

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 août 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Laurence Noble, avocate à Fribourg,

et

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

Art. 28 al. 2, 43 al. 3 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, est seul administrateur de la société P. _____, dont le but est l'exécution de travaux de plâtre et peinture. Il travaille également comme plâtrier-peintre pour le compte de cette société. Il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

b) Selon une déclaration de sinistre LAA complétée le 28 octobre 2008, l'assuré a été victime d'un accident de car le 21 octobre 2008 lors duquel il a été atteint au bassin ; il également été atteint au genou droit et a subi un décollement de l'aorte ainsi qu'un choc à la mâchoire (cf. procès-verbal d'entretien du 6 mars 2009 entre un inspecteur de la CNA et l'assuré à son entreprise). Il a été pris en charge au Centre hospitalier A. _____ (ci-après : A. _____) à compter du 28 octobre 2008.

Dans un rapport médical du 25 février 2009, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au A. _____, a constaté que l'assuré présentait une dissection aortique minime au niveau isthmus aortique, une contusion du thorax, une lésion ophtalmique de l'œil droit avec lésion du Ductus nasolacrimalis, une fracture du bassin ainsi que de multiples dermabrasions sur le flanc et la jambe droite. L'assuré avait été opéré au niveau du bassin le 4 novembre 2008, et une IRM du genou devait encore être effectuée. Le Dr F. _____ a attesté d'une incapacité totale de travail à compter du 21 octobre 2008, le travail pouvant être repris à 90% dès le 9 février 2009.

Selon le procès-verbal d'entretien du 6 mars 2009 précité, l'assuré travaillait à 10% depuis le 9 février 2009, son activité consistant à passer une fois par jour au bureau pour s'occuper du courrier, alors qu'en

temps normal, elle se répartissait en 30% d'activité de bureau et 70% de chantier.

Le 3 septembre 2009, l'assuré a été opéré de son genou droit (ostéotomie de valgisation type fermeture du tibia proximal droit et plastie du ligament latéral externe [LLE] au moyen de la moitié du tendon bicipital), au A._____. Il ressort d'un procès-verbal d'entretien du 15 octobre 2009 entre l'assuré et un inspecteur de la CNA que l'opération s'était bien déroulée, mais que le rendement de l'intéressé était nul pour le moment, celui-ci ne pouvant se déplacer seul. On pouvait par contre compter sur un rendement de 10 à 15% pour les travaux de bureau à compter du 19 octobre 2009 pour autant qu'il puisse conduire et se déplacer avec une seule canne.

La CNA a pris en charge les traitements médicaux et a versé à l'assuré des indemnités journalières à 100% du 24 octobre 2008 au 8 février 2009, puis à 90% à compter du 9 février 2009 jusqu'au 2 septembre 2009, puis à nouveau à 100% du 3 au 30 septembre 2009.

c) Le 14 octobre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle il a déclaré être totalement incapable de travailler depuis le 21 octobre 2008 pour cause d'accident.

Le 21 octobre 2009, l'OAI a requis divers documents de la part de l'assuré, dont en particulier « les pièces comptables pour les 5 dernières années précédant [son] atteinte à la santé ainsi que pour les années ultérieures si l'activité d'indépendant a été poursuivie, même partiellement : bilans et comptes d'exploitation, déclarations fiscales, avis de taxation fiscale ainsi que les feuilles annexes comprenant le détail de la taxation cantonale ».

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 14 janvier 2010 par P._____, depuis l'atteinte à la santé, l'assuré travaillait à 10% et effectuait des tâches de bureau. Il était précisé que son activité

habituelle se répartissait en 0 à 5% de travail administratif, 6 à 33% de travaux d'isolation et 34 à 66% de travaux de plâtrerie.

