



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2197/2018

ATAS/859/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 septembre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Butrint AJREDINI

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1965, originaire du Kosovo, marié et père de deux enfants nés en 2009 et 2011.
2. Il a subi deux accidents professionnels en 1999 et 2013, alors qu'il était employé de B_____ Sàrl (ci-après la société), dont les suites ont été prises en charge par la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).
3. À teneur du compte rendu d'un entretien avec la SUVA du 27 août 2014, l'assuré a indiqué être le patron de la société, dans laquelle il travaillait avec quatre employés. S'il ne travaillait pas avec ces derniers, son entreprise ne tournerait pas. Il avait perdu beaucoup d'argent depuis novembre 2013. Il arrivait à travailler à 50%, mais une activité à 75% était un peu trop pour lui, car le travail était trop physique et cela le bloquait au niveau musculaire. L'activité de ferrailleur impliquait, notamment, de porter de lourdes charges à bout de bras. Il avait toujours mal au dos ainsi qu'entre les omoplates. Il refusait catégoriquement de s'annoncer auprès de l'OAI.
4. Le 27 novembre 2015, C_____ Sàrl (ci-après C_____), sise Carrefour D_____ _____, à Châtelaine, a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations pour l'assuré, avec une procuration signée par ce dernier l'autorisant à le représenter dans toutes les affaires le concernant. L'assuré indiquait être en incapacité de travail dès le 27 novembre 2013 à 100%, en raison de problèmes de dos, à la suite de deux accidents professionnels subis en 1999 et 2013. Le diagnostic de contusion lombaire avait été posé.
5. Selon une note sur le statut établie par le gestionnaire de l'OAI le 23 février 2016, la dernière activité lucrative exercée par l'assuré était celle d'associé-gérant à 100% dans une entreprise de ferrailleur. Le statut d'indépendant était retenu, vu la signature individuelle de l'assuré pour l'entreprise, selon l'extrait du registre du commerce.
6. À teneur d'un avis établi le 23 août 2016 par les docteurs E_____ et F_____, médecins SMR, il s'agissait de la première demande d'un assuré de 51 ans, qui était en incapacité de travail dès le 14 novembre 2013 de son activité de ferrailleur indépendant pour les conséquences de lombalgies suite à une chute sur le dos survenue le 1^{er} novembre 2013. Selon son médecin traitant, le docteur G_____, médecin praticien FMH, l'assuré était capable de travailler dans son activité habituelle à 50% dès le 30 mai 2014. La persistance des lombalgies d'intensité fluctuante mais définitives n'avait pas permis une reprise à 100% dans l'activité de ferrailleur. Le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui avait expertisé l'assuré à la demande de la SUVA le 24 mars 2015, retenait que la capacité de travail de celui-ci dans l'activité habituelle était de 50% de façon définitive. Dès lors qu'il ressortait du compte rendu de l'entretien du 27 août 2014 de l'assuré avec la SUVA que celui-ci travaillait sur les chantiers et qu'il était astreint aux mêmes contraintes physiques

que ses employés, le SMR écartait les conclusions des Drs G_____ et H_____ concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle et considérait que l'activité de ferrailleur n'était plus exigible de lui et qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible à 100% dès le 24 février 2014, date de la reprise à 25% dans l'activité habituelle.

