

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/651/2016

ATAS/1061/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 décembre 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. En février 2013, l'assureur perte de gain de Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) - né en 1968, de nationalité française, ayant exercé la profession de peintre et de concierge - l'a signalé pour détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
2. Le 28 février 2013, l'assuré a été reçu par un collaborateur de l'OAI.
L'intéressé a expliqué être dans l'incapacité totale de travailler depuis le 14 août 2012 en raison de douleurs dans le dos et la jambe droite.
L'activité exercée en dernier lieu était celle de conducteur de travaux comme salarié de sa propre entreprise et ce, depuis le 21 juin 2006, pour un salaire de CHF 10'000.- par mois. Son travail consistait à prospecter les clients et à effectuer des travaux de rénovation et d'entretien, de maintenance des bâtiments pour des particuliers (électricité, peinture, tapisserie, etc.). L'assuré a précisé être le seul salarié de son entreprise.
Auparavant, il avait travaillé deux ans comme brancardier puis neuf ans dans la restauration.
Dans l'attente de pouvoir reprendre son activité, il avait confié sa société à son frère.
3. Une demande de prestations formelle a été déposée en mars 2013.
4. A été versé au dossier le rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressé, confirmant qu'il travaille à son compte depuis 2006. Y sont mentionnés les revenus suivants : CHF 9'391.- en 2006, CHF 0.- en 2007, CHF 6'000.- en 2008, CHF 18'000.- en 2009, CHF 73'200.- en 2012 et CHF 12'000.- en 2014 (pces 10 et 38 OAI).
5. L'assuré a rempli lui-même le formulaire à l'intention de l'employeur et a mentionné des salaires annuels de CHF 60'000.- en 2009, de CHF 46'300.- en 2010, de CHF 33'500.- en 2011 et de CHF 110'000.- en 2012.
6. Dans un rapport du 19 mars 2013, le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a fait état d'un syndrome radiculaire en L3 sur hernie en L3-L4 depuis août 2012 et d'une totale incapacité à exercer l'activité habituelle, étant précisé que l'assuré ne peut porter de charge de plus de dix kg, qu'il doit éviter les mouvements de flexion et extension, la station debout prolongée et qu'il doit changer de position toutes les quarante-cinq minutes.
7. Le 10 juillet 2013, le Dr B_____ a informé l'OAI que son patient avait repris le travail à 100% le 15 avril 2013.

8. Par courrier du 6 août 2013, l'OAI a réclamé à l'assuré les copies de ses bilans et comptes de pertes et profits des années 2009 à 2012.
9. Le 3 septembre 2013, l'OAI a envoyé à l'assuré un rappel puis, le 15 octobre 2013, un deuxième et dernier rappel.
10. Le 17 janvier 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande.
11. Le 7 février 2014 sont parvenus à l'OAI les bilans de l'assuré des années 2009, 2010, 2011 et 2012, ainsi que les comptes de pertes et profits y relatifs.
12. Dans un rapport parvenu à l'OAI le 11 décembre 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a fait état de lombalgies chroniques durant depuis deux ans, avec une aggravation survenue deux mois plus tôt. Le médecin a préconisé une adaptation du poste de travail, un renforcement musculaire, le port d'une ceinture lombaire et des mesures de réadaptation. Il a précisé que son patient était limité dans son activité de rénovateur en bâtiment.
13. Le 18 décembre 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, a confirmé le diagnostic de lombosciatalgies sur hernie discale L3-L4 et a émis également un pronostic favorable en cas de réadaptation du poste de travail. Ce médecin n'a retenu aucune incapacité de travail. Il a préconisé d'éviter la station debout prolongée, les genuflexions et extensions du dos, ainsi que le port de lourdes charges.
14. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), qui a admis une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle du 14 août 2012 au 15 avril 2013, date à compter de laquelle il a considéré que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
15. Par courrier du 26 juin 2015, l'OAI a réclamé à l'assuré ses bilan et comptes de pertes et profits de l'année 2014.
16. Sans réponse de l'assuré, l'OAI lui a envoyé un premier rappel en date du 24 juillet 2015 et un second, le 27 août 2015.
17. Le 23 octobre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré une sommation aux termes de laquelle il lui a réclamé ses bilan et comptes de pertes et profits pour l'année 2014, ainsi que les copies des attestations de salaire 2009 à 2014, avec un délai au 10 novembre 2015 pour s'exécuter, lui précisant qu'à défaut, il rendrait sa décision sur la base du dossier en sa possession et que les prestations pourraient être refusées.
18. Est parvenue à l'OAI en date du 23 novembre 2015 une brève attestation signée de Monsieur E_____, de la fiduciaire F_____, datée du 30 octobre 2015, confirmant que l'assuré lui avait « transmis des documents afin d'établir sa comptabilité pour 2014 » et ajoutant : « nous pensons que fin novembre, elle sera prête ».
19. Par décision du 25 janvier 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI, considérant qu'il avait réclamé à l'assuré ses bilan et comptes de pertes et profits pour l'année 2014 par courriers des 26 juin, 24 juillet et 27 août 2015, puis par sommation du 23 octobre 2015, constatant que les documents réclamés ne lui étaient pas parvenus, alors qu'ils étaient « essentiels à l'instruction de [son] dossier », a décidé de clore ce dernier pour défaut de collaboration.

