

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1957, a obtenu un certificat fédéral de capacité en qualité d'horticulteur en 1973. Il a par la suite exercé divers emplois et a créé la société anonyme B_____ SA (ci-après la société) en 1984.

Selon l'extrait du registre du commerce, la société a pour buts les activités dans le domaine du bâtiment, notamment des travaux de serrurerie, de menuiserie et de peinture. L'assuré en est l'administrateur unique.

2. Le 22 août 2011, l'assuré est tombé sur le coude gauche en s'achoppant sur une bordure en ciment. Les suites de cet événement ont été prises en charge par la SUVA, assurance-accidents (ci-après la SUVA).
3. Le scanner du coude pratiqué le 23 août 2011 a révélé une fracture-arrachement de la partie cubitale de l'apophyse coronoïde déplacée.
4. Le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 22 août 2011, qu'il a régulièrement prolongée par la suite.
5. Le 5 septembre 2011, l'assuré a subi une ostéosynthèse à foyer ouvert et une transposition micro-chirurgicale du nerf ulnaire, pratiquées par le Dr C_____ et le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. Le diagnostic posé était celui de fracture comminutive de l'apophyse coronoïde du cubitus gauche.
6. Lors d'un entretien du 20 février 2012 avec la SUVA, l'assuré a exposé que la société avait trois employés. Elle mettait à disposition des entreprises des employés chargés de petites manutentions (distribution de papier, remplissage des photocopieurs), changements de plaques de moquette, déplacement de bureaux et travaux d'entretien divers tels que déblayer la neige. Ses employés étaient des hommes à tout faire. Son collègue associé s'occupait des tâches administratives. L'assuré se chargeait de l'engagement du personnel, la location de véhicules, les entretiens avec les clients, l'organisation du dépôt et le contrôle des chantiers. Il travaillait aussi chez les clients lorsque ses employés étaient absents ou pour donner un coup de main. Il lui arrivait de porter des charges. Son travail physique nécessitait l'usage des deux mains.
7. Le 5 mars 2012, le Dr C_____ a attesté d'une incapacité de travail de 80 % dès le 12 mars 2012. Dans son rapport établi à la même date, il a fait état d'une évolution favorable. Les paresthésies du nerf ulnaire gauche étaient en voie de récupération. Une reprise complète du travail était escomptée trois à quatre mois plus tard.
8. Le 7 mars 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).

9. Selon son extrait de compte individuel AVS du 11 avril 2012, l'assuré a réalisé entre 2000 et 2010 des revenus oscillant entre CHF 89'500.- et CHF 340'000.- auprès de la société. En 2007, 2008 et 2010, il a également réalisé des revenus de respectivement CHF 9'050.-, CHF 6'250.- et CHF 10'250.- auprès de la coopérative E_____.
10. L'OAI s'est procuré les documents comptables de la société le 30 avril 2012. Il en ressort que cette dernière a réalisé un produit d'exploitation de CHF 2'595'506.90 en 2008, CHF 1'354'274.40 en 2009, CHF 668'263.10 en 2010 et CHF 648'966.35 en 2011. Le total des salaires déclarés à l'AVS s'élevait à CHF 1'198'373.- en 2008 pour 18 salariés, CHF 580'779.- en 2009 pour 14 salariés, CHF 370'095.65 en 2010 pour 8 salariés, l'assuré et Monsieur F_____ faisant partie du personnel salarié durant ces années.
11. Dans son rapport du 30 mai 2012, le Dr C_____ a qualifié l'évolution et le pronostic de bons. Les paresthésies du territoire du nerf ulnaire étaient en voie de résolution, mais elles interféraient avec les activités de l'assuré.
12. Le 18 juin 2012, le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 25 juin suivant.
13. L'assuré a eu un nouvel entretien avec la SUVA en date du 25 juin 2012. Il a exposé qu'il travaillait à 50 % depuis cette date. Il ne pourrait pour l'heure pas augmenter son taux, car il effectuait passablement de manutentions chez ses clients, notamment le changement de bonbonnes d'eau, l'alimentation des photocopieuses, les changements de cylindres de serrure, l'aménagement de salles de conférence etc. Les travaux dont sa société avait la charge relevaient du nettoyage et de l'entretien. Il devait de plus organiser le travail et répondre aux souhaits des clients.
14. Une arthro-IRM de l'épaule droite, réalisée le 11 octobre 2012, a révélé une déchirure transfixiante du tendon du muscle supra-épineux, une déchirure de quelques fibres du tendon du muscle infra-épineux, une atrophie volumique du muscle petit rond parlant pour une dénervation du nerf axillaire, une lésion du labrum antéro-supérieur et une légère arthrose acromio-claviculaire.
15. Le 17 octobre 2012, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique, a attesté d'une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} octobre 2012.
16. Le 8 novembre 2012, le Dr C_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du coude droit de l'assuré. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dès cette date.
17. Le 23 novembre 2012, l'assuré a consulté le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce spécialiste a constaté des signes d'insuffisance de la coiffe des rotateurs antéro-postéro-supérieure. La rétraction du tendon sus-épineux était de stade II et le long chef du biceps était luxé médialement. Une arthroscopie était légitime au vu de la symptomatologie.

Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} octobre 2012, qu'il a par la suite confirmée en établissant mensuellement des certificats prolongeant l'arrêt de travail jusqu'au 31 août 2014.

