de ces sociétés, de manière à tenter de chiffrer l'incidence ou la non incidence d'une atteinte à la santé, ou d'événements extérieurs, susceptibles de modifier les revenus tant antérieurement que postérieurement à l'atteinte à la santé.

(S'agissant de l'application pratique ou de la possibilité d'obtenir la comptabilité d'une succursale on rappelle que l'assurée en tant que directrice et administratrice, a la responsabilité des activités de la succursale et qu'à ce titre si elle signe les comptes de la succursale, elle en répond. On a par conséquent du mal à saisir pourquoi les comptes de dite succursale ne peuvent nous être transmis intégralement, ce d'autant que selon le RC, notre assurée en est toujours l'administratrice et la directrice)

Outre donc cette interrogation relative à la non possibilité de nous faire parvenir des comptes de sa société, il est également étonnant de ne pas disposer des comptes Q.\_\_\_\_\_ postérieurs ou de voir inscrites, postérieurement à 2006, des cotisations AVS.

Selon les documents transmis (décomptes T.\_\_\_\_\_), on remarque que les décomptes de commissions ont été adressés à l'entreprise T.\_\_\_\_\_ AG à Monsieur [...] jusqu'en octobre 2005. Dès décembre 2005, adressé[s] à l'attention d'une autre personne, puis, plus d'activité c/o T.\_\_\_\_\_.

Après interrogation du RC on remarque que de 1994 à tout le moins mais jusqu'au 30.11.2005, [...] originaire de [...] (mari de l'assurée) dispose d'une procuration collective à deux. On peut donc conclure qu'il disposait d'une position importante au sein de cette entreprise. S'agissant de la cessation de son inscription, elle coïncide avec l'accomplissement de son 65 ème anniversaire le 5.12.2005.

On ne peut par conséquent que relever que dès cette date, les activités avec T.\_\_\_\_\_ cessent et que depuis lors, Q.\_\_\_\_\_ devient active. On relève également qu'en janvier 2006, le fils de l'assurée (qui travaillait avec celle-ci) crée une société simple (cf annexe), dans laquelle il est fait mention d'activités relatives au commerce dans le mobilier de bureau et de l'ameublement.

**Pour compliquer encore quelque peu les éléments non mentionnés, on relève que notre assurée est devenue, en juillet 2005, gérante avec signature individuelle de la Sàrl [...] sàrl, activité ou société dont celle-ci n'avait pas fait état lors de notre entretien. Dès lors qu'elle est seule à disposer de la signature, on peut attendre qu'elle soit soit salariée, soit intéressée au bénéfice.**

Sur le vu de ce qui précède, et malgré nos demandes de documents, on peut se questionner sur la réelle volonté de nous fournir des données concrètes économiques des activités déployées, tant antérieurement que postérieurement à l'atteinte à la santé, de leur

volume en proportion et des personnes qui, effectivement les ont réalisées.

Ainsi, les derniers développements et documents obtenus nous confortent dans l'impossibilité, de pouvoir procéder en l'état à une comparaison des revenus, et ainsi que le précise la jurisprudence, si trop d'éléments interfèrent et ne permettent pas une comparaison fiable des revenus, on privilégiera l'approche de la méthode extraordinaire.

Dans le cadre de notre enquête initiale, la pondération des champs d'activité (moitié-moitié entre démarchage sur le terrain et travail de bureau) avait été effectuée avec l'assurée.

Le SMR n'ayant pas modifié sa position s'agissant de la CT [capacité de travail] depuis 2006, mais considérant qu'une aggravation en octobre 2010 rend toute activité irréalisable, les chiffres de la méthode extraordinaire peuvent être retenus pour chiffrer le préjudice (25%) et une invalidité moyenne calculée pour déterminer le droit potentiel à un quart de rente, puis à une rente entière dès lors que dès octobre ou novembre 2010, le préjudice économique peut être considéré comme total.

