

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1870/2015

ATAS/961/2015

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 décembre 2015**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1971, a obtenu une licence en psychologie en 1995, un brevet ès lettres en histoire générale et nationale en 2002, un certificat de réflexologie en 2004 et un baccalauréat universitaire ès lettres en 2007. À compter du 1<sup>er</sup> novembre 1999, il a travaillé en qualité de socio-éducateur à plein temps pour le compte des Établissements B\_\_\_\_\_ de Genève, devenus depuis lors les Établissements C\_\_\_\_\_ (ci-après : les C\_\_\_\_\_). Il a réduit son taux d'activité à 90% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, puis à 60% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2007, avant de l'augmenter à 75% à compter du 1<sup>er</sup> juin 2008.
2. Le 22 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), invoquant une sclérose en plaques depuis 2008.
3. Dans un questionnaire pour l'employeur du 14 juin 2010, les C\_\_\_\_\_ ont notamment indiqué que l'horaire ordinaire de travail était de 40 heures par semaine. Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008, l'assuré travaillait six heures par jour, soit 30 heures par semaine, pour un salaire mensuel de CHF 5'490.-. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, son salaire mensuel avait été augmenté à CHF 5'820.10. Diverses primes s'ajoutaient à son traitement mensuel, générant des revenus variables de quelques centaines de francs. Dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré devait souvent concevoir et animer des activités socio-éducatives, pratiquer ou superviser les soins de base, marcher et rester debout. Il devait parfois effectuer des tâches administratives, être assis et soulever ou porter de lourdes charges. Cette activité nécessitait de la concentration, de l'attention et une faculté d'interprétation dans une importante mesure, de même que de l'endurance et du soin.
4. Dans un rapport du 5 juillet 2010, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a confirmé le diagnostic de sclérose en plaque depuis 2008. Il suivait l'assuré depuis le 20 août 1993. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 27 janvier 2010 en raison des troubles de l'équilibre, de faiblesses des membres inférieurs, d'une fatigabilité et d'une limitation dans les déplacements. L'activité habituelle n'était plus exigible. Le rendement était nul, à cause des troubles neurologiques. Travaillant habituellement à 75%, la reprise du travail à 50%, voire plus, était possible, dans une activité adaptée de type sédentaire. L'assuré ne pouvait pas travailler uniquement debout ou principalement en marchant, s'accroupir, se mettre à genoux, soulever ou porter des charges et monter sur une échelle ou un échafaudage. Sa résistance était limitée en raison de sa fatigabilité.
5. Par courrier du 20 septembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 27 janvier 2010. Par contre, il était actuellement en mesure de reprendre une activité adaptée (travail sédentaire de type travail de bureau) à 50% (de 75%), puis, dans un deuxième temps, d'augmenter son activité à 100% (de 75%).

