



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2977/2019

ATAS/368/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mai 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, représenté par
Sauvegarde Populaire Suisse

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Andres PEREZ et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1955 (ci-après : l'assuré ou le recourant), célibataire et sans enfant, déclare souffrir d'un syndrome d'Ehlers-Danlos (ci-après : SED), soit une dystrophie congénitale du tissu conjonctif depuis de nombreuses années.
2. L'assuré a exercé une activité professionnelle pendant cinq ans, comme garçon de minibar dans un hôtel, après quoi il s'est acquitté, épisodiquement, de missions de travail temporaire, à temps partiel dans le secteur du nettoyage.
3. Depuis lors, il n'a plus exercé d'activité professionnelle. Il a fait du bénévolat auprès de Caritas-Genève pendant dix-sept ans puis, l'année de ses 63 ans, a déposé une demande de rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 22 janvier 2018, en indiquant sous la rubrique du genre d'atteinte à la santé « problèmes d'articulations ».
4. Interpellé par l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le docteur B_____, généraliste, a rendu un rapport médical, datant du 28 février 2018, dans lequel il exposait les polyarthroses de l'assuré, sa suspicion de la présence d'une maladie de type SED et fixait le point de départ de l'incapacité totale de travailler au 1^{er} juillet 2017.
5. Le rapport établi par le docteur C_____, du Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), en date du 8 mars 2018, concluait à la présence d'arthralgies multiples en rapport avec des lésions arthrosiques. Le début de la longue maladie était arrêté au 1^{er} juillet 2017.
6. L'OAI a mis en œuvre une enquête économique de ménage. L'enquêtrice a rendu un rapport résumant les informations connues sur l'assuré. Lors de l'entretien du 11 octobre 2018, résumé dans le rapport, l'assuré a déclaré à l'enquêtrice que s'il n'y avait pas d'atteinte à sa santé, il travaillerait à 75% afin d'avoir un peu de temps pour s'occuper de sa mère malade qui vivait avec lui. Il a ajouté qu'au moment de l'atteinte à la santé, il n'avait aucune activité lucrative et était bénévole chez Caritas, dans le Bric-à-brac à raison d'une demi-journée par semaine, activité qu'il a quittée pour raison de santé. C'était la sœur de l'assuré qui s'occupait des travaux ménagers que ce dernier ne pouvait exécuter par lui-même en raison de son invalidité. Selon l'enquêtrice, les empêchements rencontrés dans la sphère ménagère étaient infimes car avant l'atteinte à la santé, l'assuré ne participait que de manière minime à l'élaboration des repas et aux lourds travaux ménagers qui étaient effectués par sa sœur. Il ne participait pas aux soins lourds donnés à sa mère et qui étaient assurés par l'IMAD. Le tableau suivant résumait les conclusions de l'enquête :

Enquête économique sur le ménage : calculs complets

Champs d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité	Empêchements en %	Empêchements pondérés
--------------------	-------------	------------------------------	-------------------	-----------------------

		en %		
5.1 Alimentation 0-50% (Préparation/cuisson/ service/travaux de nettoyage de la cuisine/provisions)		30%	0%	0%
Exigibilité	0%		0%	0%
5.2 Entretien du logement (Epousseter/passé l'aspirateur/entretenir les sols/nettoyer les vitres/faire les lits/sortir les déchets) s'occuper des animaux domestiques		30%	10%	3%
Exigibilité	0%		10%	3%
5.3 Achats (Courses quotidiennes et achats plus importants) courses diverses 0-10% (poste/assurances/ser vices officiels)		10%	10%	1%
Exigibilité	0%		10%	1%
5.4 Lessive et entretien des vêtements 5-20% (Laver/suspendre plier/repasser/racom moder/nettoyer les chaussures)		20%	0%	0%
Exigibilité	0 %		0%	0%
5.5 Soins et assistance aux membres de la famille 0-30% (conjoint+parents en ligne directe)		10%	0%	0%
Exigibilité	0%		0%	0%
Total du champ d'activité				100%
Total de l'exigibilité retenue				0%
Total empêchement pondéré sans exigibilité				4%
Total empêchement pondéré avec exigibilité				4%