### **3. Conclusion**

Il semble difficile de retenir la méthode ordinaire pour chiffrer le préjudice, raison pour laquelle (multiplicité de facteurs non liés exclusivement à l'atteinte à la santé) l'approche selon la méthode extraordinaire nous paraît pouvoir être retenue.

En cas de nouvelle contestation s'agissant de la méthode de calcul, nous estimons nécessaire d'exiger la production des comptabilités (Bilan et Perte[s] et Profits) de toutes les entreprises dans lesquelles Madame G. \_\_\_\_\_ exerce ou exerçait gérance, ainsi que de ses déclarations fiscales personnelles complètes pour les années 2007 à 2011, ainsi que les décisions de taxation pour les années 2006 à ce jour. A ces documents, on sollicitera également production des déclarations de salaires AVS pour l'ensemble du personnel des sociétés dont elle est gérante ou directrice et administratrice.

Sans l'ensemble de ces documents, une tentative d'analyser le préjudice par la méthode ordinaire s'avérera tout simplement impossible. ».

Selon un avis juriste de l'OAI du 24 juillet 2012, les différentes pièces comptables et fiscales versées au dossier ne permettaient pas de déterminer avec une précision suffisante l'ensemble des activités déployées par l'assurée ainsi que le revenu qu'elle aurait pu obtenir sur le marché de travail si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Pour toutes ces raisons, l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus n'était pas possible, de telle sorte que le taux d'invalidité devait être déterminé sur la base de la méthode extraordinaire tel qu'effectué

dans l'enquête économique du 7 juin 2010. Ensuite, le juriste expliquait qu'il convenait de procéder à un calcul de l'invalidité moyenne et qu'ainsi, avec 73 jours à 100% et 292 jours à 25%, l'invalidité atteignait 40% en moyenne durant une année le 12 décembre 2010. Dès lors, il fallait reconnaître à l'assurée le droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> décembre 2010 au 28 février 2011 puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2011.

Dans un nouveau projet de décision du 8 août 2012, l'OAI, se fondant sur l'avis juriste précité, a informé l'assurée qu'il se proposait de lui octroyer un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2011.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a expliqué que sur le plan somatique, il s'était fondé sur les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, plutôt que sur celles du Dr R.\_\_\_\_\_, généraliste, moins motivées et pas toujours cohérentes ; il retenait ainsi une capacité de travail de 75% jusqu'au 30 septembre 2010 et maintenait un préjudice économique de 25%. Il a précisé que sur le plan économique, les arguments et les pièces produites par l'assurée ne modifiaient pas sa position. Il a expliqué que les différentes pièces comptables et fiscales versées au dossier ne lui permettaient pas de déterminer avec une précision suffisante l'ensemble des activités déployées par l'intéressée ainsi que le revenu qu'elle aurait pu obtenir sur le marché de travail si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Pour ces raisons, l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus n'était pas possible, de telle sorte que le taux d'invalidité devait être déterminé sur la base de la méthode extraordinaire tel qu'effectué dans l'enquête économique du 7 juin 2010. En conséquence, le taux d'invalidité de 25% retenu dans le précédent projet de décision devait être confirmé.

Le 5 septembre 2012, l'assurée a de nouveau formulé des objections, réclamant l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus et se prévalant de l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, alors que l'OAI s'était fondé sur celui du Dr P.\_\_\_\_\_.