7. Le 26 août 2016, l'OAI a demandé à C_____ (à l'adresse du Carrefour D_____ _____) les comptes de pertes et profits de la société pour les années 2013, 2014 et 2015.
8. Le 1^{er} septembre 2016, C_____ a répondu à l'OAI qu'elle ne comprenait pas pourquoi il lui demandait les comptes de pertes et profits de la société, car l'assuré n'était pas indépendant et n'avait donc pas ces documents.
9. Dans une note du 5 septembre 2016, le gestionnaire de l'OAI a indiqué avoir téléphoné à C_____ pour lui expliquer que l'assuré devait être considéré comme une personne indépendante, dès lors qu'il disposait de la signature individuelle pour engager la société, selon le registre du commerce. Son interlocuteur lui avait dit avoir besoin d'une quinzaine de jours pour finaliser les comptes 2015.
10. L'OAI a relancé C_____ (à l'adresse du Carrefour D_____ _____) le 4 octobre 2016 et lui a adressé un deuxième et dernier rappel le 3 novembre 2016 (à l'adresse précitée) lui impartissant un délai de 30 jours pour lui faire parvenir les renseignements demandés.
11. Par plis des 4 novembre et 13 décembre 2016, C_____ a transmis à l'OAI les bilans et comptes de pertes et profits de la société pour 2013, 2014 et 2015.
12. Le gestionnaire de l'OAI a établi le 19 décembre 2016 un mandat d'enquête économique demandant qu'il soit procédé à l'évaluation du préjudice économique de l'assuré, précisant que devait figurer obligatoirement au dossier, notamment, un bilan comptable (3 ans avant l'incapacité durable jusqu'au dernier bouclement possible).
13. Le 21 mars 2017, C_____ a demandé à l'OAI si la demande d'assurance-invalidité de l'assuré avait bien été faite, car elle n'avait toujours rien reçu.
14. Le 23 mars 2017, l'OAI a informé C_____ (à l'adresse du Carrefour D_____ _____) que le dossier de son mandant était encore en cours d'instruction.
15. Le 22 mai 2017, la personne chargée de la préparation de l'enquête économique a constaté qu'il manquait au dossier les attestations de salaires soumises à l'AVS pour les années 2011 à 2016 et le bilan et le compte de pertes et profits pour 2016. Elle demandait encore une réactualisation du compte individuel de l'assuré.
16. Le 6 juin 2017, l'OAI a demandé à C_____ (à l'adresse du Carrefour D_____ _____) de lui transmettre les attestations de salaires soumis à l'AVS pour les années 2011 à 2016 de la société de l'assuré ainsi que le bilan 2016.

17. Le 27 juin 2017, l'OAI a demandé à la SUVA la copie du dossier constitué par ses soins dès le 19 février 2016.
18. Le 11 août 2017, l'OAI a demandé à C_____ (à l'adresse du Carrefour D_____) de prendre contact avec un gestionnaire pour fixer un entretien, qui aurait pour objectif d'évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé de l'assuré dans sa sphère professionnelle. Il était rappelé que l'OAI avait besoin des attestations de salaires soumis à cotisations AVS de la société pour les années 2011 à 2016 ainsi que le compte de pertes et profits de l'année 2016.
19. Selon une note téléphonique du 23 août 2017, l'assuré avait pris contact avec l'OAI suite à la convocation du 11 août 2017. Il lui avait été demandé de regarder avec sa fiduciaire pour que soient fournis les documents demandés sur la convocation. L'assuré avait déclaré qu'il n'y avait pas de locaux à l'adresse de sa société. De ce fait, il avait été annoncé que l'entretien aurait lieu à l'OAI. L'assuré devait rappeler le gestionnaire une fois en possession de tous les comptes de pertes et profits et des attestations de salaires afin de fixer un rendez-vous.
20. L'OAI a adressé un rappel à C_____ (au Carrefour D_____), les 25 août et 19 septembre 2017.
21. Selon une note de travail de l'OAI du 13 novembre 2017, onze mois après la demande de complément d'informations, il manquait toujours des éléments pour établir le préjudice économique de l'assuré. Pour les chefs d'entreprise qui étaient titulaires ou codétenteurs d'une société, le salaire soumis à l'AVS ainsi que la part des bénéfices ou pertes déterminante constituaient, une fois procédé aux éventuelles corrections nécessaires, le revenu lucratif déterminant. S'agissant d'un assuré salarié de sa propre entreprise, le revenu devait être déterminé en additionnant les résultats d'exploitation de la société (bénéfices ou pertes) au salaire perçu par ce-ci. Pour déterminer le revenu moyen sans invalidité, les exercices 2010 à 2011 avaient été pris en compte. L'année 2012 comportait des charges extraordinaires. L'OAI ne disposait pas des comptes permettant d'évaluer la nouvelle situation économique à l'échéance du délai de carence. Pour ce faire, il avait besoin des comptes pertes et profits de l'année 2016.
22. Par sommation adressée en courrier recommandé le 15 novembre 2017, l'OAI a enjoint C_____ (à l'adresse du Carrefour D_____) à lui communiquer les éléments économiques supplémentaires déjà requis le 6 juin 2017 et le 11 août 2017, en l'informant qu'en l'absence de réponse de sa part, il prendrait sa décision sur la base du dossier en sa possession et que les prestations pourraient être refusées à l'assuré.
23. Par projet de décision adressé à C_____ (au Carrefour D_____), l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Depuis le mois de juin 2017, il était dans l'attente de documents économiques indispensables à l'instruction du dossier. Les documents réclamés ne lui avaient pas été adressés en totalité. Suite à