7. En date du 8 novembre 2018, l'OAI a rendu un projet de décision par lequel le statut de l'assuré était considéré comme celui d'une personne non active se consacrant à ses travaux habituels. A l'issue de l'instruction médicale, la présence d'une atteinte à la santé invalidante était reconnue depuis le 1^{er} juillet 2017. Se fondant sur les résultats de l'enquête ménagère, l'empêchement retenu était de 4% dans l'accomplissement des travaux habituels, en tenant compte de l'exigibilité des membres de la famille. Le taux d'invalidité étant inférieur à 40% la demande de prestations invalidité était rejetée.
8. L'assuré a fait part de ses objections à ces conclusions par courrier du 28 novembre 2018, relevant notamment que son statut n'était pas celui d'une personne non active mais devait être évalué comme personne exerçant une activité lucrative. Les résultats de l'enquête ménagère étaient également critiqués, l'infirmière enquêtrice étant considérée comme « n'ayant pas fait correctement son travail, en présence d'une hyperlaxité généralisée responsable de luxations et souffrances diverses au moindre mouvement ». L'assuré concluait que sa perte de gain correspondait à un taux résiduel d'invalidité de 96%.
9. Suite à ces objections, l'OAI a soumis à nouveau le dossier au SMR. L'assuré lui a communiqué un courrier du service de dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), signé par le professeur D_____, dermatologue, datant du 29 janvier 2008 et adressé au docteur E_____ du service d'orthopédie des HUG, dans lequel il était indiqué une suspicion de diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos (SED).
10. Dans son rapport datant du 11 mars 2019, le Dr C_____ a mentionné le courrier du 29 janvier 2008 et rappelé la possibilité que l'assuré souffre du syndrome d'Ehlers-Danlos.
11. Le Dr B_____, a envoyé au Dr C_____ un avis médical datant du 16 avril 2019 dans lequel il mentionnait sa suspicion d'un SED de type III soit « hypermobile », génétiquement non documentée mais cliniquement plausible. Il chiffrait sa capacité de travail médico-théorique à environ 20-30% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ajoutant que depuis 2015 cette capacité était vraisemblablement moindre en raison de complications arthrosiques dues à son hyperlaxité articulaire, estimant que seule une activité à 20% était exigible depuis 2015.
12. Dans son rapport final du 17 juin 2019, le Dr C_____ du SMR a cité le rapport médical du 16 avril 2019 rédigé par le Dr B_____ et a conclu à une incapacité de travail en raison d'une évolution polyarthrosique. La date de départ de l'incapacité de travail a été fixée au 1^{er} juillet 2017, en se fondant sur un précédent rapport médical du médecin traitant de l'assuré, datant du 6 mars 2018 (recte du 28 février

2018), dans lequel le Dr B_____ avait considéré cette date comme étant le point de départ de l'incapacité de travail dans toutes les activités.

13. Le 20 juin 2019, l'OAI a rendu une décision concluant au refus de l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'OAI considérait que l'assuré était une personne non active, se consacrant à ses travaux habituels et souffrant d'une atteinte à la santé invalidante depuis le 1^{er} juillet 2017. L'enquête ménagère diligentée à domicile en date du 11 octobre 2018 avait conduit à retenir un empêchement de 4 % pour l'accomplissement des travaux habituels, ceci en tenant compte de l'exigibilité des membres de la famille. Au vu de ces éléments, l'OAI confirmait les conclusions de son projet de décision du 8 novembre 2018.
14. En date du 20 août 2019, l'assuré a recouru contre la décision du 20 juin 2019, au motif que l'OAI n'avait pas mené de mesures d'investigations suffisantes et avait conclu, à tort, que l'assuré était une personne non active se consacrant à ses activités habituelles. Les résultats de l'enquête ménagère étaient réfutés en bloc au motif qu'une « simple infirmière » n'avait pas la compétence nécessaire et ne pouvait remplacer le diagnostic d'un « médecin très pointu ». Le recours concluait à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 %.
15. L'OAI a répondu en date du 3 septembre 2019. L'atteinte à la santé était reconnue, soit une maladie d'Ehlers-Danlos de type II, génétiquement non documentée mais cliniquement plausible, pour laquelle le SMR, dans son avis du 17 juin 2019, retenait une incapacité de travail totale dans toutes activités depuis le 1^{er} juillet 2017. L'OAI poursuivait en exposant que selon la jurisprudence, pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable au cas particulier, il fallait à chaque fois se demander ce que la personne assurée aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue et la question du statut devait être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse (ATF 137 V 334 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C 589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.2).