L'OAI lui a écrit le 19 décembre 2012 que sur le plan médical, la principale atteinte à la santé dont elle souffrait jusqu'à l'apparition de troubles thymiques en octobre 2010 était une hépatite C et qu'il était dès lors évident que dans cette situation, le mieux à même de juger de la capacité travail était le spécialiste, soit le Dr P.\_\_\_\_\_. Sur le plan économique, l'OAI a rappelé que l'évaluation de l'invalidité était effectuée dans la mesure du possible selon la méthode générale de comparaison des revenus mais que lorsqu'il n'était pas possible de déterminer directement de manière fiable les revenus à comparer, le taux d'invalidité était déterminé selon la procédure extraordinaire d'évaluation. Il remarquait qu'il résultait des enquêtes pour indépendant des 7 juin 2010 et 12 juillet 2012 que les éléments à disposition n'étaient pas suffisants pour déterminer avec une précision suffisante l'ensemble des activités déployées par l'assurée ainsi que le revenu qu'elle aurait pu obtenir à long terme sur le marché du travail si elle n'avait pas été atteinte dans un santé. Il relevait également que des éléments étrangers à l'invalidité avaient pu avoir une influence non négligeable sur les résultats d'exploitation, notamment s'agissant de l'influence du fils de l'intéressée, pour lequel des salaires avaient été déclarés entre 1999 et 2004. Il en concluait que les arguments de l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question le projet de décision qui devait être intégralement confirmé.

Le 24 janvier 2013, l'OAI a rendu une décision octroyant à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2011, selon la motivation suivante :

**« Résultat de nos constatations :**

Par votre demande de prestations AI du 22 octobre 2007 vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales que nous avons entreprises et après renseignements pris auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, il est retenu une incapacité de travail de 20 à 30% dans votre activité habituelle et ceci depuis le printemps 2005.

Selon l'enquête qui a été effectuée, vous avez exercé durant la quasi-totalité de votre carrière professionnelle, des activités liées à la vente, notamment avec une entreprise de meuble T.\_\_\_\_\_.

En 1999, pour des raisons administratives et fiscales, vous avez créé la société Z.\_\_\_\_\_, qui vous permet de vous consacrer à votre ancienne activité, mais également à d'autres mandats. A la survenance de vos problèmes de santé vous n'avez plus été en mesure de poursuivre l'exploitation de votre activité antérieure, raison pour laquelle vous avez été contrainte de cesser celle-ci.

D'autre part vous indiquez que vous ne vous estimez plus capable de travailler plus de 2 demi-journées par semaine et vous ne voyez pas comment vous pourriez trouver une activité mieux adaptée.

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que la personne invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre d'elle est comparé au revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide. La perte de gain qui en résulte détermine le degré d'invalidité en pour cent (art. 16 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

Cependant, il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, qu'une activité raisonnablement exigible soit effectivement exercée ou non.

Les données comptables que vous nous avez remises ne nous permettent pas de déterminer objectivement le revenu sans invalidité de manière fiable.

Toutefois, lorsqu'il n'est pas possible de déterminer de manière fiable les revenus à comparer le taux d'invalidité sera déterminé selon la méthode dite extraordinaire. Le taux d'invalidité est établi de la manière suivante.

Il faut tout d'abord effectuer une *comparaison des champs d'activités*. Il convient d'établir quelles sont les activités que la personne assurée pourrait exercer avec et sans atteinte à la santé, et dans quel laps de temps elle pourrait les accomplir. Il y a également toujours lieu d'examiner dans quelle mesure il lui serait possible de réduire sa perte de gain, en substituant à certaines des tâches qu'elle accomplissait auparavant d'autres tâches, mieux adaptées au handicap dont elle souffre.

	Champ d'activité	heures hebdo sans handicap	pondération sans handicap (en %)	heures hebdo avec handicap	rendement estimé avec handicap	capacité de travail résiduelle avec handicap (en %)	capacité de travail pondéré
1	travail administratif (sédentaire à domicile)	25	50.0 %	18.8	100 %	75 %	37.5 %
2	déplacements (représentation, clients, fournisseurs)	25	50.0 %	18.8	100 %	75 %	37.5 %
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>	<b>37.5</b>			<b>75.0 %</b>

Ensuite, il s'agira de pondérer les activités en appliquant à chaque activité le salaire de référence usuel dans la branche. On peut ainsi déterminer le revenu d'une personne non invalide et le revenu d'invalide et effectuer une *comparaison des revenus*.