6. Le 27 septembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assuré des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours en informatique et dactylographie. Le 19 novembre 2010, ces mesures ont été étendues à la prise en charge d'un stage dispensé du 12 juillet au 9 août 2010 à Lugano.
7. Par communication du 17 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un reclassement professionnel, sous la forme d'un stage de conseiller en emploi au sein des C\_\_\_\_\_, du 21 mars au 31 octobre 2011, et d'un cours sur les assurances sociales, du 9 février au 11 mai 2011. Les 12 avril et 1<sup>er</sup> septembre 2011, ces mesures ont été complétées par la prise en charge d'une formation intensive en coaching du 7 au 27 août 2011, respectivement d'une formation de coach permettant à l'assuré d'obtenir une certification en coaching professionnel, de janvier à mai 2012. Ces mesures ont été appréciées de l'assuré et suivies avec succès.
8. Le 18 octobre 2011, les C\_\_\_\_\_ ont indiqué à l'assuré qu'il avait donné pleine et entière satisfaction durant son stage et qu'il rejoindrait l'unité évaluation et placement en qualité de socio-éducateur à 75%, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Son salaire mensuel brut serait de CHF 5'961.50.
9. Par décision du 13 décembre 2011, l'OAI a relevé que le stage dispensé aux C\_\_\_\_\_ avait abouti à un engagement à 75%, soit son taux d'activité habituel. Le revenu réalisé excluait le droit à la rente.
10. Le 23 juin 2014, l'assuré a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'OAI, invoquant une incapacité de travail de 50%, puis de 75% de son taux d'activité habituel, depuis le 8 juillet 2013.
11. Le 25 juillet 2014, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé, sa sclérose en plaques occasionnant une fatigue plus importante, des difficultés à marcher plus prononcées et une concentration réduite, ce qui rendait difficile le maintien de son taux d'activité à 75%.
12. Dans un rapport du 11 août 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a relevé que, suite à la pose du diagnostic de sclérose en plaques, les troubles neurologiques de l'assuré s'étaient accentués progressivement avec le développement d'une paraparésie en 2010. Après son reclassement et sa reprise d'emploi en 2011, ses troubles neurologiques avaient continué à s'accroître avec le développement d'une paraparésie franche, le limitant de plus en plus dans son périmètre de marche. Il avait dû utiliser une canne en 2012, une orthèse d'un côté en 2013, puis une seconde orthèse en 2014, avec une accentuation de ses activités physiothérapeutiques. De plus, il suivait un traitement médicamenteux pour son affection inflammatoire. Une IRM réalisée en juillet 2014 ne mettait pas en évidence de nouvelles lésions, mais confirmait l'importance de la sclérose en plaques avec de très nombreuses anomalies au niveau cérébral et médullaire. L'atteinte à la santé revêtait une forme secondairement progressive. La capacité de travail avait été réduite de son taux habituel de 75%, à 50% d'un plein temps, dès le

1<sup>er</sup> novembre 2013. Ce taux d'activité semblait adéquat par rapport à son état de santé.

13. Le 15 septembre 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant une maladie neurologique diagnostiquée en 2009.
14. Dans un questionnaire pour l'employeur du 2 octobre 2014, les C\_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assuré travaillait six heures par jour avant et après son atteinte à la santé le 1<sup>er</sup> juin 2008. Depuis 1<sup>er</sup> mai 2014, le salaire de l'assuré était de CHF 6'368.40 par mois, soit CHF 82'788.75 par année. L'assuré avait été en incapacité de travail de 100% de 75% du 20 février au 3 mars 2013, de 50% de 75% du 8 juillet au 31 octobre 2013 et de 25% de 75% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2013. Son activité professionnelle impliquait d'observer les stagiaires et de les évaluer, d'élaborer des programmes d'évaluation, d'appliquer les programmes d'évaluation, et d'enseigner pratiquement et théoriquement de manière fréquente. Occasionnellement, il devait prendre contact avec les écoles et effectuer des tâches administratives. Il était souvent assis et devait rarement marcher, rester debout ou soulever et porter des charges légères (entre 0 et 10 kilogrammes). Intellectuellement, cette activité nécessitait beaucoup de concentration et d'attention et une grande faculté d'interprétation. L'endurance et le soin étaient nécessaires, mais dans une moindre mesure.
15. Dans un rapport du 6 octobre 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de sclérose en plaques depuis 2009, avec effet sur la capacité de travail. L'aggravation de l'état de santé de l'assuré était lente. Il était fort probable que sa capacité de travail doive être réduite, en l'absence d'une modification de son cadre professionnel. L'assuré démontrait une volonté de continuer à travailler. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2013, sa capacité de travail était de 75% de son taux habituel d'activité. Malgré une asthénie inhérente à son affection inflammatoire pouvant avoir une influence sur ses capacités de concentration, il existait une possibilité de reclassement professionnel. Le rendement était réduit de 50%. Une activité professionnelle à 50% était envisageable.
16. Dans un rapport intermédiaire du 13 octobre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, sans changement de diagnostic. L'assuré présentait une fatigue, une fatigabilité et une accentuation des troubles de l'équilibre et de la marche. L'aggravation était graduelle depuis 2012, mais influençait négativement la capacité de travail depuis juillet 2013. Sa capacité de travail était de 75% de 75%, soit environ 56%, dans son activité habituelle.
17. Dans un avis du 18 novembre 2014, le docteur F\_\_\_\_\_ du SMR a admis que la capacité de travail de l'assuré était de 55% dans son activité habituelle depuis juillet 2013, validant les conclusions des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.
18. Le 21 janvier 2015, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assuré par Madame G\_\_\_\_\_ (ci-après : l'enquêtrice).

