

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en Somalie en 1962, sans formation professionnelle certifiée, marié et père de six enfants nés en 1988, 1990, 1995, 1997, 1999 et 2000, est arrivé à Genève en 1993.

Depuis son arrivée en Suisse, l'assuré a travaillé dans le domaine du nettoyage pour le compte de divers employeurs, en dernier lieu comme « plongeur et garçon d'office » pour l'entreprise B_____ SA, jusqu'en novembre 2011.

2. Les docteurs C_____, médecin généraliste, et D_____, chef de clinique auprès de l'Unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont attesté des incapacités de travail suivantes :

- du 25 novembre au 31 décembre 2011 ;
- du 25 juin au 1^{er} juillet 2012 ;
- du 16 août au 31 octobre 2012.

3. Dans un préavis médical daté du 25 janvier 2013, le docteur E_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE), a confirmé que l'assuré souffrait d'un handicap de sa main droite entraînant des limitations. Il a conclu à une capacité de travail nulle depuis le 25 juin 2012, puis entière dès le 1^{er} février 2013. Un placement par l'assurance-chômage lui paraissait nécessaire pour que l'assuré puisse retrouver une activité manuelle adaptée, physiquement peu astreignante.

4. Le 11 mars 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une atteinte médio-cubitale de la main droite. Il a précisé être incapable de travailler à 50% depuis le mois de février 2013 et s'être inscrit à 50% auprès de l'assurance-chômage.

5. Dans un certificat du 13 mars 2013, le docteur F_____, médecin auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, a attesté que l'assuré avait été hospitalisé le 12 mars 2013 pour y subir une opération et qu'il resterait totalement incapable de travailler jusqu'au 14 avril 2013.

6. Dans un rapport du 25 avril 2013 adressé à l'OAI, le Dr D_____, qui suit l'assuré depuis mai 2012, a posé les diagnostics suivants : syndrome douloureux des 4^{ème} et 5^{ème} rayons de la main droite et status après atteinte médio-cubitale du membre supérieur droit sur lésion par balle du bras en 1991. Il a estimé que l'ancienne activité de « manutentionnaire » n'était plus exigible, précisant que l'assuré devait éviter de soulever ou porter des charges, de monter sur des échelles et de travailler bras au-dessus de la tête. Une reprise de l'activité professionnelle ne paraissait pas envisageable. Son pronostic était réservé et il préconisait la mise en œuvre rapide de mesures de réadaptation professionnelle.

Le médecin a joint un rapport du 24 mai 2012 cosigné par lui-même et par le docteur G_____, médecin auprès des HUG. Leur examen clinique de la main droite aboutissait au même résultat qu'un examen antérieur d'août 2000. Ils avaient toutefois sollicité un nouvel examen neurologique en raison des névralgies dont se plaignait l'assuré.

7. Un entretien d'évaluation de l'AI s'est déroulé le 1^{er} juillet 2013. L'assuré a déclaré souffrir de douleurs au bras depuis une blessure par balle pendant la guerre, en 1991. Ces douleurs s'étaient aggravées depuis 2011. Il avait bénéficié d'un stage auprès de la Fondation intégration pour tous (IPT) de février à juillet 2012 et s'entreprendrait prochainement avec le Dr D_____ pour discuter d'une nouvelle opération. Il avait été mis en arrêt de travail jusqu'au 31 août 2013.
8. Le 8 juillet 2013, le rapport de stage de la Fondation IPT a été versé au dossier. Il en ressort que l'assuré a suivi en avril 2012 un module intitulé « prise d'informations en entreprise », puis un stage d'observation en qualité d'agent d'entretien dans un établissement médico-social. La fondation a estimé que l'assuré pouvait être employé dans ce domaine, moyennant une adaptation du poste de travail. En juillet 2012, l'assuré a suivi le module « vers une nouvelle activité professionnelle bis », durant lequel il a exprimé le souhait de travailler comme patrouilleur scolaire, mais il n'a pu accomplir de stage dans ce domaine, compte tenu des vacances scolaires. En raison d'une incapacité de travail attestée depuis le 16 août 2012, son dossier auprès de la Fondation IPT avait été clôturé en octobre 2012.
9. Le 3 septembre 2013, l'assuré a subi une seconde intervention chirurgicale de la main droite auprès des HUG.
10. Dans un rapport du 6 février 2014 adressé à l'OAI, le Dr D_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé depuis quatre mois, précisant que certaines douleurs avaient disparu (D4) tandis que d'autres persistaient (P2-D5). L'assuré, qui souffrait d'une paralysie médio-cubitale de la main droite, demeurait totalement incapable de travailler comme manutentionnaire mais paraissait capable d'exercer une activité adaptée ne nécessitant pas l'usage de la main droite.
11. Le 27 mai 2014, se fondant sur les conclusions du Dr D_____, le Service médical régional de l'OAI (SMR) a émis l'avis que l'assuré avait recouvré depuis février 2014 une pleine capacité de travail dans une activité monomanuelle n'impliquant ni port de charges, ni gestes fins.
12. Le 7 juillet 2014, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage, dont les calculs s'établissaient comme suit :