18. Le 9 janvier 2013, l'assuré a été examiné par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Après avoir résumé le dossier et interrogé l'assuré sur ses douleurs, elle a noté à l'issue du status que dans un travail d'organisation et administratif sans port de charges et sans travail répétitif en mouvements de pronation et de supination, une reprise du travail à 100 % était justifiée à fin janvier 2013, d'autant plus que l'accident concernait le côté non dominant de l'assuré. Si ce dernier devait exercer un travail plus lourd, une reprise du travail à 75 % était possible à fin janvier, avec une augmentation à 100 % dans les semaines suivantes.
19. Le Dr C_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 3 janvier 2013.
20. Selon le certificat établi par le Dr C_____ en date du 11 mars 2013, l'assuré a recouvré une capacité de travail complète dès le 1^{er} mars 2013.
21. Le 17 juillet 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche. Une opération était prévue.
22. Dans son rapport du 27 juillet 2013, le Dr H_____ a posé le diagnostic de lésion de la coiffe des rotateurs. Il a précisé qu'il n'avait pas opéré l'assuré.
23. Selon une note de la Bâloise Assurances, assurance d'indemnités journalières en cas de maladie (ci-après la Bâloise), consécutive à l'entretien du 20 août 2013 avec l'assuré, le problème de coude était totalement guéri. L'assuré avait cependant eu des douleurs au niveau de l'épaule droite dès 2012, et ce problème était devenu de plus en plus handicapant. Il avait eu un sérieux malaise cardiaque début juillet 2013. Il présentait en outre un polype des cordes vocales, incompatible avec l'anesthésie totale nécessaire pour l'opérer de l'épaule droite. L'assuré a exposé qu'il était à la tête de sa propre société. Il n'avait pas d'employés, il engageait du personnel au gré des besoins par le biais d'une société intérimaire. Son comptable gérait la partie administrative relative à la location de personnel. Il avait cependant engagé une personne pour assurer l'administratif et la coordination sur les chantiers lorsque ses problèmes de santé s'étaient amplifiés.
24. Le 4 décembre 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne, a examiné l'assuré à la demande de la Bâloise. Après avoir pris connaissance du dossier et interrogé l'assuré, le médecin a noté que l'arthroscopie avait été ajournée en raison d'une tension artérielle fluctuante et de polypes entre les cordes vocales, qui compliqueraient l'intervention en cas d'intubation. L'assuré avait par la suite subi de graves chutes de tension. Il espérait pouvoir reprendre son activité après l'intervention. Il était le seul employé fixe de son entreprise, qui exécutait des tâches telles que déplacer des meubles, changer des toners, des dalles de tapis, suspendre des tableaux, réaliser de petits travaux de conciergerie, de transport, de

stockage de matériel ou préparer des travaux de peinture. Il bénéficiait jusqu'à fin 2012 de l'aide d'un ami qui faisait les mêmes tâches que lui. Depuis janvier 2013, il avait dû engager quelqu'un pour assumer les missions qui lui étaient confiées.

Après son examen, le Dr K_____ a retenu les diagnostics de lésion de la coiffe postéro-supérieure de l'épaule droite avec déchirure transfixiante du muscle supra-épineux, d'œdème de Reinke des deux cordes vocales, de syncope vasovagale anamnestique à trois reprises en 2013, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie, de bronchopneumopathie chronique obstructive (COPD) sur tabagisme et d'obésité. L'affection à l'épaule avait entraîné une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle de l'assuré. Les investigations cardiologiques avaient permis d'exclure une cardiopathie ischémique, et un holter n'avait révélé ni troubles du rythme, ni troubles du bloc de conduction. Le Dr H_____ avait confirmé au Dr K_____ que l'assuré serait opéré dans les semaines à venir, et qu'il fallait envisager une incapacité de travail totale de trois à quatre mois, avec une reprise progressive par la suite dans une activité uniquement manuelle.

25. En date du 17 avril 2014, la fiduciaire de la société a transmis à l'OAI les avis de taxation de l'assuré, dont il ressort un revenu brut de CHF 89'500.- en 2010 et de CHF 106'905.- en 2011, ainsi que le bilan de la société pour 2012, affichant un produit d'exploitation de CHF 483'634.81.
26. Dans un avis du 9 juin 2015, la doctoresse L_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué que l'atteinte traumatique du coude gauche était à l'origine des incapacités de travail médicalement justifiées suivantes : 100 % du 22 août 2011 au 11 mars 2012, 80 % du 12 mars 2012 au 24 juin 2012, 50 % du 25 juin au 7 novembre 2012, 100 % du 8 novembre 2012 au 2 janvier 2013, 50 % du 3 au 31 janvier 2013, 25 % du 1^{er} février au 10 mars 2013. On ignorait comment avait évolué la problématique de l'épaule droite, et il y avait lieu d'interpeller le Dr H_____.
27. Dans une note du 14 juillet 2015, la doctoresse M_____, médecin au SMR, a noté que selon les renseignements fournis par le Dr H_____, l'assuré n'avait pu être opéré en raison du problème d'hypertension artérielle et des polypes vocaux.
28. Dans son rapport du 20 juillet 2015, le Dr J_____ a fait état d'une incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2012. Il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation à juillet 2015. Il a posé le diagnostic avec effets sur la capacité de travail de déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche nécessitant une intervention. L'assuré présentait en outre une obésité morbide, un status après fracture du coude gauche, une hypercholestérolémie traitée, une hypertension artérielle, un état anxio-dépressif et une épilepsie temporale. Il avait également subi un ulcère gastrique en 2014. Ces atteintes n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail. A l'heure actuelle, une intervention chirurgicale ne semblait plus d'actualité au vu du temps écoulé, et l'assuré souhaitait une réorientation professionnelle. Sa capacité de

travail était nulle dans l'activité professionnelle exercée auparavant, dans le contexte de réaménagement de bureaux. Les restrictions étaient liées à la pathologie de l'épaule, entraînant des douleurs et la perte de mobilité. Une réorientation devait être envisagée.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activités uniquement assis ou debout limitées à respectivement 60 % et 50 %, pas de travail le bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, pas de travail sur une échelle ou un échafaudage ni de port de charges de plus de 2 kg.