	Activités	Pondération sans handicap	Pondération avec handicap	Salaire théorique mensuel	Salaire théorique annuel	Revenu sans handicap	revenu avec handicap
1	Travail administratif	50.0 %	37.5 %	Sfr 6'566.-	Sfr 78'792.-	Sfr 39'396.-	Sfr 29'547.-
2	Déplacements	50.0 %	37.5 %	Sfr 6'566.-	Sfr 78'792.-	Sfr 39'396.-	Sfr 29'547.-
	<b>Total</b>	<b>100 %</b>	<b>75 %</b>			<b>Sfr 78'792.-</b>	<b>Sfr 59'094.-</b>

**Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :**

sans invalidité CHF 78'792.00

avec invalidité CHF 59'094.00

La perte de gain s'élève à CHF 19'698.00= un degré d'invalidité de 25 %

Suite à un examen clinique psychiatrique qui a été effectué auprès du service médical régional en date du 6 juillet 2011, il ressort que votre état de santé s'est aggravé depuis le mois d'octobre 2010 et qu'à partir de cette date vous subissez une incapacité totale de travail dans toute activité.

La rente octroyée à l'ouverture du droit est déterminée en fonction du taux d'incapacité de travail pendant le délai d'attente et de l'incapacité de gains à l'échéance de ce délai.

Durant le délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail atteint 40 % en moyenne (292 jours à 25 % et 73 jours à 100 %) le 12 décembre 2010.

Ensuite, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2011 ce quart de rente sera remplacé par une rente entière soit après un délai de 3 mois prévu à l'article 88 a, al. 2 RAI fondé sur un taux d'invalidité de 100 %.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Dès le 1<sup>er</sup> décembre 2010 vous avez droit à un quart de rente, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2011. ».

**D.** Par acte du 22 février 2013, G.\_\_\_\_\_, représentée par Me François Tabin, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que l'intimé refasse ses calculs sur la base d'un revenu sans invalidité annuel de plus de 110'000 fr., en tenant compte d'une « invalidité médicale à 100% depuis le dépôt de la demande AI », et à la modification des décomptes des versements rétroactifs de la rente.

Dans sa réponse du 25 avril 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 24 janvier 2013.

Par réplique du 26 juin 2013, la recourante a confirmé ses conclusions.

L'intimé en a fait de même dans sa duplique du 13 août 2013.

Par courrier du 28 février 2016, le conseil de la recourante a informé la Cour de céans, d'une part, que l'intéressée était guérie de son hépatite et, d'autre part, qu'il avait « pu convaincre Madame [...], de la fiduciaire [...], qui détient la comptabilité de la Société Z.\_\_\_\_\_ SA, de vous remettre une copie de cette comptabilité, laquelle atteste que cette société était à même, sans qu'il puisse y avoir le moindre doute, de payer les salaires convenus avec Madame G.\_\_\_\_\_, du fait des commissions reçues de la maison T.\_\_\_\_\_ AG pour récompenser le succès du travail de Madame G.\_\_\_\_\_ ». La recourante écrivait encore que le revenu sans invalidité devait être fondé sur les salaires réels qui lui avaient été versés par Z.\_\_\_\_\_ SA, salaires sur lesquels les charges sociales avaient été payées. Elle requérait un délai pour produire des rapports médicaux ainsi que la comptabilité de Z.\_\_\_\_\_ SA.

Le 10 mars 2016, la recourante, par son conseil, a produit :

- une attestation médicale du 29 février 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en gastroentérologie, indiquant ce qui suit :

« J'ai suivi la patiente sus-mentionnée régulièrement à ma consultation de gastroentérologue depuis le 13 janvier 2011 jusqu'à actuellement.