Champ d'activités	Exigibilité	Pondération champ d'activité en %	Empêchement en %	Empêchement pondéré
5.1 Conduite du ménage 2-5 % Planification/organisation/répartition du travail/contrôle Exigibilité	0 %	2 %	0 %	0 %
5.2 Alimentation 10-50 % Préparation/cuisson/service/nettoyage cuisine/provisions Exigibilité	30 %	34 %	30 %	10.2 %
5.3 Entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits Exigibilité	50 %	18 %	50 %	9 %
5.4 Emplettes et courses diverses 5-10 % poste/assurances/services officiels Exigibilité	15 %	8 %	15 %	1.2 %
5.5 Lessive/entretien des vêtements 5-20 % laver/suspendre/ramasser/repasser etc. Exigibilité	20 %	18 %	20 %	3.6 %
5.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30 % Exigibilité	10 %	20 %	10 %	2 %
5.7 Divers 0-50 % Soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire Exigibilité	0 %	0 %	0 %	0 %
Total du champ d'activité				100 %
Total de l'exigibilité retenue				26 %
Total-empêchement pondéré sans exigibilité				26 %
Total – empêchement pondéré avec exigibilité				0 %

La conduite du ménage (5.1), avant l'atteinte, était assumée essentiellement par l'épouse et la fille aînée de l'assuré ; c'était toujours le cas depuis l'atteinte.

Avant l'atteinte, les repas étaient généralement préparés par l'épouse de l'intéressé, avec l'aide de celui-ci pour laver la salade, couper les légumes, cuisiner le riz, mettre la table et faire la vaisselle. En l'absence de son épouse, l'assuré et sa fille préparaient le repas. Depuis l'atteinte, l'assuré n'était plus capable de préparer entièrement le repas lorsque son épouse était absente. Il coupait les légumes et faisait la vaisselle de la main gauche, mais plus lentement et sans parvenir à

nettoyer certaines casseroles. Il arrivait à ouvrir les bouteilles et les boîtes de conserves grâce à des astuces et sollicitait de l'aide en cas de besoin.

Avant l'atteinte, l'entretien du logement (5.3) était effectué en grande partie par l'épouse, mais l'assuré l'aidait à ranger, enlever la poussière, laver les vitres, faire les grands nettoyages et, parfois, passer la serpillère. Depuis l'atteinte, l'assuré contribuait toujours aux rangements et à l'époussetage, mais rencontrait des difficultés pour nettoyer les vitres. En outre, il ne parvenait plus du tout à passer la serpillère ou à déplacer des meubles lors de grands nettoyages.

Avant l'atteinte, les emplettes et courses diverses (5.4) étaient assumées par le couple, l'assuré conduisant son épouse deux fois par mois pour faire les grandes courses, et se chargeant de petites emplettes si nécessaire. Il portait les choses lourdes avec la main gauche et pouvait porter des objets légers avec sa main droite. Il s'occupait des paiements, tandis que son épouse gérait la plupart des courriers et factures. Depuis l'atteinte, l'assuré continuait à faire des emplettes et des paiements mais ne pouvait plus conduire, de sorte que le couple faisait désormais ses courses en bus, assisté de ses deux aînés. L'assuré portait les commissions exclusivement avec sa main gauche et avait besoin d'aide pour écrire ses courriers.

Avant l'atteinte, l'assuré participait à la lessive et à l'entretien des vêtements (5.5) en aidant son épouse à trier le linge, le mettre en machine, le plier, le repasser, et parfois le faire sécher. Depuis l'atteinte, il continuait à aider son épouse mais sollicitait l'aide de ses enfants pour sortir les grandes pièces de linge mouillé, les étendre et les plier.