Le Dr J_____ a joint à son rapport les documents suivants :

- a. rapport du 29 janvier 2014 du docteur N_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, constatant une grosse base de langue de stade II, avec un œdème de Reinke des cordes vocales, et retenant qu'une intubation était difficile mais possible ;
 - b. rapport du 4 février 2014 de la doctoresse O_____, spécialiste FMH en angiologie, concluant à une atteinte athéromateuse discrète à modérée au niveau des bifurcations carotidiennes, sans sténose hémodynamiquement significative au niveau des carotides primitives et des carotides internes, et à de discrètes sténoses au départ des carotides externes ;
 - c. rapport du 21 mai 2014 du docteur P_____, spécialiste FMH en cardiologie, concluant à l'absence de contre-indication cardiologique à la chirurgie de l'épaule. Il n'y avait pas d'explication cardiologique aux malaises de l'assuré ;
 - d. rapport du 20 novembre 2014 du docteur Q_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, concluant à un ulcère d'environ 8 mm antro-pylorique et à un érythème pangastrite ;
 - e. rapport du 22 janvier 2015 du docteur R_____, spécialiste FMH en neurologie, selon lequel l'assuré allait indubitablement mieux. Ce praticien avait toujours un doute sur l'étiologie exacte des malaises brefs stéréotypés. Ils pouvaient être liés au stress, ou à une éventuelle comitialité temporale difficile à mettre en évidence. L'électroencéphalogramme ne montrait qu'une discrète asymétrie de la région temporale sans véritable pointe. Par sécurité, un traitement médicamenteux avait été instauré.
29. Dans son rapport du 18 août 2015, le Dr R_____ a diagnostiqué des pertes de connaissance intermittentes d'origine incertaine, qui pouvaient relever de crises épileptiques temporales ou de pseudo-crisis. La capacité de travail était normale mais l'assuré ne devait pas monter sur une échelle. Il y avait néanmoins lieu de déterminer avec le Dr J_____ si la reprise du travail était possible.
30. Dans son avis du 31 août 2015, la Dresse M_____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité sur des échafaudages ou des échelles, pas de charges, pas de supination de façon répétitive, pas d'élévation du bras droit au-dessus de l'horizontale. Ces limitations étaient valables dès octobre 2012. Elle a

noté que le Dr J_____ proposait une réadaptation. Le Dr R_____ proscrivait les travaux sur des échelles. Elle préconisait de suivre les conclusions de ces médecins.

31. Dans son rapport du 12 février 2016, l'OAI a relevé que le capital-actions de la société était composé de 50 actions à CHF 2'000.-, toutes détenues par l'assuré. L'adresse fiscale de la société était celle de l'assuré, car l'entreprise ne louait pas de locaux administratifs. Des entrepôts étaient loués pour stocker des meubles, des pièces et de l'outillage. La société mettait à disposition des entreprises des hommes à tout faire chargés de petites manutentions. Elle proposait des services dans le nettoyage et l'entretien, et effectuait également des déménagements et des transformations modérées. Certains de ses clients avaient un « homme à demeure ». La société facturait à ces sociétés le salaire de leur employé, auquel elle ajoutait sa marge. La société était parfois mandatée pour réaliser des projets. Il arrivait à l'assuré de dessiner des plans à main levée. Il se chargeait de coordonner les différents corps de métiers, et parfois de créer un meuble, une pièce, une rampe ou estrade, etc. Il était en charge de l'engagement du personnel, de la location des véhicules, des entretiens avec les clients, de l'organisation du dépôt et il contrôlait les chantiers. Il lui arrivait de faire le travail lui-même en cas d'absence ou de besoin d'aide supplémentaire. L'assuré organisait le travail des ouvriers. Il résolvait les problèmes rencontrés par ses clients et par les ouvriers et faisait parfois intervenir des sous-traitants. Il travaillait à temps complet, soit 40 heures par semaine. Son collègue et associé, Monsieur F_____, s'occupait des tâches administratives. Il travaillait à temps plein. De 2009 à 2013, il avait disposé d'une procuration individuelle. L'assuré a exposé que son associé avait cessé son activité en avril 2013 en prenant une retraite anticipée. En 2012, la société employait encore trois salariés et travaillait avec des employés temporaires en sous-traitance. Lorsque les problèmes de santé de l'assuré s'étaient amplifiés, il avait engagé une personne pour assurer l'administratif et la coordination des chantiers. Monsieur S_____ était mandaté au besoin. Il travaillait en tant qu'agent commercial indépendant. Il facturait ses honoraires à la société. M. S_____ établissait les devis, la facturation, coordonnait les sous-traitants et gérait l'entreprise avec le comptable. La société n'employait plus de personnel depuis le courant de l'année 2014. Depuis cette date, elle ne travaillait qu'avec des sous-traitants ou des indépendants. L'assuré était l'administrateur unique de la société depuis avril 2013. Selon lui, la société était saine, sans dettes. Cependant, le chiffre d'affaires de 2015 serait en baisse par rapport à 2014. L'assuré ne percevait plus de salaire ni de jetons de présence depuis la fin du versement des indemnités journalières. Lorsqu'il avait besoin d'argent, il le prélevait dans les caisses de la société. Il déclarait que ses problèmes de cœur étaient liés au stress, et il s'était complètement détaché de la société. Il lui serait impossible de travailler au sein de sa société. Cependant, étant l'unique administrateur et actionnaire, il s'occupait du courrier qu'il recevait à son domicile, effectuait les paiements, rencontrait régulièrement M. S_____ et transmettait les différents documents à son comptable. Malgré le déclin de sa

société, l'assuré n'arrivait pas à se résoudre à la vendre car elle était un héritage de son père. Malheureusement, aucun de ses enfants ne voulait la reprendre. L'OAI a retenu qu'il était peu probable que l'assuré remette son affaire à court terme, et que la société était toujours en activité.