l'échéance du délai imparti dans la sommation du 15 novembre 2017, l'OAI mettait un terme aux mesures d'instruction sur la base des documents en sa possession.

24. Le 26 décembre 2017, C_____ a sollicité l'indulgence de l'OAI et la reconsidération de sa décision. En effet, elle n'avait pas pu établir les états financiers de son client avant le 2 décembre 2017, car plusieurs éléments lui manquaient.
25. À teneur d'une note téléphonique du 15 février 2018, un gestionnaire de l'OAI a appelé C_____ pour l'informer qu'il était toujours dans l'attente du compte pertes et profits de l'année 2016. L'interlocuteur s'était étonné de cet appel, car le document aurait dû être joint au dossier, et avait indiqué qu'il allait faire le nécessaire au plus vite.
26. Le 2 mai 2018, C_____ a demandé à l'OAI de bien vouloir l'informer de sa décision à la suite de sa demande de prestations du 26 décembre pour le compte de l'assuré.
27. Par décision du 4 mai 2018 adressée à C_____ (au Carrefour D_____) par courrier recommandé et pli simple, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée par l'assuré le 2 décembre 2015, confirmant son projet de décision.
28. Le 31 mai 2018, C_____ a informé l'OAI être sans nouvelle de son courrier du 2 mai 2018. L'OAI avait informé son client qu'un courrier lui avait été adressé le 4 mai 2018. À ce jour, C_____ n'avait toujours rien reçu.
29. Le 5 juin 2018, l'OAI a renvoyé à C_____ (au Carrefour D_____) sa décision du 4 mai 2018, à titre d'information.
30. Le 22 juin 2018, C_____ a contesté, pour le compte de l'assuré, la décision de l'OAI, reçue le 19 juin 2017. L'assuré avait été victime d'un grave accident en 2015, elle avait envoyé l'ensemble des documents nécessaires pour la demande de rente d'invalidité, notamment la copie des certificats de salaires ainsi que les bilans et les comptes de pertes et profits 2011 et 2012. Le 16 février 2016, elle lui avait renvoyé le curriculum vitae de l'assuré. Le 4 mai 2018, l'OAI l'avait informée que la demande était rejetée, car les documents économiques indispensables à l'instruction du dossier ne lui avaient pas été transmis. Or, le 1^{er} septembre 2017, C_____ avait informé l'OAI que l'assuré n'était pas indépendant et qu'il n'avait donc pas à fournir les états financiers requis. Malgré la collaboration de C_____ et de nombreuses relances, l'OAI avait maintenu son refus. La décision était ainsi injustifiée.
31. Par réponse du 23 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en se référant à la décision querellée. Si l'assuré refusait de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur pouvait, selon l'art. 43 al. 3 LPG, se prononcer en l'état du dossier et clore l'instruction, après avoir adressé une mise en demeure écrite avertissant l'assuré des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion raisonnable. En

l'espèce, il ressortait du registre du commerce que le recourant était actionnaire de sa société. Afin d'évaluer le préjudice économique de celui-ci au sein de son entreprise, l'OAI lui avait demandé, à plusieurs reprises, de lui transmettre les comptes de pertes et profits pour l'année 2016 (par courriers des 6 juin, 11 août, 25 août, 19 septembre 2017 et un contact téléphonique du 23 août 2017). Malgré les rappels et la sommation, le recourant n'avait pas transmis les documents nécessaires à l'évaluation de son préjudice économique. C'était donc à juste titre que l'OAI avait rendu la décision litigieuse. Les éléments apportés dans le recours ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