Dans un rapport médical du 22 janvier 2010 à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assuré le consultait depuis le 6 juillet 2009 et qu'il l'avait vu à deux reprises. Le médecin n'a pas retenu de diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assuré. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de status post polytraumatisme en octobre 2008 (avec : ostéotomie de valgisation type fermeture du tibia proximal droite avec plastie du LLE [ligament latéral externe] le 3 septembre 2009, sur un status après entorse grave du genou droit ; gonarthrose varisante ; fracture du bassin de type Open Book ; status post réduction ouverte et ostéosynthèse de la symphyse pubienne sur plaque Matta le 4 novembre 2008 ; status post ablation du fixateur externe du bassin en raison d'une infection sur broche de fixateur externe aux staphylocoques dorés, ainsi qu'une bactériémie en janvier 2009 ; status post dissection aortique minime ; status post contusion du thorax ; status post lésions ophtalmiques de l'œil avec lésion du ductus naso-lacrymalis ; status post multiples dermabrasions au niveau du flanc droit et du membre inférieur droit). Le Dr K._____ précisait qu'il n'avait pas rédigé d'attestation d'arrêt de travail, renvoyant à cet égard à l'appréciation des médecins du A._____.

Dans un rapport médical du 2 février 2010 à la CNA, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au A._____, a fait état d'une évolution favorable après l'opération du genou droit et attesté d'une reprise du travail par l'assuré à 15% à compter du 15 octobre 2009.

Selon une note interne du 16 mars 2010 du service des enquêtes de l'OAI, l'assuré étant administrateur de la société P._____, il convenait de traiter son dossier comme celui d'un indépendant et de solliciter auprès de lui les éléments économiques usuels, en particulier les comptes 2004 à 2009 de la société P._____ (bilans + pertes et profits),

ses déclarations de salaires pour les années 2004 à 2009 et ses déclarations et taxations fiscales personnelles de 2004 à 2009.

Par courrier du 17 mars 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il le considérait comme un indépendant, puisqu'il était administrateur de la société P._____ et lui a en conséquence demandé de lui faire parvenir les pièces suivantes :

- « - Les comptes 2004 à 2009 de la société P._____ (bilans + pertes et profits).
- Vos déclarations de salaires pour les années 2004 à 2009.
- Vos déclarations et taxations fiscales personnelles de 2004 à 2009 ».

Par envoi du 5 mai 2010, l'assuré a fait parvenir à l'OAI les bilans et comptes d'exploitation de la société P._____ des années 2004 à 2008, ainsi que les décisions de taxation fiscales le concernant pour les années 2003 à 2008, y compris les feuilles annexes comprenant le détail de la taxation cantonale.

Dans un certificat médical du 9 juillet 2010, le Dr D._____ a attesté que l'assuré pouvait reprendre le travail à 25% depuis le 1^{er} avril 2010 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 22 septembre 2010 à l'OAI, les Drs D._____ et I._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de status après entorse grave du genou droit avec rupture du point d'angle postéro-externe (PAPE), du ligament croisé postérieur (LCP) et du ligament latéral externe (LLE), ainsi que de status après polytraumatisme en octobre 2008 (avec fracture du bassin de type Open Book, status après infection de la plaie opératoire et révision de la plaie et d'une fistule urinaire, status après dissection aortique minime au niveau histmo-aortique et status post contusion thoracique). Le traitement actuel de l'assuré consistait en de la physiothérapie. Les médecins ont précisé que l'assuré ne pouvait pas effectuer de travail sur terrain accidenté ou sur des échelles, car il avait des sensations

d'instabilité au niveau de son genou ; il parvenait à faire du travail de bureau qui représentait environ 25% de son activité habituelle. Ils ont par ailleurs attesté que l'assuré présentait une incapacité de travail de 75%.

Par courrier du 2 novembre 2010, l'OAI a demandé à l'assuré de lui faire parvenir, en complément à son envoi du 5 mai 2009, les documents suivants : « vos comptes 2009, votre déclaration fiscale 2009 ».

Par un nouveau courrier du 13 décembre 2010, l'OAI a réitéré sa demande d'envoi des comptes 2009 et de la déclaration fiscale 2009.

Par fax du 22 décembre 2010, l'assuré a transmis à l'OAI le bilan de P. _____ pour l'année 2009, ainsi que sa déclaration d'impôts pour l'année 2009.