L'assuré assumait les relations publiques tant avec les clients qu'avec les fournisseurs. Il travaillait toujours avec les mêmes sous-traitants. Il travaillait à l'ancienne, selon ses propos, et ne savait pas utiliser la technologie moderne. Ses courriels étaient gérés par son fils, qui lui envoyait les documents par fax. Il établissait les devis à la main. Son associé, M. F_____, les transcrivait sur l'ordinateur et calculait la marge. L'assuré négociait les prix avec les fournisseurs, les sous-traitants, les partenaires. Il passait les commandes des diverses fournitures et allait les chercher. Il consacrait la majeure partie de son temps à l'organisation, la coordination et la supervision du travail. En général, une fois par année, les sociétés clientes lui demandaient de préparer un décor ou une estrade pour un évènement spécifique. Cela occupait la société durant un mois complet. L'assuré allait chercher la marchandise et la livrait sur le chantier. Il transportait le mobilier entre les entrepôts et les entreprises. Lorsqu'il manquait de personnel, il effectuait de la manutention chez les clients. La société coopérative E_____ avait pour objectifs la gestion et l'administration des unités locatives du site homonyme, ainsi que la maintenance et la revalorisation de ses bâtiments, et leur mise à disposition à des coopérateurs exerçant des activités industrielles ou artisanales. L'assuré avait été membre du comité de direction entre 2004 et 2006 puis président membre de la direction durant environ 5 ans. En qualité de président, il avait perçu des jetons de présence en fin d'année. Par la suite, il avait été administrateur. Ses pouvoirs avaient été radiés le 21 décembre 2012.

En ce qui concernait les revenus de l'assuré, l'OAI notait une variation importante du gain soumis à cotisation entre les années 2008 et 2010. La société subissait la crise économique. L'assuré vivait grâce à ses économies depuis l'arrêt du versement des indemnités journalières en cas de maladie. Ses enfants l'aidaient financièrement pour certains achats. Selon le comptable, l'assuré prélevait depuis 2015 des montants dans sa société pour vivre. Ces montants étaient enregistrés dans la rubrique «Débiteurs actionnaires » du compte de bilan.

L'OAI a retenu que médicalement, « une reprise de travail à plein temps était effective depuis le 1^{er} mars 2013 ». Selon le rapport du Dr R_____ du 24 juillet 2015, la capacité de travail de l'assuré était normale. Actuellement, on pouvait exiger que son activité soit exercée à plein temps avec pour seule restriction de ne pas monter sur une échelle en raison de possibles pertes de connaissance.

Selon l'assuré, sa capacité de travail était nulle. L'OAI relevait cependant qu'il s'occupait uniquement de traiter le courrier et d'effectuer les paiements. Il remettait les documents comptables à sa fiduciaire et M. S_____ gérait sa société. L'assuré

n'effectuait que 20 % de travaux manuels et effectuait essentiellement des remplacements. En qualité de directeur, sa mission était la conduite stratégique de son entreprise et la gestion des activités opérationnelles. De ce fait, l'assuré n'était pas producteur mais plutôt observateur.

L'OAI a procédé à la comparaison suivante :

Champ d'activité sans atteinte à la santé	Pondération sans handicap	Taux d'incapacité	Incapacité de travail pondérée
Direction / Administration Stratégie entreprise, engagement de personnel, devis, commandes de marchandises, relations publiques	10 %	0 %	0 %

L'assuré était en charge du recrutement, des achats, des commandes de marchandises, des devis, des décisions sur l'orientation de l'entreprise. Il recevait le courrier à son domicile. Il payait les factures. La comptabilité était tenue par une fiduciaire. M. F_____ l'aidait dans cette activité. Depuis un peu plus d'un an, l'assuré mandatait un agent commercial indépendant.

Organisation - coordination	70 %	0 %	0 %
-----------------------------	------	-----	-----

L'assuré organisait et supervisait le travail de ses employés. Il coordonnait les différents corps de métier. Il se chargeait de la location des véhicules, de l'organisation du dépôt et il contrôlait les chantiers, formait et encadrait le personnel.

Livraison de marchandises	10 %	100 %	10 %
---------------------------	------	-------	------

Livraison de la marchandise (moquette, peinture, plaques d'Alba, etc.), des meubles (stockage, déplacement).

Manœuvre indépendant – homme à tout faire	10 %	100 %	10 %
---	------	-------	------

L'assuré remplaçait de temps en temps les manœuvres. Parfois, il créait un meuble, une pièce, une rampe ou estrade, etc. Au vu de la taille de la société avant son accident, l'assuré faisait essentiellement de la coordination, de l'organisation.

Total	100 %		20 %
-------	-------	--	------

L'OAI a noté que la société avait réalisé des chiffres d'affaire de CHF 2'288'509.- en 2008, CHF 1'346'158.- en 2009, CHF 670'255.- en 2010, CHF 650'470.- en 2011, CHF 482'082.- en 2012, CHF 410'783.- en 2013 et CHF 188'250.- en 2014. Le chiffre d'affaires avait ainsi progressivement diminué depuis 2003, avant l'atteinte à la santé. Il avait continué à diminuer depuis l'accident et avait encore chuté depuis le départ de l'associé de l'assuré. Depuis 2014, la société n'avait plus

de personnel. La main d'œuvre était louée à des entreprises de personnel temporaire. Ceci permettait d'avoir du personnel uniquement en cas de besoin et limitait la partie administrative liée à la gestion des salaires. Depuis l'année 2011, la société dégagait des pertes d'exploitation. S'agissant d'un assuré salarié de sa propre société anonyme, le revenu devait être déterminé en additionnant les résultats d'exploitation de la société au salaire perçu. Les comptes d'exploitation au dossier montraient que les résultats étaient fluctuants mais suivaient une courbe descendante, tant en ce qui concernait les chiffres d'affaires que les résultats d'exploitation. Les éléments comptables au dossier ne permettaient pas de chiffrer le revenu auquel aurait pu prétendre l'assuré s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. La méthode générale d'évaluation semblait peu fiable et il convenait dès lors d'utiliser la méthode extraordinaire d'évaluation, en utilisant le tableau comparatif des champs d'activités et en appliquant à chaque activité pondérée le salaire usuel dans la branche.