Cette patiente m'avait été adressée par son médecin traitant le Dr R.\_\_\_\_\_ pour suivre une hépatite C chronique sévère qui avait été diagnostiquée en 2000. Il s'agissait d'un génotype viral 1b qui était le plus difficile à traiter à l'époque. La biopsie au moment du diagnostic démontrait déjà la présence d'une fibrose hépatique.

La patiente avait reçu à partir d'avril 2001 ceci pendant 12 mois un traitement antiviral lourd par Interféron pégylé et Ribavirine. La réponse virologique avait été complète durant le traitement mais malheureusement 6 mois après la fin du traitement le virus est réapparu.

L'évolution a été au fil des ans tout à fait classique pour une hépatite C chronique qui tourne à la fibrose avec apparition progressive d'une asthénie majeure qui a réduit la capacité de travail de la patiente au point que Mme G. \_\_\_\_\_ n'a pas pu poursuivre son activité dès le début 2006.

En raison de cette grande asthénie la patiente avait eu une 2<sup>ème</sup> biopsie du foie en octobre 2007 qui a démontré une hépatite chronique active avec fibrose modérée et apparition de septa fibreux disséquant le tissu hépatique (il s'agit d'une fibrose qualifiée F2 sur un score qui va de F0 à F4 au maximum). Lorsque j'ai pris en charge cette patiente il y avait une asthénie importante avec une hépatite C chronique qui continuait d'évoluer et pour laquelle nous n'avions à cette époque aucun traitement nouveau à proposer.

La patiente était d'autre part suivie par le Dr [...], cardiologue à [...], lequel avait demandé à un confrère de la Clinique [...] de pratiquer une coronarographie en août 2006. Le diagnostic retenu par les cardiologues est une extrasystolie ventriculaire idiopathique à haute incidence (foyer arythmogène probablement au niveau de l'apex du ventricule gauche). Cette symptomatologie cardiaque nécessitait donc un traitement par un anti-calcique et un anti-arythmique. Enfin l'hépatite C s'est aggravée progressivement après l'échec d'un 1<sup>er</sup> traitement antiviral en 2001 et a entraîné un état dépressif réactionnel traité encore à ce jour par le Dr C. \_\_\_\_\_ psychiatre à [...].

En raison de l'aggravation hépatique nous avons décidé avec le Dr [...], infectiologue à l'hôpital de [...], d'introduire un nouveau traitement antiviral sous forme de trithérapie (interféron pégylé, copegus et telaprévir) traitement qui a été effectué du 1<sup>er</sup> juin au 15 novembre 2012 avec éradication du virus en fin de traitement mais récurrence virale 3 mois plus tard.

Ce traitement a majoré l'asthénie profonde notamment par la survenue d'une anémie en relation avec le traitement ce qui a justifié des injections d'EPO [érythropoïétine].

Enfin la patiente a été effondrée d'apprendre que le virus C avait à nouveau récidivé malgré une trithérapie.

En septembre 2013 un fibroscan (examen permettant d'évaluer la fibrose hépatique sans recourir à une biopsie du foie) a démontré une progression de la fibrose hépatique (stade F3 c'est-à-dire début de destruction par la fibrose de la structure des lobules hépatiques correspondant à une cirrhose débutante).

Finalement nous avons pu entreprendre avec le Dr [...] une 3<sup>ème</sup> ligne antivirale par association de Sofosbuvir et de Daclatasvir. Ce traitement a pris fin en juillet 2015 avec une éradication du virus de l'hépatite C en fin de traitement qui se maintient avec une dernière recherche de virus C négative en date du 25 février 2016. Cette valeur négative 7 mois après la fin du traitement antiviral laisse espérer une éradication définitive du virus.

En résumé considérant simplement l'évolution de la maladie hépatique ainsi que les informations que j'ai reçues de mes collègues je peux attester que cette patiente s'est trouvée dans l'incapacité de travailler au moins à partir du début de l'année 2006.