20. Par écriture du 22 février 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

En substance, le recourant allègue n'avoir pu envoyer à l'OAI les bilan et comptes de pertes et profits 2014 qu'après avoir emprunté l'argent que lui réclamait son comptable, soit CHF 3'000.-.

21. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 17 mars 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait valoir qu'il a réclamé à l'assuré plusieurs fois, par courriers des 26 juin, 24 juillet et 27 août 2015, ses bilan et comptes de pertes et profits 2014, documents dont il considère qu'ils étaient nécessaires pour évaluer l'éventuel préjudice économique subi par l'intéressé dans la sphère professionnelle.

Par sommation le 23 octobre 2015, l'intimé a rappelé à l'assuré les conséquences potentielles d'un défaut de collaboration et lui a accordé un ultime délai au 10 novembre 2015.

Ce n'est qu'en date du 19 novembre 2015 qu'un courrier signé de la fiduciaire de l'assuré est parvenu à l'OAI, indiquant que les documents réclamés pourraient être potentiellement terminés fin novembre.

L'intimé en tire la conclusion que c'est à juste titre qu'il a rendu la décision litigieuse le 25 janvier 2016, date dont il souligne qu'elle est bien postérieure au délai de remise des documents annoncé par la fiduciaire.

22. Par écriture du 28 mars 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit les bilan et comptes de pertes et profits 2014 litigieux, ainsi que des attestations de salaires portant sur les années 2012 à 2014.

Le recourant allègue que s'il n'a pu produire les documents réclamés plus tôt, c'est parce qu'il n'avait pas les moyens de payer son comptable.

Il demande que son état de santé et sa situation financière soient prises en compte et produit à l'appui de sa bonne foi l'attestation établie le 30 octobre 2015.

23. Par écriture du 6 mai 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il soutient que le recourant ne fait valoir aucun juste motif ou empêchement non fautif pouvant expliquer le non-respect de son obligation de collaborer.

Pour le reste, il rappelle que la légalité de la décision litigieuse ne peut être appréciée que d'après l'état de faits existant au moment de la clôture de la procédure administrative.

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 LPGA relatives à la LAI. 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 la forme prévue par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours a été déposé au guichet dans le délai de 30 jours prévu à l'art. 60 LPGA. Il est dès lors recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations, motif pris de l'absence de collaboration de l'intéressé.
5. En vertu 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.

L'art. 43 al. 3 LPGA précise que si un assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut - après lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui avoir imparti un délai de réflexion convenable - se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière.

Par ailleurs, en matière d'assurance-invalidité, l'art. 7 LAI énumère les obligations de l'assuré, au nombre desquelles, notamment, le fait de participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (al. 2). A cet égard, l'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si *l'assuré se soustrait ou s'oppose ou ne participe pas spontanément à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou de gain.*

L'art. 7b al. 2 ajoute que les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré, notamment, ne communique pas à l'OAI les renseignements dont celui-ci a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi, étant précisé que la décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances, en particulier de la gravité de la faute de l'assuré (art. 7b al. 3 LAI).

6. En l'espèce, c'est à tort que l'intimé invoque à l'appui de son refus de prestations les articles 7b al. 1 LAI et 21 al. 4 LPGA. En effet, ces dispositions ne trouvent pas application en l'espèce puisqu'il n'a jamais été reproché à l'assuré d'avoir refusé de se soumettre à des examens ou à des mesures de réadaptation.

Seuls peuvent donc entrer en ligne de compte ici les art. 43 al. 3 LPGA et 7b al. 2 let. d et al. 3 LAI, puisque ce qui est reproché au recourant est de ne pas avoir produit les documents comptables qui lui étaient réclamés en temps utile, malgré de nombreuses relances et une sommation.

Force est de constater qu'en l'occurrence, l'OAI a opté pour le rejet de la demande de prestations sur la base du dossier - plutôt que pour une clôture pure et simple de l'instruction comme le lui aurait permis l'art. 43 LPGA cité supra -, sans motiver ce refus de prestations autrement que par le défaut de collaboration. Si l'intimé entendait invoquer celui-ci, il devait opter pour la clôture de l'instruction et une décision de non-entrée en matière. Ce n'est pas ce qu'il a fait en l'occurrence, puisqu'il a rejeté la demande. Dès lors, il lui appartenait d'examiner les éléments versés au dossier jusqu'alors - documents médicaux et documents comptables des années précédentes, notamment - et de motiver son refus, ce qu'il a totalement omis de faire dans le cas particulier, alors pourtant que l'atteinte à la santé remonte à août 2012 et qu'il disposait au moins des documents comptables des années 2012 et 2013. Il ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité éventuelle de l'assuré à poursuivre son activité indépendante au vu des documents médicaux versés à la procédure.

L'intimé ne saurait dans ces conditions prétendre avoir procédé à un examen du dossier en l'état avant de rejeter la demande du recourant. A défaut d'un tel examen, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision dûment motivée.

**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 du 25 janvier 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision dûment motivée.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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