Dans un rapport d'analyse économique pour indépendant du 23 mars 2011, l'enquêteur de l'OAI a relevé ce qui suit :

« 1. Analyse des éléments au dossier

L'assuré a été victime d'un accident en date du 21.10.2008. Selon les informations en notre possession, il exerce l'activité de plâtrier-peintre et est administrateur d'une SA depuis 2003 (mais l'assuré exerce cette activité depuis 1988 selon son site internet et occupe le poste de responsable [fonction de directeur et technique]). L'entreprise (tjrs selon site internet) emploie une dizaine de collaborateurs (15 selon note SUVA du 6.03.2009), et selon les comptes transmis, réalise un chiffre d'affaires passant de Sfr. 1'539'678. - en 2004 à Sfr. 2'329'710. - en 2008.

La survenance des problèmes de santé remonte à octobre 2008, et nous ne disposons pas des comptes à l'échéance du délai de carence (l'assuré a transmis le bilan, mais le compte d'exploitation n'a pas été transmis). On relève cependant que selon les déclarations fiscales, c'est un revenu net de Sfr. 19'101.- qui lui a été versé et ce par rapport à un revenu de Sfr. 60'364. - en 2008 et Sfr. 53'786. - en 2007.

Si l'on se réfère aux CI [réd. : comptes individuels AVS], le revenu déclaré (salaire) se situe entre Sfr. 60'000. - et Sfr. 70'000. - sur les dernières années.

Selon les informations médicales au dossier, l'assuré présente des problèmes de santé et a présenté diverses incapacités de travail :

100% du 21.10.2008 au 8.02.2009

90% du 9.02.2009 au 2.09.2009

100% du 03.09.2009 au 19.10.2009

85% dès 20.10.2009 au 31.03.2010

Nous avons pris contact ce jour avec la SUVA (réf 1.29302.08.9) et selon les informations qui nous ont été communiquées, l'assuré aurait été mis à l'IT [réd. : incapacité de travail] 75% dès le 1^{er} avril 2010. S'agissant de la situation médicale, l'assuré a été vu par le médecin d'arrondissement en novembre 2010, et l'état de santé n'est pas stabilisé, l'assuré ayant rendez-vous avec un spécialiste pour un 2^{ème} avis (le 11.03.2011) et la SUVA n'ayant pas reçu ces documents à ce jour.

2. Conclusion, mesures de réadaptation

Au vu de la situation qui prévaut, et du fait d'un polytraumatisme (auquel s'ajoutent des problèmes d'ouïe), il nous est nécessaire de connaître la capacité de travail et les limitations fonctionnelles à retenir pour l'assuré et depuis quand et nous ne disposons à ce jour d'aucune information précise à ce sujet. Le dernier rapport du A._____ nous indique un certain nombre de limitations, mais mentionne que l'assuré n'a pu reprendre ses activités qu'à 25%.

Nous vous proposons par conséquent de:

- Demander à la SUVA de nous faire parvenir les pièces de son dossier postérieures à 09.2010, ainsi que le résultat des investigations entreprises en mars 2011 (consultation chez le Dr [...] à [...]), ainsi que de demander si le médecin d'arrondissement se prononcera prochainement s'agissant de la stabilisation de l'état de santé et si oui de demander le délai pour l'obtenir (réf 1.29302.08.9). Demander également concernant le dossier (1.26512.10.4/35), si des documents médicaux sont à disposition et entraîneraient une incapacité de travail supplémentaire dans l'activité habituelle.

Ecrire à l'assuré et lui demander:

- Copie des comptes d'exploitation pour l'année 2009 (seul le bilan nous a été transmis), décompte TVA des travaux facturés sur l'année 2010, ainsi que copie des déclarations de salaire du personnel pour les années 2007 à 2010)

A ce stade de l'instruction (et sans la détermination précise des limitations fonctionnelles), une enquête sur place ne nous permettra pas de déterminer objectivement les possibilités pour l'assuré de valoriser sa capacité de travail dans son entreprise, et nous déterminer sur une possibilité pour celui-ci de changer d'activité en regard de l'exigibilité qui sera retenue (à première vue, et sur la base des revenus investis dans l'entreprise, une telle exigibilité semble difficile) ».