Dans le rapport du 26 janvier 2015 qui a suivi, cette dernière a relevé que l'assuré était atteint d'une sclérose en plaques depuis 2009, ce qui engendrait une importante boiterie, un équilibre précaire, une main gauche plus faible et une fatigue chronique. L'assuré travaillait à 75% en tant qu'éducateur aux C\_\_\_\_\_. Il travaillait par envie et en raison de ses besoins financiers. Il vivait en couple depuis trois ans. Son amie était en recherche d'emploi/études et ne gagnait pas encore un revenu stable. La mise en incapacité durable avait débuté en juillet 2013.

L'assuré a déclaré que sans atteinte à la santé, il travaillerait en qualité de socio-éducateur à 75%. Ainsi, il était actif à 75% dans la sphère professionnelle et à 25% dans la sphère ménagère. Dans cette sphère, les empêchements étaient relativement importants, dans la mesure où son activité professionnelle lui prenait beaucoup d'énergie. Une aide de 27,5% était exigible de son amie.

L'enquêtrice a conclu à un taux d'empêchement dans le ménage de 26% :

	pondération	empêchement	exigibilité	invalidité pondérée
conduite du ménage	5%	0 %	0%	0%
alimentation	40%	50%	20%	12%
entretien du logement	20%	60%	30%	6%
emplettes et courses diverses	10%	60%	60%	0%
lessive et entretien des vêtements	20%	50%	30%	6%
soins aux enfants ou aux autres membres de la famille	0%	0%	0%	0%
divers (aucune activité)	5%	60%	30%	1.5%
total	100%			26%

19. Dans un projet de décision du 6 mars 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il présentait un degré d'invalidité de 25%, ce qui était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans la mesure où l'assuré mettait en œuvre sa capacité de travail dans son activité habituelle, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires.
20. Le 2 avril 2015, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, apportant de nombreuses précisions, notamment par rapport aux effets des conséquences de sa maladie dans ses sphères privées et professionnelles. Selon lui, ses limitations fonctionnelles n'étaient pas suffisamment prises en considération dans la détermination de sa capacité de travail.
21. Par décision du 4 mai 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Depuis le mois de juillet 2013, sa capacité de travail était considérablement

---

restreinte. Son degré d'invalidité était de 25%, soit de 19% dans la sphère professionnelle (capacité de travail de 75% de 75% : 56%) et de 7% dans la sphère ménagère (26% de 25%). Ce taux était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En ce qui concerne le statut d'actif à 75%, force était de constater que l'assuré avait travaillé à ce taux depuis son engagement auprès des C\_\_\_\_\_, le 1<sup>er</sup> novembre 1999. Le reclassement de l'assuré avait abouti à un engagement à 75%, soit son taux d'activité habituel.

22. Par acte du 2 juin 2015, l'assuré a interjeté recours devant la chambre de céans contre cette décision, concluant préalablement à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son écriture, et principalement à ce qu'une demi-rente d'invalidité, au minimum, lui soit octroyée. Il était atteint depuis plusieurs années d'une sclérose en plaques. Il avait toujours eu l'intention de travailler à plein temps, mais avait dû accepter un taux d'occupation inférieur, en raison de ses atteintes à la santé. Ainsi, l'utilisation de la méthode mixte pour le calcul du degré d'invalidité était contestée.
23. Par acte du 30 juin 2015, le recourant a, par l'intermédiaire de son conseil, complété son écriture du 2 juin 2015, concluant préalablement à ce qu'une comparution personnelles des parties soit ordonnée et à ce que des enquêtes soient ouvertes, notamment dans le but d'entendre le Dr D\_\_\_\_\_. Principalement, il a conclu à ce que son statut de salarié à plein temps soit reconnu, à ce qu'il soit constaté que son taux d'invalidité s'élevait au moins à 50% et à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit accordée à compter du 1<sup>er</sup> mars 2015.