Avant l'atteinte, l'assuré et son épouse s'occupaient conjointement de l'éducation des enfants, de leurs devoirs, et les accompagnaient à tour de rôle à leurs activités sportives. Depuis l'atteinte, les époux assumaient toujours ensemble l'éducation, mais l'assuré était devenu irritable en raison de ses douleurs. Il accompagnait parfois ses garçons à des matchs de football le week-end.

L'enquêtrice a précisé que l'assuré, selon ses dires, aurait continué de travailler à 50% s'il n'avait pas subi d'atteinte à sa santé. Il avait d'ailleurs travaillé à 50% depuis août 2008 et s'était inscrit au chômage à 50% en novembre 2011. Son épouse, femme au foyer, venait de débiter un stage dans un EMS. Le couple habitait avec ses six enfants, âgés de 14 à 26 ans.

En additionnant les empêchements pondérés par champs d'activités, l'enquêtrice obtenait des empêchements totaux de 26%. Après déduction d'une aide exigible de l'épouse et des enfants évaluée à 26%, elle aboutissait à des empêchements de 0% dans la sphère ménagère.

13. Par décision formelle du 26 septembre 2014, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation.

L'OAI a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'assuré aurait continué à exercer une activité professionnelle à 50%.

Se fondant sur l'enquête du 7 juillet 2014, il a retenu des empêchements de 0% dans la sphère ménagère.

Faisant siennes les conclusions du SMR, il a conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée depuis 1^{er} février 2014 et à un degré d'invalidité de 7% dans la sphère professionnelle.

Globalement, l'OAI a estimé le degré d'invalidité à 3,5% ($[50\% \times 7\%] + [50\% \times 0\%]$), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

14. Par acte du 17 octobre 2014, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI afin que celui-ci détermine sa capacité de travail et lui accorde des mesures de réinsertion professionnelle.

En premier lieu, le recourant reproche à l'intimé une instruction insuffisante. Il relève que la décision litigieuse se fonde sur un rapport du Dr D_____ qui ne s'exprime pas sur le taux d'activité et le rendement exigibles dans une activité adaptée, pas plus que sur le type d'activité qu'il pourrait exercer. En outre, il précise avoir subi une troisième intervention chirurgicale en mars 2014, postérieurement au dernier rapport du Dr D_____.

En second lieu, il souligne que son manque d'expérience en dehors du secteur du nettoyage affaiblit ses perspectives d'engagement, ce qui justifie selon lui l'octroi de mesures d'orientation et de réinsertion professionnelle.

En troisième lieu, il soutient que l'intimé aurait dû retenir un statut d'actif plutôt qu'un statut mixte. À cet égard, il fait valoir que c'est seulement dès 2006 que son état de santé l'a contraint à travailler à 50% ; auparavant, il travaillait à 100%. Il conteste avoir déclaré à l'enquêtrice qu'il se serait consacré à 50% à la tenue du ménage s'il avait été en bonne santé.

S'agissant enfin de l'enquête ménagère, il reproche à l'enquêtrice d'avoir retenu des empêchements de 0%, en contradiction avec les chiffres articulés dans les divers champs d'activités.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 novembre 2014, a conclu au rejet du recours.

S'appuyant sur le rapport du Dr D_____ de février 2014, il considère que l'état de santé du recourant s'est amélioré suite à sa dernière opération, si bien que ce dernier est désormais capable de travailler à 100% dans des activités telles que réceptionniste, gardien de musée ou surveillant de parking.

Quant au statut à retenir, il relève que le recourant a travaillé à temps partiel jusqu'à la survenance de son incapacité de travail, en février 2013, comme en témoignent les revenus mentionnés dans son extrait de compte individuel AVS (CI) depuis 1993. Il ajoute que le recourant ne peut se prévaloir d'une atteinte à la santé

antérieure à son entrée en Suisse, puisqu'un assuré entré invalide dans le pays ne remplit pas les conditions d'assurance prévues par la loi.

Par ailleurs, il lui paraît conforme à la jurisprudence de retenir que les six enfants du recourant et son épouse - sans activité lucrative - peuvent se charger d'une partie des tâches ménagères.

16. Le recourant a répliqué le 27 janvier 2015.

Il répète que ce n'est qu'à compter de 2006 que son état de santé s'est détérioré et qu'il n'a plus été en mesure de travailler à plus de 50%.