Par courrier du 25 mars 2011, l'OAI a demandé à l'assuré de lui faire parvenir « les comptes d'exploitation pour l'année 2009 », relevant ce qui suit : « seuls le bilan, le décompte TVA des travaux facturés sur l'année 2010, la copie des déclarations de salaires du personnel nous ont été transmis ».

Par courrier recommandé du 1^{er} juin 2011, l'OAI a sommé l'assuré de lui faire parvenir les comptes d'exploitation 2009, le décompte TVA pour les travaux facturés en 2010 et les déclarations de salaire pour le personnel pour les années 2007 à 2010. L'OAI a précisé qu'il lui avait déjà demandé ces documents le 25 mars 2011 et a attiré son attention sur l'obligation de collaboration prévue par l'art. 28 al. 1 et 2 LPGA. L'OAI a de plus demandé à l'assuré de lui transmettre les comptes de bilan et d'exploitation pour l'année 2010 (à défaut de l'informer à quelle date ces documents pourraient lui être remis) ainsi que ses déclarations fiscales personnelles pour les années 2009 (y compris la décision de taxation) et 2010. L'OAI a imparti à l'assuré un délai au 20 juin 2011 pour lui faire parvenir l'ensemble de ces documents, précisant qu'à défaut, les dispositions de la LPGA lui seraient appliquées, ce qui pourrait lui « porter préjudice ».

Par projet de décision du 24 juin 2011, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations AI (mesures professionnelles et rente) en se fondant sur les motifs suivants :

« Le 16.10.2009, vous avez déposé une demande de rente.

En raison de votre atteinte à la santé, vous êtes en incapacité de travail depuis le 21.10.2008.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, nous avons constaté que vous exercez votre activité au titre d'administrateur de société. Nous vous considérons donc comme un indépendant.

Selon l'art. 16 LPGA, le degré d'invalidité des personnes assurées actives se détermine par le biais d'une comparaison des revenus. Le revenu du travail que la personne assurée pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation du marché du travail équilibrée (revenu d'invalidé) est comparé au revenu qu'elle aurait pu réaliser si elle n'était pas invalide (revenu de valide).

Par notre courrier du 25.03.2011, nous vous avons sollicité pour obtenir divers documents comptables et administratifs, afin de calculer votre préjudice économique (degré d'invalidité).

Malgré plusieurs rappels, ainsi que notre sommation du 01.06.2011, nous n'avons obtenu aucune de ces pièces.

Parce que vous n'avez pas participé à des mesures d'instruction exigibles, nous statuons en l'état du dossier ».

Le 9 septembre 2011, l'assuré, par son avocate, a présenté des objections au projet de décision. En substance, il a fait valoir qu'il ne devait pas être qualifié d'indépendant mais de salarié, de sorte que l'enquête économique pour indépendant mise en œuvre par l'OAI ne se justifiait pas. Dès lors, les documents demandés à ce titre n'étaient pas utiles. Par ailleurs, il n'avait, selon lui, pas failli à son devoir de collaborer puisqu'il avait déjà transmis de nombreux documents à l'OAI ; il lui apparaissait de plus disproportionné que l'OAI ait mis un terme à l'instruction de la cause au motif qu'il n'avait pas transmis les comptes d'exploitation 2009 de la société P._____, alors qu'il était déjà en possession du bilan pour cette année-ci. L'assuré a relevé que l'OAI s'était montré peu compréhensible dans son courrier du 1^{er} juin 2011, car il lui réclamait des documents qu'il disait avoir déjà reçus, à la lecture du courrier du 25 mars 2011. A titre subsidiaire, il a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité faisant valoir que son taux d'invalidité était de 70% au moins au vu des pièces médicales du dossier.

Par décision du 4 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet du 24 juin 2011.