Depuis que je suis cette patiente le 13 janvier 2011 je peux confirmer l'incapacité complète de travailler. » ;

- un certificat médical du 4 mars 2016 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rédigé comme suit :

« Je soussigné atteste que Mme G.\_\_\_\_\_, née le [...].1949, est en traitement régulier à raison d'une séance par semaine au début, puis à quinzaine et chaque 3 semaines ensuite dans le cadre d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré.

Elle m'a été adressée par son médecin-traitant le Dr R.\_\_\_\_\_ en raison d'un état anxio-dépressif important s'étant développé progressivement depuis le début des années 2000 consécutivement à une hépatite C, avec effondrement et arrêt du travail en 2005 dans un état d'épuisement massif. Divers traitements de l'hépatite ont été des échecs, jusqu'aux derniers en 2015 qui semblent un succès, et qui ont aggravé l'épuisement et l'accablement somatique et psychique.

Dès octobre 2010, j'ai pu constater la présence d'un état dépressif moyen (F32.1) avec des symptômes d'anhédonie, humeur dépressive, fatigabilité, insomnies, inquiétude grave face à l'avenir et morosité, repli sur soi et perte de confiance en soi.

Le développement d'une maladie d'Alzheimer diagnostiquée en 2008 chez son mari avec placement en EMS et un AVC [accident vasculaire cérébral] hémorragique en décembre 2013, heureusement sans séquelles graves, ont alourdi le tableau.

Un traitement de Cipralex 10 mg 1-0-0 (antidépresseurs) est en cours depuis novembre 2010 avec Stilnox 10 mg 0-0-0-1 (somnifère) en cas de besoin.

L'humeur s'améliorait fin 2015 vers un état dépressif léger.

L'incapacité de travail que j'ai pu constater et attester est de 100 % depuis le 18.10.2010 pour raison psychiatrique.

L'incapacité de travail à 100 % évoquée depuis 2005 par le médecin traitant le Dr R.\_\_\_\_\_ pour épuisement total physique et psychique me paraît conforme selon toute vraisemblance à la vérité et a toujours été corroborée par les dires de la patiente. ».

La recourante a également produit les comptes annuels de Z.\_\_\_\_\_ SA au 30 juin 2001, 30 juin 2003, 30 juin 2005 et 30 juin 2007. Le 21 avril 2016, elle a encore produit les comptes de cette société au 30 juin 2000.

L'intimé s'est déterminé le 12 mai 2016 en produisant un avis du 18 avril 2016 du Dr [...] du SMR, rédigé en ces termes :

« Le courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ de février 2016 atteste de sa prise en charge depuis janvier 2011 seulement et d'une IT [incapacité de travail] totale depuis cette date, ce que nous ne contestons pas. Il décrit par ailleurs l'historique de l'atteinte somatique de l'assurée