L'OAI s'est référé aux revenus statistiques suivants tirés de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012, TA1 Skill Level, référence Noga 08:

- 821100 - Services administratifs combinés de bureau. Ce genre comprenait la prestation d'une combinaison de services administratifs de bureau quotidiens, comme la réception, la planification financière, la facturation et la tenue de livres, les activités liées au personnel, les services de courrier, etc. ;
- 7820000 - Activité des agences de travail temporaire. Ce genre comprenait les activités consistant à fournir des travailleurs pour des périodes limitées en vue de remplacer temporairement ou de compléter la main-d'œuvre du client, les personnes placées étant salariées de l'agence de travail temporaire. Les agences rangées dans ce genre n'assuraient toutefois pas la supervision directe de leurs salariés sur les lieux de travail du client ;
- Livraison - 52 services auxiliaires des transports - 522900 autres services auxiliaires des transports. Niveau de compétence 1 ;
- 494200 - Services de déménagement

Il a établi le calcul suivant :

Champ d'activité sans atteinte à la santé	Pondération sans handicap	Incapacité de travail dans le champ d'activité	Salaire usuel sur 40 h/sem.	Revenu annuel sans handicap	Perte annuelle due au handicap avant réorganisation
Direction	10 %	0 %	CHF 4'476.-	CHF 5'371.-	CHF 0.-
Organisation - coordination	70 %	0 %	CHF 4'962.-	CHF 41'681.-	CHF 0.-
Livraison	10 %	100 %	CHF 5'513.-	CHF 6'616.-	CHF 6'616.-
Manceuvre	10 %	100 %	CHF 5'513.-	CHF 6'616.-	CHF 6'616.-
Total	100 %	20 %		CHF 60'283.-	CHF 13'321.-

Le revenu sans invalidité était de CHF 60'283.-. Le revenu avec invalidité était de CHF 47'052.-. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à une perte de gain de 22 %.

L'assuré disait ne plus pouvoir exercer son métier en raison de son état de santé et de sa fatigabilité. Toutefois, il n'était pas prêt à remettre son entreprise. Or, si un assuré choisissait d'abandonner une activité pour des motifs étrangers à l'invalidité, il ne pouvait être suivi. Dans les faits, l'assuré continuait son activité au sein de sa société. Il ne rencontrait aucune limitation fonctionnelle dans les activités administratives ni dans les relations publiques. Il pouvait également coordonner les différents corps de métier. Le cas d'accident déployait ses effets en 2012 et jusqu'au 28 février 2013, et chevauchait la période de maladie. Selon le SMR, la capacité de travail dans le domaine professionnel était totale depuis mars 2013, moyennant le respect des limitations fonctionnelles décrites dans le rapport SMR du 31 août 2015. Dans l'activité de direction, d'administration et supervision, l'assuré ne rencontrait pas de limitations fonctionnelles aussi bien avant qu'après son atteinte à la santé. En qualité de directeur et administrateur, sa mission était la conduite stratégique de son entreprise ainsi que la gestion des activités opérationnelles. Cette fonction nécessitait de prendre des décisions appropriées pour maintenir l'objectif global de la société, de gérer et d'organiser son entreprise. L'assuré effectuait un travail physique d'environ 20 %. Ses empêchements dans ces activités avaient été pris en compte. L'assuré subissait un préjudice économique de 22 % dans son activité habituelle, qui était celle correspondant le mieux à sa capacité de travail.

32. Le 4 mars 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel le droit à une rente et à des mesures professionnelles était nié. L'OAI a retenu une incapacité de travail totale du 22 août 2011 au 11 mars 2012, de 80 % du 12 mars au 24 juin 2012, de 50 % du 25 juin au 7 novembre 2012, de 100 % du 8 novembre 2012 au 2 janvier 2013, de 50 % du 3 au 31 janvier 2013 et de 25 % du 1^{er} février au 10 mars 2013. La capacité de travail était entière dans l'activité professionnelle habituelle en respectant les limitations fonctionnelles présentes depuis octobre 2012 (*sic*). Au vu du chiffre d'affaires fluctuant de la société, la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité était appliquée. L'assuré ne rencontrait pas de limitations fonctionnelles dans l'activité de direction. Il réalisait 20 % de travaux manuels et essentiellement des remplacements. Les limitations fonctionnelles étaient les travaux sur des échelles ou des échafaudages, le port de charges de plus de 5 kg de façon répétitive et les mouvements nécessitant l'élévation du bras droit. L'OAI a repris le calcul du degré d'invalidité tel qu'établi dans son rapport du 12 février 2012. À l'issue du délai de carence d'une année, le degré d'invalidité était de 22 %. Ce taux n'ouvrait pas le droit à une rente. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel ne permettraient pas d'améliorer la capacité de travail.

33. Le 30 mars 2016, l'assuré a fait part à l'OAI de ses remarques. Il a indiqué avoir de très longues journées. Il passait au minimum 7 heures par jour sur les chantiers. M. F_____ l'épaulait dans la direction et l'organisation, jusqu'à son départ de l'entreprise en mars 2013. M. S_____ était chargé entre autres de l'organisation et de la coordination. La pondération des activités opérée par l'OAI ne correspondait pas à la réalité. La direction et l'organisation représentaient moins de 20 % du temps de travail. Le reste était consacré aux travaux dont la société recevait commande. L'assuré a énuméré la liste des travaux réalisés par son entreprise. Il a précisé avoir subi une incapacité de travail complète du 1^{er} mars 2013 au 3 novembre 2014.

Il a joint le courrier de la Bâloise du 5 août 2014, précisant que le versement des indemnités journalières prendrait fin au 3 novembre 2014 en raison de l'épuisement du droit aux prestations.