Il fait remarquer qu'il a travaillé pour des sociétés de placement qui lui confiaient des missions temporaires et en tire la conclusion que l'on ne saurait dès lors inférer des revenus ressortant du rassemblement de ses CI AVS qu'il a choisi de consacrer la moitié de son temps à la tenue du ménage.

Enfin, il fait valoir que les professions de réceptionniste, gardien de musée et surveillant de parking ne sont pas mentionnées dans la décision querellée et qu'une pleine capacité de gain ne saurait être admise, eu égard à son amyotrophie et aux importantes limitations fonctionnelles qui l'empêchent d'utiliser son bras droit.

17. Cette écriture a été transmise à l'intimé et 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 depuis le 1^{er} 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} 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, les faits juridiquement déterminants remontent au plus tôt à 2006. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, puis en fonction des modifications consécutives aux révisions 5 et 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

3. 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. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité.
5. 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).

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).

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5^{ème} révision LAI). 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
7. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité

lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). Ces trois méthodes peuvent certes aboutir à des taux d'invalidité différents, impliquant des conséquences asséculo-logiques différentes, qui n'autorisent pas à conclure à des inégalités dès lors qu'elles ont été voulues par le législateur en considération de la diversité des situations considérées (ATF 137 V 334 consid. 5.5.1).

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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir 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 recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. a. 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).

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 LPG), 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. A 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).

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).

b. 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 et les références). 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).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. Il convient en premier lieu d'examiner quel statut reconnaître au recourant.

Celui-ci se prévaut d'un statut d'actif, tandis que l'intimé considère qu'en bonne santé, il n'aurait exercé son activité professionnelle qu'à 50% et consacré le reste de son temps à la tenue du ménage. S'appuyant sur l'extrait de compte individuel AVS et le rapport de l'ex-employeur, l'intimé soutient que le recourant a travaillé à

temps partiel dès 1993 et notamment à 50% durant ses trois dernières années d'activité professionnelle.

À titre préalable, on rappellera que le recourant, âgé de 52 ans lors du prononcé de la décision litigieuse, a terminé ses études à seize ans, à l'issue de sa scolarité obligatoire. Il a travaillé en Somalie comme réceptionniste de 1981 à 1990, puis en Suisse comme nettoyeur dès 1993 pour le compte de divers employeurs. De son union avec son épouse sont issus six enfants âgés, de 14, 15, 17, 19, 24 et 26 ans, qui habitent avec leurs parents. Les deux aînés sont financièrement indépendants et les quatre autres perçoivent des prestations de l'Hospice général. L'épouse est « femme au foyer » et dépend également de l'aide sociale.

La Cour de céans constate que, selon les renseignements fournis par le dernier employeur, le recourant a travaillé en moyenne 27 h. /sem. en 2009, 25 h. /sem. en 2010, et 22,5 h. /sem. en 2011, ce qui correspond à des taux d'occupation respectifs de 64%, 60% et 54% par rapport à un plein temps de 42 heures. Pour les années antérieures, notamment de 2006 à 2008, on ignore quel a été exactement l'horaire de travail de l'intéressé, mais il résulte de l'extrait de son compte individuel AVS qu'il a bénéficié de salaires sensiblement plus élevés qu'en 2009, ce qui suggère que son taux d'occupation était plus élevé, vraisemblablement de 80% en moyenne pendant la période en question (2006 : CHF 34'436.- ; 2007 : 38'987.- ; 2008 : 36'181.- ; 2009 : 29'428.- ; 2010 : 28'802.- ; 2011 : 24'616.-). Partant, on ne saurait inférer du rapport de l'ex-employeur et de l'extrait de compte individuel AVS du recourant qu'en bonne santé, il n'aurait consacré que 50% de son temps à son activité professionnelle. Au contraire, ces documents démontrent que, bien qu'atteint dans sa santé, ce dernier a continué à exercer une activité lucrative, parfois quasiment à plein temps, ce qui atteste de sa motivation à travailler et vient étayer l'allégation qu'en bonne santé, il se serait pleinement consacré à son activité professionnelle.

En outre, il ressort du rapport d'enquête du 7 juillet 2014 qu'avant la survenance de l'atteinte à la santé, c'était l'épouse du recourant qui accomplissait la plupart des travaux ménagers, ce qui tend à démontrer que le couple avait adopté une répartition des tâches « traditionnelle », dans laquelle l'un des époux exerce une activité professionnelle tandis que l'autre supporte l'essentiel des tâches ménagères.