Il avait été engagé à plein temps par les C\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> novembre 1999. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, il avait réduit son taux d'activité à 90%, puis à 60% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2007, avant de l'augmenter à 75% dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. Le 7 octobre 2008, une sclérose en plaque particulièrement agressive lui avait été diagnostiquée, étant précisé qu'un état de faiblesse général et des troubles du sommeil l'affectaient déjà depuis un certain temps. Son degré d'activité n'avait ainsi pas été réduit par convenance personnelle, mais par nécessité.

Lors du dépôt de sa demande de prestations initiale le 29 mars 2010, sa capacité de travail était nulle. Son incapacité de travail avait fluctué par la suite, avant et après les mesures de réadaptations qui lui avaient été proposées. À compter du 1<sup>er</sup> novembre 2011, suite à sa formation de conseiller en emploi financée par l'intimé, il avait été affecté auprès des services socioprofessionnels des C\_\_\_\_\_, en qualité de socio-éducateur à 75%, puis de maître de réadaptation à 75%. Lors du dépôt de sa seconde demande de prestations le 16 septembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ avait relevé que son état de santé s'était fortement dégradé. Depuis lors, son état de santé s'était encore péjoré, étant précisé que le Dr E\_\_\_\_\_ estimait sa capacité de travail entre 40 et 50%, en raison la motricité et de l'asthénie inhérente à sa sclérose en plaques, dans son attestation du 21 mai 2015. Cette appréciation était partagée par le Dr D\_\_\_\_\_, lequel soulignait les efforts consentis pour conserver sa capacité de travail. À ce jour, il travaillait à 50%, de sorte que son degré

d'invalidité était de 50%, ce qui lui donnait le droit à une rente d'invalidité dès le mois de mars 2015.

24. Dans sa réponse du 14 août 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'affirmation du recourant selon laquelle il aurait travaillé à plein temps sans son atteinte à la santé entraine en contradiction avec les éléments figurant au dossier. Lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 21 janvier 2015, le recourant avait expressément déclaré que sans atteinte à la santé, il aurait exercé une activité de socio-éducateur à 75%. En outre, dans le cadre de la première demande de prestation du 25 mai 2010, il avait bénéficié d'un reclassement professionnel en tant que conseiller en emploi au sein des C\_\_\_\_\_. Cette mesure avait permis un engagement à 75%, soit un taux identique à l'activité exercée avant son atteinte à la santé. Le recourant avait modifié son taux d'activité, à la hausse puis à la baisse depuis janvier 2004. Or, le diagnostic de sclérose en plaques n'avait été posé qu'en octobre 2008. À l'époque, le recourant venait pourtant d'augmenter son taux d'activité, passant de 60 à 75% dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. Il n'avait ainsi pas réduit son taux d'activité en raison de son atteinte à la santé, mais par convenance personnelle.
25. Dans ses observations du 14 septembre 2015, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a catégoriquement contesté avoir déclaré que, sans atteinte à la santé, il aurait travaillé à 75%, à l'occasion de l'enquête ménagère du 21 janvier 2015. Cette mention avait été portée sur le rapport de manière unilatérale par l'enquêtrice. Par ailleurs, il n'existait aucun motif objectif, autre que son atteinte à la santé, susceptible d'expliquer la baisse puis la fluctuation de son taux d'activité.