32. Le 20 août 2018, C_____ a fait valoir que le classement de la procédure par l'OAI était un manque de respect et surtout d'humanité envers l'assuré. Cela faisait de longs mois que sa demande de prestations avait été déposée et l'aspect principal restait son état de santé. Elle demandait la continuation de l'instruction du dossier par l'OAI, sans quoi elle serait obligée de recommencer au risque de voir l'assuré tomber irrémédiablement malade au détriment de sa santé, de son ménage et de son entreprise.

C_____ a transmis à la chambre de céans les bilan et comptes de pertes profits 2016 de la société du recourant.

33. Lors d'une audience du 27 février 2019 :

a. Le recourant a notamment déclaré : « Je n'ai rien compris. J'ai créé ma société en 2004. Nous avons eu des difficultés avec les fiduciaires avant de travailler avec C_____. Je suis sûr que les attestations de salaires pour les années 2011 à 2016 ont été envoyées à l'OAI. L'OAI a été averti que les pièces demandées seraient adressées avec retard, car il était difficile de les établir en raison des anciennes fiduciaires (...). J'ai besoin d'une rente d'invalidité au vu de mon état de santé et de mes charges familiales. Jusque-là, j'ai toujours travaillé sans demander des prestations sociales. J'estime y avoir droit. Je ne comprends pas la décision de l'AI (...). (Le représentant de C_____) a fait le maximum pour notre société au vu de ce qu'avait fait l'ancienne fiduciaire. »

b. Le représentant du recourant a notamment déclaré : « C_____ a son adresse au carrefour D_____ . Le siège de C_____ est à la rue I_____ et il y a aussi une adresse à Versoix. Je suis gérant de l'ensemble de C_____ et c'est moi qui m'occupais personnellement (du recourant). Je travaille en particulier au D_____. J'ai bien reçu le projet de décision du 15 décembre 2017. Je ne suis pas sûr d'avoir reçu tous les courriers précédents. (...). J'ai dans mon dossier le courrier du 26 décembre 2017. Je m'en souviens et c'est moi qui l'ai rédigé. (...). Je ne me souviens pas avoir parlé avec le gestionnaire de l'OAI le 15 février 2018, mais prends note que le gestionnaire a noté avoir parlé avec moi. (...). Je confirme avoir déjà envoyé les documents, mais je ne peux pas le prouver. Je fais confiance au système postal suisse. S'agissant de mon courrier du 2 mai 2018, je demandais où en était le dossier suite à mon courrier du 26 décembre 2017 demandant la

reconsidération du projet de décision. Je demande à l'OAI de privilégier le côté humain par rapport au côté juridique. Je suis gestionnaire de tous les dossiers pour C_____. Je délègue une partie du travail à des gestionnaires. Plusieurs gestionnaires différents se sont occupés du dossier (du recourant) (...). Lorsque je reçois un courrier de l'OAI (le) concernant, celui-ci vient pour discuter de la suite. Il ne reçoit pas forcément de copie du courrier. Je n'ai pas de liens d'amitié avec (le recourant). S'agissant des comptes de pertes et profits 2016, à mon souvenir le dossier n'était pas complet et lorsqu'on a pu boucler les comptes, nous avons transmis le document demandé à l'AI, à mon souvenir, le 26 décembre 2017. Nous gérons toute la comptabilité de la société (du recourant). Ce dernier n'étant pas du métier, il n'est pas forcément très organisé et nous lui demandons les pièces qui manquent. »

c. La représentante de l'OAI a notamment déclaré : « Dans la mesure où il n'y a pas eu de retour de la sommation adressée en pli recommandé, je pars de l'idée que cet envoi a été distribué. Je constate qu'il y a effectivement eu un problème d'adresse, mais relève que les courriers ont été reçus (...). (Le recourant) a réagi après avoir reçu le projet de décision en février 2018. »