depuis 2006 pour justifier de manière rétroactive une IT totale depuis 2006 au moins selon lui. Sur le plan de la symptomatologie cardiaque de l'époque nous relevons qu'il n'existe au dossier aucune attestation d'un spécialiste faisant état d'une répercussion de cette pathologie sur la CT de l'assurée. Sur le plan hépatique qui est de sa compétence il décrit une IT totale au début de l'année 2006, que nous acceptons. En effet le rapport d'examen SMR du 19 mars 2008 reconnaît une IT totale transitoire du 1.01.2006 au 30.06.2006 et de 90% du 01.07.2006 au 17.06.2007. Ces IT transitoires ne sont pas remises en question et sont à considérer. Par contre à partir d'octobre 2007 nous considérons que l'assurée a retrouvé une CT partielle sur la base des rapports du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie qui suit l'assurée pour son hépatite à l'époque. En date du 7 novembre 2007 il accorde à l'assurée une pleine CT dans une activité légère de bureau, avec une baisse de rendement de 20-30%, soit une CT retenue à l'époque par le Dr [...] de 70-80% depuis octobre 2007 (voir rapport d'examen SMR du 19 mars 2008). Il nous est donc difficile d'accepter une IT totale ininterrompue depuis 2006 telle que proposée par le Dr N.\_\_\_\_\_ qui analyse la situation de manière rétroactive, sans avoir vu l'assurée à l'époque des faits discutés, contrairement au Dr P.\_\_\_\_\_ qui était le médecin traitant. Cette appréciation rétroactive est d'autant plus difficile pour le Dr N.\_\_\_\_\_ qu'il s'agit d'apprécier un symptôme subjectif tel que la fatigue. Nous ne voyons donc pas de raison objective pour nous écarter de l'appréciation en temps réel du spécialiste traitant de l'époque, le Dr P.\_\_\_\_\_ qui reconnaît une CT de 70-80% à partir d'octobre 2007. Il semble donc exister une amélioration transitoire de la situation somatique depuis cette date jusqu'en 2010. Nous relevons à cet égard que l'assurée est partie en vacances aux Maldives avec son mari en 2008, ce qui témoigne de ressources encore existantes à cette époque peu compatibles avec une IT totale. Sur le plan psychique l'attestation du Dr C.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2016 confirme une IT totale depuis octobre 2010, ce que notre décision ne conteste pas. L'aggravation de l'état psychique date d'octobre 2010 et a entraîné une IT totale depuis cette date. ».

L'intimé a aussi fait effectuer une nouvelle « analyse économique pour les indépendants ». Le rapport y relatif du 9 mai 2016 exposait ce qui suit :

## « **2. Données économiques** »

Cf. dernière analyse du 12.07.2012, ainsi que rapports précédents.

En date du 12 juillet 2012 (conclusion, page 6), nous avons détaillé les documents économiques qui seraient susceptibles de nous permettre d'apprécier le préjudice économique de l'assurée, relativement à ses activités et aux modifications intervenues, tant dans son activité avant, qu'après atteinte à la santé.

Dans le cadre de son recours, le conseil de l'assurée nous a transmis de nouveaux documents comptables, à savoir :

- Comptes 2000 à 2007 de Z. \_\_\_\_\_ (les comptes 2000-2003 nous avaient déjà été transmis)
- Ni les comptes Q. \_\_\_\_\_ postérieurs, ni les comptes des sociétés nouvelles (cf rapport du 12.07.2012) ni documents fiscaux postérieurs à 2006 ne nous ont été transmis, si bien qu'il s'avérera très difficile d'apprécier objectivement [les] données et capacités de l'assuré[e] selon les paramètres effectifs donnés.

S'agissant donc des documents qui se sont ajoutés effectivement à notre dernière analyse, ce sont donc les comptes des années 2003-2004 à 2007 qu'il s'agit de tenter d'analyser.

### **3. Activité indépendante et éléments du recours**

S'agissant du recours de notre assurée contre notre décision (mémoire), nous reprendrons quelques éléments avancés par celui-ci :

Faits :

#### Activité professionnelle

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

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

6. Elle percevait 4 % du CA facturé

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

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.**

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

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 comptabilisés 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**

##### **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 [...] sarl 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'affectation 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.

### 5.1 Relevé du CI [compte individuel AVS]

Selon CC décompte de 12.2012 et de 2016

	<b>2013</b>						
G._____	10415						
<b>Années</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Pas de cotisations enregistrées							
<b>Années</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Z.____SA	100'053	118'245	118'245	118'245	118'245	51'364	51'091
Z.____SA complément							51'091
<b>Années</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Indépendant	7038	5283	18000	12000	0	0	0

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.\_\_\_\_\_ avec 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<sup>er</sup> 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 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).

**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'impuissance 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<sup>er</sup> décembre 2010 au 28 février 2011, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>bis</sup> 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).

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

**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 24 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de G.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me François Tabin (pour G. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt 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).

Le greffier :