À l'appui de ses observations, le recourant a produit divers documents, soit :

- une attestation du 22 juin 2015 établie par le Dr E\_\_\_\_\_, lequel estimait que le taux d'activité professionnelle du recourant était réduit, en rapport avec son affection neurologique dès la date de mise en évidence de cette affection inflammatoire ;
- un certificat du 6 juillet 2015 dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ relevait que le diagnostic de sclérose en plaques avait été établi en 2008. Auparavant, le recourant avait présenté des ennuis de santé, très certainement liés à cette atteinte. En 2004, il avait présenté un état de fatigue inhabituel, étant précisé que les examens mis en œuvre n'avaient pas permis d'en découvrir la cause. En 2006, il avait trébuché, sans facteur déclenchant. Les examens cliniques n'avaient pas mis en évidence de pathologie particulière. Lorsqu'il avait présenté des troubles plus constants au membre inférieur gauche, une IRM cérébrale avait permis de poser le diagnostic de sclérose en plaques. Suite à une orientation professionnelle, le recourant avait souhaité travailler à 75%, avec beaucoup de courage. Le Dr D\_\_\_\_\_ l'avait soutenu dans ce sens. Cependant, il était certain que sa capacité effective de travail était au maximum de 50%, compte tenu de sa maladie, déjà avant 2008. Le

Dr D\_\_\_\_\_ regrettait de ne pas avoir été plus insistant sur ce point, en raison de l'état de fatigue et des troubles neurologiques présentés par le recourant ;

- une attestation du 13 août 2015 des C\_\_\_\_\_, précisant que l'intéressé était actuellement occupé à un taux thérapeutique partiel. À ce jour, sur la base du dernier certificat médical indiquant une capacité de travail de vingt heures par semaine dès le 16 juin 2015, son salaire mensuel brut de base était de CHF 4'245.60, étant précisé qu'il pourrait être modifié en fonction d'un nouveau taux indiqué par le médecin et de ses absences pour maladie ;

- un résumé de parcours professionnel et un curriculum vitae rédigés par le recourant, dont il ressortait notamment que les variations de son taux d'activité entre 2004 et 2007 avaient pour origine une fatigue importante.

26. Dans ses observations du 7 octobre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Se fondant en partie sur un avis du 25 septembre 2015 du Dr F\_\_\_\_\_, il a relevé que les derniers documents produits n'étaient pas de nature à rendre vraisemblable que des motifs médicaux étaient à l'origine de la réduction du taux d'activité du recourant. S'agissant de l'attestation du 22 juin 2015 du Dr E\_\_\_\_\_, elle ne faisait état d'aucun élément propre à justifier une diminution de la capacité de travail antérieure à 2008. De plus, le Dr E\_\_\_\_\_ ne suivait le recourant que depuis décembre 2012. En ce qui concerne le certificat du 6 juillet 2015 du Dr D\_\_\_\_\_, celui-ci était en parfaite contradiction avec les précédents rapports et le reste du dossier. Sa valeur probante devait par conséquent être niée. Les conclusions des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ étaient différentes de celles qu'ils avaient formulées précédemment, sans qu'aucun élément médical ne le justifie.

27. À la suite de quoi la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

- 
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
5. Le litige porte sur la question du droit aux prestations du recourant, en particulier sur son degré d'invalidité et la méthode pour l'évaluer.
6. 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 ou mentale 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<sup>er</sup> 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).
8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art.

---

28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit

---

néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'espèce, l'intimé considère que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait exercé son activité professionnelle à 75%, consacrant le reste de son temps, soit 25%, à la tenue de son ménage. Il se fonde pour cela sur le taux d'activité du recourant avant que sa sclérose en plaques ne soit diagnostiquée et sur ses déclarations lors de l'enquête ménagère.

Quant au recourant, il soutient que, sans son atteinte à la santé, il aurait travaillé à plein temps. Selon lui, son taux d'activité avait fluctué dès 2004, en raison d'une fatigue importante en lien avec sa maladie. Pour le surplus, il conteste avoir déclaré à l'enquêtrice qu'il aurait travaillé à 75%, sans son atteinte à la santé.