34. Le 22 mars 2019, C_____ a transmis à la chambre de céans les certificats de salaires du recourant pour les années 2011 à 2013 ainsi qu'une attestation de salaires de la société pour l'année 2015 et l'a informée qu'elle n'avait pas d'autres documents en sa possession, précisant avoir repris la comptabilité du recourant en 2015 et que la chambre pourrait obtenir des informations manquantes auprès des caisses AVS dans lesquelles le recourant était enregistré. Concernant les courriers reçus de l'OAI, elle n'était plus en leur possession, mais ils pouvaient être obtenus directement auprès de cet office.
35. Le 27 mars 2019, l'intimé a relevé que, comme constaté en audience, il y avait certes eu une erreur d'adressage, puisqu'il avait mentionné le carrefour D_____ au lieu du _____, mais de l'aveu même du représentant du recourant, certains courriers avaient bien été reçus, en particulier le projet de décision du 15 décembre 2017. Il n'y avait pas de carrefour D_____. Quoi qu'il en soit, il ressortait du dossier que tant le recourant que son représentant avaient été informés par voie orale de la situation, de sorte que l'intimé ne pouvait que maintenir ses conclusions. La décision de refus de collaborer était justifiée malgré l'erreur d'adressage.
36. Le 29 mars 2019, C_____ a transmis à la chambre de céans une attestation des salaires des employés de B_____ Sàrl soumis à l'AVS pour l'année 2014 et un extrait de compte de la société du 1^{er} janvier 2018 au 26 mars 2019 établi par la caisse de compensation Node AVS.
37. Le 6 avril 2019, C_____ a demandé à la chambre de céans de prendre en considération que l'assuré avait d'immenses difficultés pour travailler et faire vivre sa famille à cause de ses problèmes de santé. Elle demandait instamment une

décision obligeant l'intimé à trancher le fond. En cas de décision contraire, il allait recourir et essayer de médiatiser cette affaire avec le ridicule qu'elle comportait. Son client avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité, mais l'intimé ne voulait pas les lui donner, alors qu'il avait demandé un certain nombre de papiers à une fausse adresse.

38. Le 10 juillet 2019, un avocat nouvellement constitué pour le recourant a demandé à consulter la procédure du recourant.
39. 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), 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. Interjeté dans le délai et la forme requis, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus des prestations par l'intimé au motif que le recourant ne lui avait pas adressé la totalité des documents réclamés.
4. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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.

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. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

b. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

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 (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du

Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

c. Dans le cas d'un indépendant, le degré d'invalidité ne doit pas être déterminé en appliquant la méthode de la comparaison en pour-cent, cette méthode ne prenant pas en considération le fait que la gestion d'une structure commerciale engendre des charges fixes et incompressibles, telles que loyer, mobilier ou assurances, qui sont indépendantes de la variation du degré d'activité. Une diminution du chiffre d'affaires ne se traduit donc pas par une diminution proportionnelle du bénéfice. De telles circonstances nécessitent bien plutôt l'examen concret de la situation de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1er septembre 2011 consid. 4.2 et 4.3).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), 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 de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation 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 et les références).

Dans la pratique, la méthode extraordinaire est souvent applicable aux indépendants. Elle est surtout utile dans les secteurs agricole et artisanal, mais ne l'est guère dans le domaine administratif (cf. circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établi par l'office fédéral des assurances sociales dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2018 [CIAI], ch. 3103 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_346/2012 consid. 4.5).

d. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, 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 et les références). 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 pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral I. 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n. 1 p. 1; I.11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274).

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 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). 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, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral I.840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

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).

5. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

La violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'est déterminante que si elle n'est pas excusable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2007 du 2 juillet 2008 consid. 6.3). Il doit ainsi s'agir d'une violation fautive, qui suppose que le comportement de l'intéressé n'est pas compréhensible. Cette condition est réalisée lorsqu'il n'existe aucun fait justificatif (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd. 2009, n. 51 ad art. 43).