L'intimé considérait que le recourant devait se voir reconnaître un statut de personne sans activité lucrative (selon note statut du 8 mars 2018). Mis à part un emploi de trois mois en 1989, l'assuré avait principalement cotisé en tant que personne non active. Par la suite, il avait été bénévole auprès de Caritas à raison d'une demi-journée par semaine, entre 1998 et 2017. Il n'y avait aucune recherche d'emploi. En ce qui concernait l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (art. 69 al. 2 RAI) constituait une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (ATF 129V67, ATF 128V93). L'OAI précisait encore que l'enquête ménagère à domicile avait été menée de manière très complète par une personne spécialisée dans ce type d'examen et remplissait toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document (ATF 128V93).

16. Le recourant a répliqué en date du 3 octobre 2019, contestant le statut de personne sans activité au motif, notamment, que son compte individuel comportait sept années de cotisations entre 1973 et 1979 ainsi que quelques autres périodes ultérieures d'emploi « sporadiques ». En ce qui concernait l'apparition du SED, le recourant l'a fait remonter à sa naissance, contestant ainsi la date retenue par l'intimé. Il ne s'est pas prononcé sur l'enquête ménagère.
17. Lors de sa comparution personnelle, en date du 12 décembre 2019, le recourant a déclaré ce qui suit :

« J'ai attendu jusqu'en janvier 2018 pour déposer une demande de rente d'invalidité. Je vous réponds que je n'y avais jamais pensé auparavant. Dès lors que je ne pouvais plus faire de sport, ni d'activité professionnelle, j'ai pensé que cela pourrait m'aider financièrement. Auparavant, j'avais travaillé comme caviste ou dans l'hôtellerie et je me suis rendu compte qu'en raison de l'atteinte à la santé, je ne pouvais plus soulever de lourdes charges. Il est exact que par rapport à mon CV qui figure au dossier, le dernier emploi rémunéré que j'ai exercé était celui d'agent d'entretien à raison d'un remplacement d'un mois en 1994. Il est exact que de 1994 à 2018, je ne savais pas quelle démarche accomplir, raison pour laquelle je n'ai fait aucune demande. Il est exact que j'avais fait une demande à l'Hospice général qui m'avait renvoyé à l'office de l'emploi, qui m'a rappelé que comme je n'avais pas suffisamment de cotisations pendant le laps de temps réglementaire, je n'avais pas droit à des prestations de chômage. C'était autour des années 2009-2010 que j'ai entrepris ces démarches.

Lorsque j'étais enfant, je me suis rendu compte que j'avais quelques problèmes, notamment à la gymnastique, mais je n'ai pas pensé que cela pouvait être une telle atteinte. J'envisageais simplement que je n'étais pas suffisamment développé au niveau musculaire. Mon médecin généraliste, le Dr B_____, a soupçonné cette maladie, car il savait que mon frère en était atteint, mais il a dû mener des démarches auprès de confrères étrangers, notamment parisiens, pour se renseigner sur cette maladie. Mon médecin avait commencé à examiner l'atteinte à la santé, car je voulais déposer une demande auprès de l'AI. C'est au cours de ce processus, qu'il a soupçonné l'existence du SED, tout en relativisant cela, car selon lui, j'étais moins atteint que mon frère. Mon frère a fait davantage de travail de bureau, alors que je faisais du travail physique. Il n'y avait donc pas la même atteinte.

Vous me demandez si je suis d'accord avec les conclusions de l'enquête ménagère qui figure au dossier. Je vous dirais que je ne peux pas être complètement contre, mais que je me demande si la personne qui a effectué cette enquête était qualifiée, car il s'agissait d'une infirmière et non pas d'un médecin. Il est vrai qu'il y a une description des tâches assez complète qui figure dans cette enquête, mais je tiens à préciser que même si ces tâches étaient difficiles à réaliser pour moi en raison des atteintes à ma santé, je me suis forcé à les faire, car il n'y avait pas d'autres choix.