En l'occurrence, le recourant est âgé de 44 ans, célibataire et sans enfant. Il habite avec son amie, avec qui il est en couple depuis trois ans. Il a obtenu une licence en psychologie en 1995, un brevet ès lettres en histoire générale et nationale en 2002, un certificat de réflexologie en 2004 et un baccalauréat universitaire ès lettres en 2007. Dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999, il a travaillé pour le compte des C\_\_\_\_\_ en qualité de socio-éducateur à plein temps, à 90% à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, à

---

60% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2007, puis à 75% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008. Dès cette date, le recourant a perçu un revenu mensuel, incluant le traitement de base et les diverses primes, compris entre CHF 5'700.- et CHF 6'700.-, auquel s'ajoutait un treizième salaire. Sa sclérose en plaques a été diagnostiquée le 7 octobre 2008. Suite aux mesures professionnelles mises en œuvre courant 2011, le recourant a été engagé par les C\_\_\_\_\_ en tant que conseiller en insertion à 75% pour un salaire mensuel compris entre CHF 6'000.- et CHF 6'368.40. Enfin, lors de l'enquête ménagère du 21 janvier 2015, le recourant a déclaré à l'enquêtrice que, sans atteinte à la santé, il aurait exercé la profession de socio-éducateur à 75%.

Compte tenu de ces éléments et en particulier des déclarations du recourant à l'enquêtrice, il apparaît que, sans sa sclérose en plaques, ce dernier aurait continué à travailler à 75%. En outre, sa situation personnelle et financière ne lui commandait pas de prendre un emploi à plein temps. S'il est vrai que le recourant a commencé sa carrière au sein des C\_\_\_\_\_ à plein temps, il apparaît qu'il a réduit son taux d'activité dès 2004, soit plusieurs années avant que sa sclérose en plaques ne soit diagnostiquée. De plus, les modifications de son taux d'activité en 2004 et 2007 coïncident avec ses périodes de formations. Les fatigues importantes invoquées par l'assuré pour justifier les variations de son taux d'activité ne constituent en réalité qu'une possibilité, laquelle n'est pas rendue suffisamment vraisemblable pour emporter la conviction de la chambre de céans, faute d'éléments objectifs allant dans ce sens. Le fait est que ni le Dr E\_\_\_\_\_ dans son attestation du 22 juin 2015, ni le Dr D\_\_\_\_\_ dans son certificat du 6 juillet 2015 ne permettent de considérer que les variations du taux d'activité du recourant sont à mettre sur le compte de la maladie. Au contraire, le Dr E\_\_\_\_\_ ne fait que confirmer que le taux d'activité a été réduit à 75%, en raison de la maladie, dès sa découverte en octobre 2008, soit plusieurs mois après que le recourant ait modifié son taux d'activité à 60, puis 75%. Quant aux explications du Dr D\_\_\_\_\_ relatives à l'état de santé du recourant avant le mois d'octobre 2008, elles sont évasives et ne reposent sur aucune base objective. Enfin, les allégations du recourant quant au fait que l'enquêtrice aurait inscrit unilatéralement au rapport son intention de travailler à 75% ne sont pas vraisemblables et ne sont démontrées par aucun élément de preuve.

En tout état de cause, il convient de relever que le fait que le recourant soutienne que, sans atteinte à la santé, il aurait travaillé à plein temps, est contradictoire avec ses déclarations lors de l'enquête ménagère. Or, à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

Ainsi, l'intimé était fondé à considérer que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait travaillé à 75%, consacrant le reste de son temps (25%) à sa sphère ménagère, et à déterminer le degré d'invalidité au moyen de la méthode mixte.