34. Dans une note de travail du 22 avril 2016, l'OAI a notamment rappelé le contenu des rapports de la SUVA du 20 février 2012 et du 25 juin 2012 et de la Bâloise du 20 août 2013 au sujet de l'organisation du travail. Il a ajouté que selon les éléments comptables, la société avait dégagé un chiffre d'affaires de plus de CHF 2'200.000.- en 2008, avec une masse salariale de plus de CHF 1'200'000.-. Il apparaissait vraisemblable qu'à cette date, l'assuré occupait essentiellement un poste de direction et de coordination. Son associé, M. F_____, possédait uniquement une procuration individuelle. Il l'épaulait dans la charge de travail. La société avait connu une diminution de l'activité dès 2009, avec une diminution du chiffre d'affaires de 40 %. La régression s'était poursuivie en 2010. En résumé, l'assuré avait repris la société de son père et l'avait fait évoluer en société anonyme réalisant un chiffre d'affaires dépassant deux millions en 2008. Il en était l'unique dirigeant et représentait ses propres intérêts en qualité d'actionnaire détenant le 100 % du capital-actions. Par conséquent, il décidait seul de la stratégie de l'entreprise. L'OAI constatait que jusqu'à la fin de l'année 2013, la société employait du personnel, sous-traitait certains travaux et faisait appel à du personnel temporaire. L'assuré devait au quotidien superviser son personnel, les divers intervenants et les sous-traitants qui travaillaient pour lui. Il devait également gérer les moyens matériels. Il lui incombait de suivre, d'analyser et de définir les objectifs de la société. L'assuré assumait également la prospection et la négociation de nouveaux contrats. En qualité de directeur, il coordonnait les différentes fonctions de la société à l'interne comme à l'externe, sur les chantiers ou avec ses clients. Il contrôlait les investissements matériels. En qualité de coordinateur, il était l'intermédiaire entre ses clients et ses employés ou sous-traitants. Il veillait à la bonne exécution de toutes les tâches assignées à son entreprise. Il centralisait les informations, vérifiait le respect des délais, répartissait les tâches. Au vu de tous ces éléments, et eu égard au chiffre d'affaires et à la masse salariale, il semblait peu probable que l'assuré n'effectue que 20 % dans la partie direction, organisation et

coordination. L'OAI maintenait ainsi la pondération de 80 % dans l'activité de direction, d'administration, coordination et supervision.

35. Par décision du 29 avril 2016, l'OAI a confirmé les termes de son projet.
36. Par écriture du 30 mai 2016, l'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'intimé. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une prestation de l'assurance-invalidité de minimum 50 %.

Le recourant a allégué que dans le cadre de son activité professionnelle, il avait activement participé à l'ensemble des travaux manuels exigés par les missions confiées par ses clients. Il effectuait principalement des tâches de manutention et de réparation. Il était également en charge du retrait des marchandises auprès des fournisseurs. La plupart des activités administratives était soit en partie confiée à son associé, M. F_____, soit sous-traitée à M. S_____. Ce dernier s'occupait notamment du contrôle du personnel, des contacts avec les fournisseurs, du planning mensuel, des fiches horaires du personnel, des rendez-vous de chantier, de l'enregistrement des commandes, etc. Les tâches comptables étaient quant à elles confiées à la fiduciaire. Ses douleurs à l'épaule droite l'empêchaient d'effectuer les tâches qui lui étaient habituellement dévolues. Lorsqu'il avait été entendu par la SUVA, il avait détaillé ses activités manuelles et ajouté que son collègue associé était en charge des tâches administratives. En raison de son état de santé, la société avait été contrainte de recourir uniquement à des sous-traitants ou des travailleurs indépendants. Le recourant a contesté la pondération des activités opérée par l'intimé, affirmant que son activité était fondamentalement manuelle. Les activités physiques composant l'essentiel de son travail n'étaient aujourd'hui plus possibles en raison de ses douleurs persistantes à l'épaule droite. L'intimé n'avait pour le surplus jamais sollicité du recourant des moyens de preuve supplémentaires, permettant d'attester de son activité professionnelle en détail. Il n'avait ainsi pas établi l'ensemble des faits pertinents et n'avait pas procédé aux enquêtes nécessaires pour fonder sa décision.

Le recourant a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son écriture :

- a. six attestations datées du 26 mai 2015 de collaborateurs d'entreprises clientes de la société, certifiant avoir vu le recourant accomplir des tâches de manutention et de réparation dans le cadre des missions confiées ;
- b. une attestation du 26 mai 2015 d'un fournisseur de la société, certifiant que le recourant était toujours venu retirer la marchandise commandée ;
- c. sept factures d'une quincaillerie adressées à la société, dont il ressort que la marchandise a été remise au recourant ;
- d. notes de frais de M. S_____, portant notamment sur le contrôle du personnel, le contact et la recherche de fournisseurs, le planning mensuel, les fiches horaires du personnel, les rendez-vous de chantier, l'établissement de plans d'aménagement, les travaux de coordination, l'enregistrement de commandes,

pour des montants de respectivement CHF 19'440.- en décembre 2009, CHF 10'560.- en janvier 2010, CHF 14'160.- en février 2010, CHF 14'280.- en mars 2010, CHF 13'560.- en avril 2010, CHF 12'480.- en mai 2010, CHF 12'960.- en juin 2010, CHF 21'720.- en juillet 2010, CHF 9'720.- en août 2010, CHF 11'040.- en septembre 2010, CHF 8'760.- en octobre 2010, CHF 19'320.- en novembre 2010, CHF 12'360.- en décembre 2010 ;

e. note d'honoraires de la fiduciaire T_____, d'un montant de CHF 4'500.- pour 2010.