Le comportement de la personne assurée ne doit cependant être sanctionné que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible. Il ne saurait se décharger sur la personne assurée de mesures d'instruction auxquelles son devoir d'élucider d'office les faits déterminants lui commande de procéder. Il s'en suit que toute attitude passive, voire tout refus de collaborer, de la personne assurée n'entraîne pas nécessairement un préjudice pour celle-ci, notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut. L'assureur ne doit faire usage de la possibilité

de ne pas entrer en matière sur la demande qu'avec la plus grande retenue, autrement dit, uniquement lorsqu'un examen sur le fond est impossible sur la base du dossier (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018, n. 52 et 53 ad art. 43).

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 7b al. 2 let. d LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion, si l'assuré ne communique pas avec un office AI les renseignements dont celui-ci a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi.

6. En l'espèce, il faut constater, en premier lieu, que l'intimé a adressé ses courriers à la représentante du recourant à une adresse erronée, soit au carrefour D_____ _____, au lieu du 3. S'il est établi que la représentante du recourant a reçu certains de ces courriers, il est possible que d'autres ne lui soient pas parvenus. Il n'en reste pas moins établi, à teneur du dossier, que le recourant n'a pas collaboré pleinement à l'établissement des faits, étant relevé que les actes de son mandataire lui sont imputables (arrêts du Tribunal fédéral 6B_722/2014 du 17 décembre 2014 consid. 2.1; 6F_15/2013 du 29 octobre 2013 consid. 2.3; 6B_503/2013 du 27 août 2013 consid. 3.3 et 3.4; 1B_250/2012 du 31 juillet 2012 consid. 2.3; 6B_60/2010 du 12 février 2010 consid. 2). En effet, C_____ a dû être relancée à plusieurs reprises et n'a donné que partiellement suite aux demandes de l'OAI. Il n'est pas contesté que C_____ a en tout cas reçu les demandes des 26 août 2016, 5 septembre 2016 (téléphone), 11 août 2017 et 15 février 2018 (téléphone). Le recourant semble s'en être totalement remis à C_____, sans suivre la procédure avec la diligence requise.

Cela ne suffit toutefois pas encore pour justifier un refus des prestations. Plusieurs documents ont finalement été transmis à l'intimé par C_____ et le principal document encore réclamé avant que soit prise la décision querellée était le compte de pertes et profits de l'année 2016, selon une note de travail de l'intimé du 13 novembre 2017. Bien qu'incomplet, le dossier permettait de procéder à l'enquête économique requise par le gestionnaire du dossier le 19 décembre 2016. En effet, l'intimé était déjà en possession des comptes de pertes et profits pour les années 2013 à 2015. Or, pour procéder à la comparaison des revenus, l'OAI devait se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit en novembre 2014, un an après le début de l'incapacité de travail durable qui est intervenue le 14 novembre 2013. Le compte de pertes et profits 2016 de l'entreprise du recourant n'était dès lors pas indispensable pour déterminer le revenu avec invalidité de celui-ci. Il l'était d'autant moins que le SMR avait retenu, le 23 août 2016, que le recourant n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle, mais qu'il l'était à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans la mesure où il ressort du dossier que le recourant dirigeait une entreprise relativement petite, dans laquelle ses activités administratives et de direction avaient un rôle secondaire par rapport à celle de ferrailleur, il apparaît peu probable qu'un transfert

de tâches d'exploitation vers des tâches de gestion puisse lui permettre de compenser les répercussions économiques résultant de son atteinte à la santé. L'on se trouve donc dans un cas où le recourant pourrait être tenu de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative. Dans ce cas de figure, l'intimé n'aurait pas besoin des comptes de pertes et profits de la société relatif à l'année 2016 pour fixer le revenu d'invalidé, puisqu'il devrait, pour ce faire, se fonder sur les revenus ressortant de l'ESS.

Il en résulte que c'est à tort que l'intimé a rejeté la demande du recourant pour défaut de collaboration. Il aurait pu et dû trancher la demande sur la base des documents en sa possession, après avoir autant que possible complété le dossier par ses propres démarches, par exemple auprès de la caisse de compensation Node AVS.

7. Le recours doit en conséquence être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision.
8. Le recourant étant représenté et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
9. Au vu du sort du recours, l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (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.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 4 mai 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité pour ses dépens de CHF 1'500.-.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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