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). En particulier, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA, la tâche du médecin consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier

---

et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
14. a) À titre liminaire, la chambre de céans relève que le dossier de la procédure contient suffisamment d'éléments pour lui permettre de trancher le litige qui lui est soumis. En effet, ni la comparution personnelle des parties, ni l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ requises par le recourant ne sont nécessaires à la résolution du litige, leur point de vue étant déjà connu de la chambre de céans. Par conséquent, les demandes d'instructions du recourant doivent être rejetées.  
  
b) En l'espèce, l'intimé considère que le degré d'invalidité du recourant se monte à 25%, soit 19% dans la sphère professionnelle (capacité de travail de 75% de 75% : 56% et 7% dans la sphère ménagère). Un tel degré d'invalidité est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Quant aux éventuelles mesures professionnelles, elles ont déjà été mises en œuvre et ont permis au recourant de trouver un emploi dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, au même taux d'activité qu'avant l'atteinte à la santé. Il fonde son appréciation sur les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ établis en 2014, ainsi que sur l'avis du SMR y relatif.

Le recourant estime pour sa part que son état s'est fortement dégradé en septembre 2014, soit au moment du dépôt de sa seconde demande de prestation, à la lumière

des rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. À ce jour, il travaille à 50%, de sorte que son degré d'invalidité s'élevait à 50%.

c) En premier lieu, il convient de relever que le résultat du calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé est erroné. En effet, en retenant une invalidité de 19% dans la sphère professionnelle et de 7% dans la sphère ménagère, l'intimé aurait dû fixer le degré d'invalidité global du recourant à 26% et non 25%. Toutefois, cette erreur ne porte pas à conséquence, compte tenu des développements ci-après.

d) S'agissant du fond du litige, il apparaît en réalité que les parties ne divergent pas sur la capacité de travail résiduelle du recourant, puisque l'intimé retient une capacité de travail de 56%, sur la base des rapports des médecins traitants du recourant. En effet, tant le Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 octobre 2014 que le Dr D\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 octobre 2014 ont retenu une capacité de travail de 75% de son taux habituel d'activité de 75%, ce qui correspond à une capacité de travail de 56%. Ainsi, la différence de position des parties quant au degré d'invalidité du recourant a pour seule origine la méthode de calcul utilisée, puisque le degré d'invalidité du recourant s'élèverait à 44% (100% - 56%) si la méthode ordinaire de calcul était appliquée au cas d'espèce.

Cela étant, comme exposé précédemment (voir supra consid. 11), le recourant présente un statut qui justifie l'emploi de la méthode mixte pour déterminer son degré d'invalidité. À ce propos, il convient de relever que le recourant ne conteste, à juste titre, ni le contenu de l'enquête ménagère – à l'exception de ses déclarations quant à son taux d'activité s'il n'avait pas présenté une atteinte à la santé (voir supra consid. 11) – ni les conclusions de l'enquêtrice ou le calcul de son empêchement dans la sphère ménagère. Dès lors, il n'existe aucun motif de s'écarter de l'appréciation de l'intimé et d'annuler la décision querellée.

Enfin, la teneur du certificat du 6 juillet 2015 établi par le Dr D\_\_\_\_\_ n'a aucune incidence sur l'issue du litige. Dans ce document, le médecin traitant indique qu'à la suite des mesures professionnelles mise en œuvre par l'intimé, le recourant avait souhaité travailler à 75%, avec beaucoup de courage. Cependant, sa capacité de travail n'excédait pas 50%, déjà avant l'année 2008. Outre le fait que ce certificat a été établi postérieurement à la décision querellée, force est de constater que les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ ne sont pas motivées en suffisance. En effet, le médecin traitant du recourant ne fait état d'aucun élément objectif permettant de considérer que le recourant présentait une incapacité de travail de 50% déjà avant 2008. De plus, ledit certificat est en contradiction avec l'ensemble du dossier, et en particulier avec ses rapports précédents.

e) Au vu de ce qui précède, le recourant présente un degré d'invalidité de 26%. Dans la mesure où son activité habituelle à taux réduit est adaptée à son état de santé, compte tenu des mesures professionnelles dont il a bénéficié, de sa formation, de son expérience, de son parcours professionnel et du fait qu'une

activité sédentaire lui est indispensable, aucune mesure professionnelle ne semble en l'état nécessaire.

15. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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