37. Dans sa réponse du 28 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a repris certains éléments ressortant du rapport d'enquête du 12 février 2016 sur les activités du recourant ainsi que ses déclarations à la SUVA du 20 février 2012, en soulignant que lorsque les déclarations successives d'un assuré étaient contradictoires, il convenait de retenir la première affirmation. Partant, la pondération des champs d'activités retenue par l'intimé ne souffrait aucune contestation valable.
38. Invité par la chambre de céans à déposer sa réplique, le recourant y a renoncé par courrier du 11 août 2016.
39. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimé par la chambre de céans en date du 12 août 2016.
40. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. Conformément à l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 3a).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente

entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel une personne invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2). Par ailleurs, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_924/2011 du 3 juillet 2012 consid. 5.2.1).
9. Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Une intervention médicale peut être exigée si elle est sans danger et si le résultat prévisible peut être considéré comme favorable (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 351 n. 1263). Sous l'angle de la proportionnalité d'une intervention chirurgicale, il convient de prendre en compte la durée d'activité restante au moment du dépôt de la demande (arrêt du Tribunal fédéral I 861/02 du 8 janvier 2004 consid. 3.3). À titre d'exemple, une intervention neurochirurgicale consistant en une décompression radiculaire et une spondylodèse chez un assuré de 54 ans au moment de sa demande et ayant une peur panique de

l'opération a été considérée comme exigible (arrêt du Tribunal fédéral I 462/05 du 16 août 2006 consid. 6).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).
11. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (méthode générale de comparaison des revenus, ATF 129 V 222 consid. 4.1).
- b. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalide, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 27 RAI), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait,

dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2c).

Conformément à la jurisprudence (ATF 128 V 29 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_820/2008 du 14 octobre 2009 consid. 4.4), il convient d'utiliser la formule suivante dans le cadre de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité:

$$\frac{T1 \times B1 \times s1 + T2 \times B2 \times s2}{T1 \times s1 + T2 \times s2} = \text{taux d'invalidité}$$

T correspond à la part consacrée à chacun des deux champs d'activité de travail en cause par rapport au temps total ($T1 + T2 = 100 \%$) en pour cent, B à l'empêchement dans chacune des activités et s au revenu pour l'activité correspondante.

La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Fribourg 2011, n. 2183 p. 588). Selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêts du Tribunal fédéral 9C_46/2016 du 10 août 2016 consid. 2.1 et 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3.3).

c. Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites

vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être pris en considération (arrêts du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid.3 et 8C_878/2010 du 19 septembre 2011 consid. 4.2). Lorsqu'un changement d'activité professionnelle est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre, il y a lieu d'appliquer non pas la méthode extraordinaire mais la méthode ordinaire de comparaison de revenus (arrêts du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.2 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.3).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).

Selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2).

13. En l'espèce, il convient tout d'abord de relever qu'au plan médical, la capacité de travail du recourant n'est pas établie à satisfaction de droit.

Selon le dossier constitué par la SUVA, l'accident survenu en août 2011 a entraîné une incapacité de travail totale de cette date au 12 mars 2012. Dès le lendemain, le recourant a recouvré une capacité de travail de 20 %. Sa capacité de travail s'est ensuite amendée pour atteindre 50 % dès le 25 juin 2012. L'ablation du matériel

d'ostéosynthèse a par la suite justifié un nouvel arrêt de travail dès le 8 novembre 2012. L'évolution de la lésion au coude permettait une reprise du travail à 50 % dès le 3 janvier 2013, et cette atteinte n'a plus déployé d'effets délétères sur la capacité de travail du recourant dès le 1^{er} mars 2013.

En revanche, une rupture de la coiffe des rotateurs – d'origine non traumatique – a entraîné une incapacité de travail totale dès le 1^{er} octobre 2012, selon le Dr H_____. Le Dr K_____, dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2013, n'a pas remis en cause cette incapacité de travail, justifiée notamment par le fait que le recourant devait subir une intervention plusieurs fois repoussée pour des motifs médicaux.

Il semblerait que cette opération n'ait finalement pas eu lieu, pour des motifs que l'intimé n'a pas clarifiés. De plus, on ignore comment la capacité de travail du recourant a évolué entre décembre 2013 et juillet 2015, date à laquelle le Dr J_____ a proposé une réorientation tout en indiquant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. La Dresse L_____ admettait d'ailleurs dans son avis du 9 juin 2015 ne pas disposer des renseignements nécessaires sur l'évolution de la lésion à l'épaule.

La Dresse M_____, dans son avis du 31 août 2015, a évoqué des limitations fonctionnelles valables depuis octobre 2012, sans se prononcer formellement sur la capacité de travail du recourant. On ignore si elle entendait par là que le recourant serait en mesure d'exercer une activité adaptée à ces limitations dès cette date. Ses conclusions ne sont quoi qu'il en soit nullement motivées et ne correspondent pas aux éléments du dossier, puisqu'elles ne tiennent pas compte de la lésion à l'épaule, de sorte qu'elles n'emportent pas la conviction.

L'intimé a retenu dans son rapport du 12 février 2016 que la reprise du travail à plein temps était effective depuis le 1^{er} mars 2013. Outre le fait que cette appréciation diverge de celle du SMR, elle témoigne d'une mauvaise lecture du dossier. Comme on l'a vu, le recourant ne subissait certes plus d'incapacité de travail imputable à l'accident d'août 2011 dès cette date. À cette période, sa capacité de travail était néanmoins réduite à néant en raison des problèmes à l'épaule, selon l'incapacité de travail attestée par le Dr H_____ et le Dr J_____, dont l'expert mandaté par la Bâloise ne s'est pas non plus écarté. En outre, l'intimé se réfère au rapport du Dr R_____ du 24 juillet 2015 pour conclure à une pleine capacité de travail, alors que dans son rapport du 18 août 2015, ce neurologue émettait une réserve sur la capacité de travail en ce sens que la reprise du travail devait être examinée avec le Dr J_____. Les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé, qui cite uniquement l'impossibilité de monter sur une échelle, ne sont pas non plus conformes à celles émises par le SMR.