B. Par acte du 8 décembre 2011, Q._____, par son conseil, recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise de l'instruction et/ou prise de nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il fait valoir, principalement, qu'il doit être qualifié de personne dépendante, de sorte que ni la réalisation d'une enquête économique pour indépendant, ni la production des documents comptables et administratifs demandés à ce titre par l'OAI ne se justifient ; dès lors, on ne peut lui reprocher une violation du devoir de collaboration, étant précisé qu'il a de toute manière déjà produit ces pièces. Le recourant soutient que dès lors que tous les éléments sur sa situation médicale et économique figurent au dossier, il y a lieu de lui allouer une

rente entière d'invalidité. Le recourant reproche par ailleurs à l'intimé un défaut d'instruction et de motivation sur la question de son statut professionnel, estimant que l'OAI ne pouvait considérer qu'il avait un statut d'indépendant au seul motif qu'il est administrateur d'une SA. Il soutient en outre que cette question aurait dû être tranchée à titre préliminaire, avant toute autre mesure d'instruction. A titre subsidiaire, soit si « par impossible » la Cour de céans devait retenir qu'il a un statut d'indépendant, il fait valoir qu'il n'a pas violé son devoir de collaboration, ayant dûment transmis les bilans et comptes d'exploitation de P._____ pour les années 2004 à 2008, antérieures à son accident. Pour la période postérieure à celui-ci, il fait valoir qu'il n'était pas compréhensible que l'OAI lui ait réclamé dans la sommation du 1^{er} juin 2011 le décompte TVA des travaux facturés sur l'année 2010 ainsi que les déclarations de salaire du personnel pour les années 2007 à 2010, alors que l'OAI lui avait indiqué dans son courrier du 25 mars 2011 être en possession de ces documents ; dès lors il ne pouvait lui être reproché de ne pas les avoir produits par la suite. Il fait encore valoir que dans la mesure où il n'avait pas fait de lettre d'accompagnement des documents déjà transmis à l'OAI, il ne se souvenait pas de ce qu'il avait déjà transmis ou non à l'OAI. Tout en faisant valoir que la production des documents postérieurs à l'accident n'est pas pertinente, le recourant produit en annexe à son acte de recours, le bilan et le compte d'exploitation de P._____ pour l'année 2009, le décompte TVA pour les travaux facturés par l'entreprise en 2010, ainsi que les déclarations de salaires du personnel pour les années 2007 à 2010.

Dans sa réponse du 6 février 2012, l'OAI a maintenu sa position.

Le 2 mars 2012, le recourant a confirmé son acte de recours.

Le 2 septembre 2013, une audience d'instruction a eu lieu. La conciliation a échoué. Lors de cette audience, l'assuré a précisé qu'il était l'actionnaire principal de P._____, détenant 51% de son capital-action.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Singulièrement, il s'agit de déterminer si l'intimé pouvait nier le droit aux prestations en raison d'un refus de collaboration de l'assuré à l'instruction de la cause.

3. a) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations d'assurance sociale doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues.

Aux termes de l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit

se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'il peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son 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 lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références ; TF 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 consid. 2).

b) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, l'art. 7b al. 1 LAI prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA. L'art. 7b al. 2 LAI prévoit par ailleurs qu'en dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré :

- a) ne s'est pas annoncé sans délai à l'AI malgré l'injonction donnée par l'office AI en vertu de l'art. 3c al. 6 LAI et que cette omission a prolongé ou aggravé l'incapacité de travail ou l'invalidité ;
- b) a manqué à son obligation de communiquer au sens de l'art. 31 al. 1 LPGA ;
- c) a obtenu ou tenté d'obtenir indûment des prestations de l'AI ;
- d) ne communique pas à un office AI les renseignements dont ce dernier a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi.

Comme l'indique la référence aux art. 7 LAI et 21 al. 4 LPGA, l'art. 7b LAI s'applique aux cas dans lesquels l'assuré ne participe pas aux mesures raisonnablement exigibles en vue de réduire ou d'empêcher l'invalidité, ou viole son obligation de collaborer de manière à entraver de telles mesures. Il permet en particulier de réduire ou de mettre fin sans délai aux prestations, de manière à éviter que l'attitude fautive d'un assuré entraîne finalement un dommage à l'assurance-invalidité en empêchant ou retardant une mesure médicale ou professionnelle.