S'ajoute à ces considérations le fait que le recourant est encore relativement jeune, qu'il vit avec son épouse, sans activité lucrative, et qu'il assume l'entretien de quatre de ses enfants.

Au vu de l'ensemble de ces circonstances, il paraît vraisemblable qu'en bonne santé, le recourant aurait – ainsi qu'il l'allègue – préféré travailler à plein temps afin de couvrir les dépenses du ménage.

Le fait que le recourant ait déclaré à l'enquêtrice qu'il « aurait continué dans son activité habituelle au même taux que celui occupé au moment de l'atteinte à la santé, soit 50% » ne saurait justifier l'admission d'un statut mixte. En effet, c'est en

2011 que le recourant a travaillé à mi-temps, de sorte que la déclaration précitée doit être comprise en ce sens que, sans une aggravation subséquente de son état de santé en 2011, il aurait continué de travailler à 50%. Selon toute vraisemblance, le recourant n'exprimait pas ce qu'il aurait souhaité faire s'il n'avait pas subi d'atteinte au bras en 1991.

En tout état de cause, selon la jurisprudence, le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité et n'entraîne donc pas l'application de la méthode mixte, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose ainsi (ATF 131 V 51 consid. 5.2 p. 54 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_472/2011, consid. 4). Or, dans le cas particulier, rien ne permet de considérer que le recourant aurait, par hypothèse, délibérément réduit son temps de travail afin de consacrer son temps libre aux tâches ménagères.

Pour tous les motifs qui précèdent, c'est bel et bien un statut d'actif qui doit être retenu.

10. Il convient à présent d'évaluer la capacité de travail du recourant et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

Se fondant sur le rapport du Dr D_____ du 13 février 2014, l'intimé a retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès février 2014, ce que le recourant conteste, en faisant valoir que son médecin ne s'est pas exprimé sur le taux d'activité et le rendement qui pourraient être exigés de lui dans une activité adaptée.

La chambre de céans constate que les rapports succincts du Dr D_____ des 25 avril 2013 et 13 février 2014 ne mentionnent qu'une anamnèse sommaire, ne précisent pas les examens sur lesquels ils se fondent et ne contiennent aucune conclusion, a fortiori motivée, s'agissant du taux d'activité exigible dans une activité adaptée et de la date à partir de laquelle une telle activité pourrait être exercée. Partant, une pleine valeur probante ne saurait leur être reconnue.

L'intimé a obtenu un rapport du 21 janvier 2013 établi par le Dr E_____, médecin conseil de l'OCE, concluant à une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2013. À nouveau, on constate que ce rapport de quelques lignes ne mentionne ni les examens sur lesquels il se fonde, ni l'anamnèse, ni les plaintes de l'assuré. Le médecin ne motive pas ses conclusions et n'expose au demeurant pas précisément quelles sont les limitations. Il n'y a donc pas lieu de se fonder sur le rapport du Dr E_____.

Enfin, figure au dossier un bref avis du SMR, lequel doit être qualifié de rapport destiné à la prise d'une décision interne ne remplaçant pas un examen médical spécialisé. Ce document ne répond à l'évidence pas non plus aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante.

Par ailleurs, la chambre de céans constate que l'intimé n'a pas instruit la question d'une éventuelle évolution de la capacité de travail suite à la dernière opération subie par le recourant, à la fin du mois de mars 2014, bien que ce dernier l'ait évoquée à diverses reprises (cf. notamment rapport d'enquête ménagère du 7 juillet 2014, p. 1).

En définitive, force est de constater que l'intimé a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'un rapport succinct, voire laconique, du Dr D_____, lequel ne chiffre pas la capacité de travail dans une activité adaptée et ne renseigne pas non plus sur l'évolution de l'état de santé depuis la dernière opération chirurgicale. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer définitivement sur la capacité de travail, de sorte qu'un renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire se justifie. Cette instruction sera mise en œuvre par une expertise confiée à un médecin indépendant et spécialisé en chirurgie de la main, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

11. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise précitée, puis de déterminer le degré d'invalidité sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, en tenant compte d'un statut d'actif, et de rendre une nouvelle décision portant sur le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente.

Le recourant, représenté par un conseil, obtient gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 26 septembre 2014.
4. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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