Sur le plan financier, il est vrai que je n'ai aucun revenu. Je vis avec ma mère dans un appartement de 4 pièces. Elle paie le loyer (CHF 900.-) et l'assurance-maladie (CHF 1'027.-) pour nous deux et nous vivons grâce à son AVS qui est de CHF 2'150.- de mémoire à quoi il faut ajouter une allocation pour impotence de CHF 940.-. Notre sœur fait parfois des achats de nourriture, fruits et légumes qu'elle nous offre. Il est exact que nous avons des biens immobiliers dans le Valais qui ont été hérités de mon défunt père, mais qui sont toujours en hoirie. C'est F_____, notre sœur, qui gère l'hoirie. Ils ne produisent pas de revenu locatif, car il s'agit de champs ou de prés à Evolène. En ce qui concerne les tâches administratives, paiements des factures et autres, c'est moi qui m'en occupe. Je me lève autour de 8h00, je prépare le petit-déjeuner pour ma mère. L'IMAD vient à 9h00, ils mettent ma mère sur la chaise percée, puis sur la chaise roulante et lui font la toilette. Ils reviennent vers 14h30 et la remettent au lit, étant entendu qu'elle ne peut pas passer sa journée au lit pour éviter les escarres. Ils reviennent vers 15h30-16h00 pour la relever. Autour de 21h00, ils la remettent sur la chaise percée, lui font sa toilette et l'envoient se coucher. C'est ma sœur qui va venir à midi pour préparer le dîner. Je vais faire la vaisselle. Le soir, c'est moi qui prépare le repas. Je fais mes courses le jeudi pour toute la semaine. Par étape, dans le courant de la semaine, je m'occupe de la lessive, du nettoyage de l'appartement et du repassage.

Il est vrai que par rapport à l'enquête ménagère qui a été faite, la journée-type que je viens de vous décrire correspond. Je considère que je fais un très gros effort pour arriver à remplir ces tâches ménagères. J'ignore ce que pourrait encore faire l'IMAD au niveau de ma mère. Vous me demandez si je ne souhaite pas demander à l'IMAD s'ils peuvent fournir plus de prestations pour ma mère, ce qui me déchargerait. Je vous réponds que non, puisqu'ils ne le font pas ».

18. Il n'y a pas eu de duplique.
19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. L'invalidité étant reconnue par l'intimé, la question litigieuse est le droit du recourant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
4. 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^{er} janvier 2008).
5. 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.
6. 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).
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. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b;

Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

8. 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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).
9. 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).
10. En l'espèce, le recourant prétend qu'il souffrirait depuis sa naissance « d'une atteinte définitive » à sa santé.

Cette affirmation non détaillée quant à la nature exacte des troubles et à l'impact de ces derniers sur la vie du recourant n'est confirmée par aucun document topique, étant précisé que l'existence d'éventuels troubles de la santé ne permet pas encore d'en déduire une incapacité de travailler.

En effet, le recourant a expliqué lors de l'entretien qu'il a eu avec l'enquêtrice, en date du 11 octobre 2018, que son incapacité de travail s'était manifestée pendant qu'il œuvrait en qualité de bénévole chez Caritas.

Le propre médecin traitant du recourant a estimé le point de départ de l'incapacité de travail dans toutes les activités au 1^{er} juillet 2017 dans son rapport médical du 28 février 2018. C'est la date qui a été retenue par le SMR et qui a été reprise dans la décision querellée.

Compte tenu des éléments susmentionnés, il y a lieu de considérer que la date retenue à la fois par le médecin traitant du recourant et par le SMR, pour déterminer le début de l'incapacité totale du recourant, soit le 1^{er} juillet 2017, présente un degré de vraisemblance prépondérante.

11. Le recourant allègue encore que son statut est celui d'une personne exerçant une activité à temps complet et non pas d'une personne non active.

L'examen du parcours scolaire et professionnel du recourant permet d'établir – ce qui n'est pas contesté – qu'il est dépourvu de formation particulière et qu'à l'âge de 63 ans, sa dernière activité lucrative stable s'est déroulée pendant la période allant de 1973 et 1979. Selon ses déclarations en comparution personnelle, la dernière activité lucrative, qu'il a exercée épisodiquement, était celle d'agent d'entretien à raison d'un remplacement d'un mois en 1994. Depuis lors, soit après une période de vingt-six ans, l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative.