Lorsqu'aucune de ces mesures n'entre sérieusement en considération, les conséquences d'une violation de l'obligation de collaborer de l'assuré restent régies par l'art. 43 al. 3 LPGA (cf. MARKUS KRAPP, Selbsteingliederung und Sanktion in der 5. IV-Revision, in : Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle [RSAS] 2008, pp. 122 sv., p. 145).

4. En l'espèce, l'intimé a exigé plusieurs documents comptables au recourant, mais celui-ci n'a accédé que partiellement à cette demande. En particulier, bien que cela lui ait été demandé à plusieurs reprises, il n'a pas produit les comptes d'exploitation de la société P._____ pour l'année 2009 dans leur ensemble, mais seulement le bilan. Le 1^{er} juin 2011, l'intimé a attiré l'attention de l'assuré sur son obligation de collaborer et l'a sommé de lui faire parvenir dans un délai échéant le 20 juin 2011, les comptes d'exploitation en question, ainsi que le décompte TVA pour les travaux facturés en 2010, les déclarations de salaire pour le personnel pour les années 2007 à 2010, de même que d'autres documents fiscaux et concernant l'entreprise pour les années 2009 et 2010. L'OAI a précisé qu'à défaut de production, il appliquerait les dispositions légales, ce qui pourrait lui « porter préjudice ». Le 24 juin 2011, l'OAI a adressé au recourant un projet de décision de refus de prestations, au motif que ce dernier n'avait pas participé à l'instruction de la cause.

Le recourant conteste, d'abord, le principe même de l'obligation de produire les documents requis, au motif qu'il n'est pas indépendant, mais salarié de P._____. Il se réfère sur ce point à son statut de cotisant à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, qui est celui d'un salarié. Le recourant a néanmoins produit ces documents avec son acte de recours. Il conteste, par ailleurs, la proportionnalité du refus de prestations par l'intimé. En effet, son invalidité serait dûment établie compte tenu d'une incapacité de travail de 75% reconnue par la CNA.

5. a) aa) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré à droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Selon l'art. 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGGA, 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. 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 (art. 7 al. 2 LPGGA).

bb) Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

cc) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause - en particulier pour les personnes de condition

indépendante qui se voient contraintes, en raison de leur état de santé, d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (cf. MICHEL VALTÉRIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2183) - il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA), appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité. Celle-ci consiste à 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. 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 ; TF 9C_394/2009 du 8 janvier 2010 consid. 2.2).

dd) Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, ce dernier peut être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative (cf. TFA I 840/81 du 26 avril 1982, in : RCC 1983 p. 246), ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4 ; ATF 109 V 25 consid. 3c). 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 prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc ; ATF 119 V 250 consid. 3a ; voir également ATF 113 V 22 consid. 4d, ainsi que PETER OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Fribourg 1995, p. 185 sv., p. 203 sv. ; cf. également TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 3).

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 les tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (TF 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 objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 et les références ; voir également TF 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4 ; s'agissant de la situation d'un agriculteur, voir TFA I 38/06 du 7 juin 2006 consid. 3.2 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que des 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 (TFA I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in : SVR 2007 IV no 1 p. 1 ; TFA I 11/00 du 22 août

2001 consid. 5a/bb, in : VSI 2001 p. 274 ; cf. également TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.1).

b) aa) Contrairement à ce que soutient le recourant, son statut de cotisant à l'assurance-vieillesse et survivants ainsi qu'à l'assurance-invalidité, ne détermine pas la méthode d'évaluation de l'invalidité qui lui est applicable. Le choix de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. consid. 5a/bb ci-avant) ou de la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (cf. consid. 5a/cc ci-avant) ne dépend pas du point de savoir si l'assuré est indépendant ou salarié, du point de vue du droit privé ou du droit des assurances sociales. Il dépend bien plutôt du point de savoir si le recourant est en mesure de réorganiser l'entreprise dont il est administrateur unique et actionnaire principal, de manière à limiter son dommage en concentrant son activité sur les tâches les mieux adaptées, d'une part, et qui limitent au mieux sa perte de gain, d'autre part. Ce choix dépend également du point de savoir si, *in fine*, il est raisonnablement exigible de lui qu'il quitte l'entreprise pour une autre activité professionnelle, ce qui entraînerait l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