De plus, la décision de l'intimé est pour le moins contradictoire, puisqu'elle retient une incapacité de travail de 50 % du 25 juin au 7 novembre 2012, de 100 % du 8 novembre 2012 au 2 janvier 2013, de 50 % du 3 au 31 janvier 2013 et de 25 % du

1^{er} février au 10 mars 2013, tout en soutenant que la capacité de travail serait totale dans l'activité professionnelle habituelle en respectant les limitations fonctionnelles présentes depuis octobre 2012.

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. La cause doit ainsi être renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier d'établir comment la capacité de travail du recourant a évolué et pour quels motifs l'intervention planifiée à l'épaule n'a le cas échéant pas eu lieu. Dans ce contexte, et dans l'hypothèse où cette intervention aurait été refusée par le recourant, il y aura lieu de déterminer si elle est exigible et dans quelle mesure elle permettrait d'améliorer la capacité de travail et de gain du recourant.

Une fois doté de ces renseignements, il appartiendra à l'intimé de calculer le degré d'invalidité du recourant.

Sur ce point, la chambre de céans relève que le recours à la méthode extraordinaire, s'il devait s'avérer que l'activité habituelle du recourant est celle qui met le mieux en valeur sa capacité de gain, ne prête pas flanc à la critique. Au vu des variations importantes qu'a connues le revenu du recourant avant l'atteinte à sa santé, il est également conforme au droit de recourir à des revenus statistiques. Les différents revenus statistiques auxquels s'est référé l'intimé – soit les activités de services administratifs de niveau 1 pour les hommes (lignes 77,79-82 du tableau TA1_ Skill Level de l'ESS 2012), les activités liées à l'emploi de niveau 1 pour les hommes (ligne 78 du tableau TA1_ Skill Level de l'ESS 2012) et les activités de transports terrestres, par eau, aériens; entreposage de niveau 1 pour les hommes (lignes 49-52 du tableau TA1_ Skill Level de l'ESS 2012) peuvent également être confirmés. S'agissant de la fixation du revenu sans invalidité, l'intimé devra toutefois également tenir compte du revenu réalisé pour la coopérative E_____ s'il s'avère que le recourant a mis un terme à ses fonctions d'administrateur pour des motifs de santé. En effet, pour déterminer le revenu avant invalidité, on prend en considération tous les revenus réalisés, y compris ceux tirés d'une activité accessoire lorsque l'assuré a exercé plusieurs activités avant d'être atteint dans sa santé (SVR 1996 IV n° 89 consid. 3b, Ulrich KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 28 ad art. 16 LPGA).

S'agissant en revanche de la pondération des différentes activités déployées dans la société, l'intimé ne peut être suivi lorsqu'il affirme que 80 % du temps du recourant était dévolu à des activités de direction et de coordination, et seulement 20 % des heures de travail à des activités manuelles. En effet, on soulignera en premier lieu qu'il ne ressort pas du rapport du 12 février 2016 que l'intimé aurait interrogé le recourant sur ces points. Même si tel avait été le cas, il convient de rappeler qu'un document qui fait état d'un renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire

l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c). Or, le recourant n'a jamais signé le rapport du 12 février 2016. À la lecture de ce document, on peine d'ailleurs à distinguer entre les éléments qui ressortent des déclarations du recourant et ceux qui relèvent de conjectures de l'intimé. En ce qui concerne les entretiens avec la SUVA, la Bâloise et le Dr K_____, si le recourant a bien relevé que son collègue s'occupait des aspects administratifs lorsqu'il a décrit ses activités à la SUVA en février 2012, il n'a pas indiqué de pourcentages de temps consacrés aux différentes activités rapportées. Lors de son entretien du 25 juin 2012, le recourant n'a pas non plus précisé la part que représentaient les activités de direction. Lors de son entretien avec le Dr K_____, il a mis l'emphasis sur les travaux manuels à effectuer dans la description des tâches qui lui incombait, une nouvelle fois sans articuler de découpage temporel. Ainsi, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, les déclarations du recourant ne sont nullement contradictoires. Par ailleurs, ce dernier a de manière constante souligné que les tâches administratives étaient confiées à son associé. L'importance des notes de frais de M. S_____, qui portent sur une période antérieure à l'accident, tend *a priori* à confirmer que ce dernier assumait la majeure partie, si ce n'est l'entier des activités de coordination et de gestion. Partant, il n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante exigible en assurances sociales que le recourant ait consacré 80 % de son temps de travail aux activités non manuelles avant la survenance de ses atteintes à la santé.

Certes, il est exigible du recourant eu égard à son obligation de réduire le dommage qu'il procède à une nouvelle répartition des tâches dans sa société et qu'il reprenne les activités administratives. Cela étant, les documents comptables révèlent une importante diminution du chiffre d'affaires, ainsi qu'une réduction de l'effectif. Les tâches liées à la coordination et à la gestion du personnel ont ainsi inévitablement perdu en importance. Partant, il n'est pas non plus établi qu'une réorganisation du travail permette de réduire de manière significative le degré d'invalidité du recourant en lui permettant de consacrer 80 % de son temps à des activités de direction, de gestion et de coordination.

Compte tenu de ces éléments, la pondération des activités avant et après l'atteinte à la santé n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction sur ce point, par exemple en interpellant le recourant et en interrogeant des témoins, dont les (anciens) employés ou associés de la société, voire des clients de cette dernière.

Ceci fait, il devra cas échéant également examiner si un changement d'activité est exigible au vu de l'obligation de réduire le dommage, avant de rendre une nouvelle décision sur le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel du recourant.

41. Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimé ne s'avère pas fondée, de sorte que le recours sera partiellement admis.

Le recourant, assisté d'un avocat, a droit à des dépens qui seront en l'espèce fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé, qui succombe, supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 29 avril 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le