Les déclarations faites à l'enquêtrice en date du 11 octobre 2018 sont quelque peu contradictoires ; d'une part le recourant a déclaré que s'il n'avait pas eu d'atteinte à la santé il aurait travaillé à 75 % et d'autre part il a reconnu que son atteinte à la santé s'était déclarée alors qu'il n'exerçait aucune activité lucrative, pendant qu'il était bénévole chez Caritas à raison d'une demi-journée par semaine, soit pendant la période des dix-sept dernières années.

La chambre de céans considère comme établi que c'est bien avant l'atteinte à sa santé que le recourant avait décidé de ne plus exercer d'activité lucrative, ce qui est conforté par la courte période pendant laquelle il a travaillé de manière stable, soit de 1973 à 1979 ainsi que sa dernière activité lucrative temporaire d'un mois en 1994. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu le statut d'assuré non actif.

12. Le statut non actif de l'assuré étant établi, il convient d'examiner, à présent, si l'enquête ménagère a permis d'estimer de manière complète et adéquate le taux d'invalidité du recourant.

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).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants.

Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans

l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).

Il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

Le recourant critique de manière très générale le rapport d'enquête effectué en raison de la personne de l'enquêtrice qu'il juge incompétente pour la réaliser au motif qu'il s'agit d'une infirmière et non pas d'un médecin.

En dehors de cette appréciation générique, aucune critique n'est formulée précisément sur un pourcentage retenu ou sur une éventuelle mauvaise estimation d'une tâche ménagère ou de l'aide apportée par d'autres membres de la famille.

L'examen du rapport ne fait pas apparaître de contradiction ou de lacune. Le recourant a d'ailleurs lui-même admis, pendant sa comparution personnelle « Vous me demandez si je suis d'accord avec les conclusions de l'enquête ménagère qui figure au dossier. Je vous dirais que je ne peux pas être complètement contre, mais que je me demande si la personne qui a effectué cette enquête était qualifiée, car il s'agissait d'une infirmière et non pas d'un médecin » ajoutant encore « Il est vrai qu'il y a une description des tâches assez complète qui figure dans cette enquête, mais je tiens à préciser que même si ces tâches étaient difficiles à réaliser pour moi

en raison des atteintes à ma santé, je me suis forcé à les faire, car il n'y avait pas d'autres choix ».

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que 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 déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

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 déjà cité et 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).

Selon les déclarations du recourant à l'enquêtrice, c'est la sœur de l'assuré qui s'occupait des travaux ménagers que ce dernier ne pouvait exécuter par lui-même en raison de son invalidité. L'enquêtrice considérait que les empêchements rencontrés dans la sphère ménagère étaient infimes car avant l'atteinte à la santé, l'assuré ne participait que de manière minimale à l'élaboration des repas et aux lourds travaux ménagers qui étaient effectués par sa sœur.

Ces constatations sont cohérentes avec les chiffres retenus pour les différents postes dans le tableau d'enquête. Elles sont également en ligne avec les déclarations du recourant lors de la comparution personnelle, ce dernier déclarant « Il est vrai que par rapport à l'enquête ménagère qui a été faite, la journée-type que je viens de vous décrire correspond ».

Enfin, s'agissant du grief du recourant quant aux compétences de l'enquêtrice, il convient de relever que l'enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et

handicaps résultant des diagnostics médicaux. Par ailleurs, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité et à l'aide exigible des proches sont motivées : elle décrit les activités que le recourant peut effectuer seul ou délègue au contraire à sa sœur. Dans ce contexte, il a été tenu compte des indications de l'assuré de sorte qu'une participation de sa sœur aux travaux ménagers peut être exigée. C'est le lieu de rappeler qu'il n'existe pas, selon le Tribunal fédéral, de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive, où l'aide des membres de la famille va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3). Or, dans son recours, le recourant ne prétend pas que ses proches seraient incapables de contribuer aux tâches ménagères dans la mesure retenue. Il se contente de mettre en doute le choix d'une infirmière plutôt que celui d'un médecin pour réaliser une telle enquête. Ce faisant, il n'invoque aucun élément concret, propre à démontrer d'éventuelles erreurs d'estimation ou inexactitudes qui entacheraient l'enquête. Partant, il y a lieu de s'en tenir aux empêchements ménagers attestés par ce document, lesquels s'élèvent globalement à 4% en tenant compte de l'aide exigible des proches.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
14. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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