bb) Dès lors que la qualification en tant qu'indépendant ou salarié, du point de vue du droit privé ou des assurances sociales, n'est pas déterminante pour choisir la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable au recourant, l'OAI n'a pas manqué à son devoir d'instruire d'office en n'instruisant pas plus avant sur cette question. En effet, le principe inquisitoire s'étend uniquement à l'établissement des faits pertinents de la cause (cf. art. 43 al. 1 LPG). L'OAI n'a en conséquence pas non plus violé le droit d'être entendu de l'intéressé, en ne tranchant pas cette question à titre préliminaire ou pour défaut de motivation.

cc) Le recourant étant seul administrateur et actionnaire principal de P._____, dont il détient 51% du capital-actions, l'intimé a considéré à juste titre que la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité lui était en principe applicable, sous réserve qu'un abandon de son activité pour cette entreprise s'avère finalement raisonnablement

exigible, en vue de diminuer son dommage. Or, pour appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, comme pour se déterminer sur l'exigibilité d'un changement d'activité professionnelle, les documents exigés du recourant par l'intimé sont nécessaires. A défaut d'en disposer, l'intimé ne pouvait pas considérer que le recourant présentait un taux d'invalidité de 40%, ouvrant le droit à une rente d'invalidité. En particulier, la seule incapacité de travail de 75% dans l'exercice de ses activités professionnelles habituelles dont il se prévaut - il n'y a pas lieu de se prononcer, à ce stade, sur le caractère suffisamment établi ou non de cette allégation - ne correspond pas forcément au taux d'invalidité qui résulterait d'une application de la méthode extraordinaire de comparaison des revenus ou, en cas de changement de profession raisonnablement exigible, d'une application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Dans ces conditions, et vu l'absence de collaboration du recourant à l'instruction de la cause, l'intimé était en droit de statuer en l'état du dossier et de nier son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Au regard de l'art. 43 al. 3 LPGA, la sommation du 1^{er} juin 2011, de même que le projet de décision de refus de prestations du 24 juin 2011, qui renvoyait à la sommation, constituaient une mise en demeure suffisante. Le recourant disposait encore du temps nécessaire pour fournir les documents demandés par l'OAI entre le projet de décision du 24 juin 2011, lequel ne mettait pas fin à la procédure administrative, et la décision du 4 novembre 2011 (cf. TF 9C_502/2013 du 14 octobre 2013 consid. 4.3). Par ailleurs, la sommation du 1^{er} juin 2011 qui contenait la liste détaillée des documents requis par l'OAI excluait tout risque d'erreur de la part du recourant quant au caractère complet ou non des documents qu'il lui avait déjà remis, de sorte que son manque de collaboration n'est pas excusable.

c) Le recourant a produit l'ensemble des documents exigés par l'OAI, en annexe à son recours contre la décision litigieuse du 4 novembre 2011. Il s'est ainsi plié, certes tardivement, aux injonctions de l'intimé. Le principe de la proportionnalité n'impose pas, dans ces circonstances, le réexamen du droit aux prestations depuis la demande du 14 octobre 2009. Il commande en revanche, que l'intimé réexamine le

droit du recourant aux prestations comme s'il était saisi d'une nouvelle demande dès la date à laquelle les pièces requises lui ont été communiquées. Il serait en effet excessif de nier définitivement le droit aux prestations en raison du défaut de collaboration de l'assuré, quand bien même celui-ci a finalement produit les documents demandés (cf. ATF 139 V 585 ; voir également TF 9C_994/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.1 ; TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.6).

6. a) Vu ce qui précède, le recours est mal fondé, l'intimé ayant nié à juste titre le droit aux prestations litigieuses, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il convient néanmoins de préciser que l'intimé devra reprendre l'instruction et statuer sur le droit aux prestations comme s'il était saisi d'une nouvelle demande dès la communication des pièces produites par le recourant.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 francs et mis à la charge du recourant.

c) Vu l'issue du litige, le recourant n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 4 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée au sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laurence Noble (pour Q._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :