

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/420/2018

ATAS/898/2018

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

**Arrêt du 9 octobre 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther  
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1960, ressortissant suisse, domicilié dans le canton de Genève dans un campement de forains à Versoix, n'ayant pas suivi de scolarité régulière ni acquis de formation professionnelle, marié, père d'une fille née en 1984, exerce la profession de pucier, comportant notamment le débarras d'appartements, la restauration de meubles ainsi que le montage et la tenue d'un stand au marché aux puces deux jours par semaine ; il a son atelier et dépôt sur le campement de son lieu d'habitation.
2. Le 15 juin 2016, en manipulant une scie circulaire, l'assuré a eu un accident lui ayant occasionné de profondes plaies des doigts 2, 3 et 4 de la main gauche, avec mise à nu de l'os de l'index, délabrement des tissus mous du majeur et une plaie moins profonde de l'annulaire. Hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), il a bénéficié d'un rappel antitétanique, puis d'une révision de plaie au bloc d'urgence. Il a été en totale incapacité de travail, mais, avec l'aide de sa famille et des membres de la communauté du voyage, il a repris partiellement certaines de ses activités habituelles dès octobre 2016, notamment la tenue d'un stand au marché aux puces, en dépit d'une incapacité de travail attestée médicalement.
3. Par demande datée du 18 août 2016, enregistrée le 24 août 2016, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en invoquant, à titre d'atteinte à la santé, les plaies qu'il s'était faites lors de l'accident précité (fracture ouverte, lésions ligamentaires et tendineuses de l'index, du majeur et de l'annulaire) et en indiquant ne plus pouvoir travailler comme pucier, en particulier faire de la brocante, restaurer des meubles, porter et soulever des charges. Il était suivi par le service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG et son médecin traitant était le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.
4. Selon un rapport médical établi le 2 septembre 2016 par le docteur C\_\_\_\_\_, médecin interne à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des HUG, l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % du 15 juin au 15 octobre 2016 et à réévaluer pour la suite. Il subissait une limitation fonctionnelle de la main gauche. L'activité habituelle n'était plus exigible. Savoir s'il pourrait exercer une activité adaptée à son handicap devait être évalué ultérieurement. Au titre de ses limitations, ledit médecin estimait que l'assuré pouvait exercer des activités dans différentes positions (mais pas en position assise, debout et principalement en marchant), se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en faisant des rotations, avec ses deux bras (en étant cependant limité s'agissant de la main gauche), mais que soulever et porter des poids lui était difficile de la main gauche et que monter sur une échelle ou un échafaudage ainsi que des escaliers était risqué pour lui ; l'assuré n'était pas limité dans ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance et était apte à se déplacer.

5. D'après le rapport médical rempli le 6 octobre 2016 par le Dr B\_\_\_\_\_, qui suivait l'assuré depuis 2005, celui-ci présentait des pertes de substance des troisièmes phalanges de l'index et du majeur gauche avec des pertes de sensibilité et une limitation de la flexion prédominant au niveau du majeur, de même qu'un nodule thyroïdien droit, une hypertension artérielle et une obésité. La cicatrisation des plaies était bonne, mais il resterait une limitation fonctionnelle (perte de substance, hypoesthésie, voire anesthésie résiduelle, limitation de la mobilité). Des séances d'ergothérapie lui étaient prescrites, mais aucune médication. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 15 juin 2016, pour une durée indéterminée. S'agissant de l'activité exercée jusqu'à l'accident, l'assuré ne pouvait plus « faire certaines choses comme avant » en raison des pertes de substance et de sensibilité ainsi que d'une limitation de la mobilité ; il ne pouvait plus soulever ni porter des charges comme auparavant, ni effectuer les divers travaux liés à la restauration de meubles ; il était moins habile et présentait un risque accru de nouvel accident. Ledit médecin pensait que la perte de rendement serait définitive, et suggérait qu'un expert en médecine du travail évalue sa capacité de travail résiduelle. Des mesures de réadaptation professionnelle ne permettraient pas de réduire ses restrictions. L'assuré pourrait reprendre quelques petites activités et des travaux simples, mais pas assumer son travail comme auparavant. Il s'agissait d'un forain ayant un faible niveau scolaire et ayant des capacités d'adaptation limitées pour une réadaptation professionnelle. Ledit médecin a joint à son rapport une copie du compte-rendu de l'opération que l'assuré avait subie le 15 juin 2016 aux HUG.
6. Par communication du 12 octobre 2016, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était alors possible, mais qu'il examinait son droit à une rente d'invalidité et rendrait ultérieurement une décision à ce propos. L'assuré n'a pas sollicité qu'une décision sujette à recours soit rendue concernant la question de mesures de réadaptation.
7. D'après un rapport médical intermédiaire du 24 mars 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et le pronostic était favorable. Le traitement avait pris fin le 8 août 2016. Ledit médecin n'observait pas de limitations fonctionnelles ; s'agissant de la capacité de travail, il indiquait une reprise du travail à 100 % le 16 octobre 2016, sans préciser si cette appréciation se rapportait à l'activité de pucier ou à une activité adaptée ou faisait simplement référence à la réalité des faits.
8. Dans un rapport médical intermédiaire du 24 avril 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire ; le status post plaies profondes et complexes de l'index, du majeur et de l'annulaire de la main gauche survenues le 15 juin 2016, avec pertes de substance de l'index et du majeur, de la sensibilité et limitation de la flexion surtout du majeur, avait une influence sur la capacité de travail. Ces séquelles étaient définitives ; il n'était pas prévu de reprise chirurgicale ni d'autres mesures thérapeutiques. L'assuré était très gêné pour les divers travaux liés à la restauration de meubles ainsi que pour la manipulation d'objets et le

---

soulèvement et le port de charges. La capacité de travail de l'assuré comme pucier était de 50 % depuis décembre 2016 ; s'agissant d'une autre activité, ledit médecin, tout en suggérant un examen médical complémentaire, estimait qu'il était illusoire d'en envisager une pour cet homme de 57 ans, issu des gens du voyage et ayant un niveau de formation scolaire « probablement faible ».

9. À teneur d'un rapport final subséquent du 18 mai 2017, le docteur D\_\_\_\_\_ du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 0 % dans son activité habituelle, mais de 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 dans une activité adaptée à des limitations fonctionnelles consistant à ne pas devoir porter des charges, ni monter sur une échelle ou un échafaudage et une limitation de l'utilisation de la main gauche.
10. Aux termes d'un rapport d'enquête « pour activité professionnelle indépendante » établi le 16 novembre 2017 par Madame E\_\_\_\_\_ après avoir rencontré l'assuré, ce dernier vivait au sein de la communauté des gens du voyage, au sein de laquelle chacun s'entraide. Avant son accident, il louait deux places au marché aux puces de la Plaine de Plainpalais (une pour le stand, l'autre pour la voiture), où sa femme, elle-même à l'AI, l'aidait tant bien que mal ; il disposait d'un bon réseau en Suisse romande, obtenant d'avocats et de notaires des possibilités de vider des appartements ; son travail impliquait aussi de charger et décharger des objets parfois lourds, ainsi que d'emballer et déballer des marchandises. Il tenait une comptabilité familiale sous forme d'un « carnet du lait uniquement des ventes » ; il payait les objets en espèces ; la part administrative de son travail lui prenait une heure par semaine ; il effectuait des travaux de menuiserie dans son atelier (rénovation et restauration de meubles et bibelots). Pour des raisons financières, il avait repris son activité aux puces à raison de deux fois par semaine, avec une diminution de ses participations d'environ 40 %. Bien que droitier, il devait tout le temps utiliser sa main gauche, mais ne le pouvait plus dans son activité, si bien qu'il devait demander de l'aide pour nombre de ses activités ; il ne pouvait plus vider des appartements.

Les revenus du couple provenaient principalement des aides perçues par son épouse (rente AI, prestations complémentaires, subsides d'assurance-maladie) ; le revenu annuel du couple avait été de CHF 16'000.- en 2009, et l'assuré avait déclaré à l'AVS, en 2011 et 2013, des gains soumis à cotisations de CHF 19'000.-. L'assuré ne tenait pas de compte d'exploitation de son activité d'indépendant. Chiffrer avec précision le revenu avant l'atteinte à la santé était difficile. Procédant à une comparaison des champs d'activité pour le métier de pucier, brocanteur et menuisier, l'enquêtrice a évalué l'incapacité de travail pondérée de l'assuré à 62 %, à savoir 1 % pour la part administrative (pondérée à 10 %) avec un taux d'incapacité de 10 %, 20 % pour le marché aux puces (activité pondérée à 50 %) avec un taux d'incapacité de 40 %, 20 % pour le débarras d'appartements et autres activités similaires (part pondérée à 20 %) avec un taux d'incapacité de 100 % et 20 % pour la part menuiserie (pondérée à 20 %) avec un taux d'incapacité de

---

100 %. Appliqués aux revenus issus du tableau TA1 Skill level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) pour, respectivement, les « services administratifs combinés de bureau » (821100), les « autres commerces de détail sur éventaires et marchés » (478900), les travaux de « collecte, traitement et élimination des déchets, récupération » (38) et la « menuiserie d'intérieur » (16), ces pondérations et degrés d'incapacité donnaient respectivement un salaire annuel sans invalidité et une perte annuelle de revenus due au handicap de CHF 5'332.- et CHF 533.- pour la part « Administration », CHF 28'602.- et CHF 11'441.- pour la part « Marché », CHF 11'803.- et CHF 11'803.- pour la part « Chiner » et CHF 12'418.- et CHF 12'418.- pour la part « Menuiserie », donc au total un salaire annuel sans invalidité de CHF 58'154.- (de loin supérieur aux revenus déclarés) et une perte annuelle de gain due au handicap de CHF 36'195.- (sic). Il fallait appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus.

La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle ; l'assuré présentait un préjudice économique de 62 % dans son activité habituelle. S'il fallait retenir une exigibilité dans une activité adaptée, il faudrait prendre en considération un revenu hypothétique sans invalidité de CHF 58'154.-. Il semblait peu probable à l'enquêtrice que l'assuré, âgé de 57 ans, sans formation et ayant des connaissances écrites rudimentaires, puisse trouver une activité adaptée.

11. D'après la détermination du degré d'invalidité faite le 16 novembre 2017 par l'OAI, en retenant le statut d'actif pour un emploi correspondant à ceux du tableau TA1\_tirage\_skill\_level de l'ESS 2014 pour un homme, on obtenait un revenu mensuel de CHF 5'312.- dans une activité de niveau 1 (homme exerçant dans tous les secteurs confondus des tâches physiques ou manuelles simples), soit, pour une durée normale hebdomadaire de travail de 41.7 heures, CHF 5'538.-, donc de CHF 66'453.- par année, montant à porter à CHF 67'022.- pour l'année 2016 après indexation selon l'indice suisse nominal des salaires. Déduction faite d'un abattement de 10 %, le revenu annuel brut avec invalidité à retenir pour l'assuré était de CHF 60'320.-. Le degré d'invalidité était de 0 %, dès lors que ce revenu était supérieur à son revenu annuel brut sans invalidité réactualisé (qui était de CHF 58'154.-).
12. Le 17 novembre 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles. L'assuré avait le statut d'une personne exerçant une activité indépendante à 100 % ; sa capacité de travail, nulle dans son activité habituelle, était de 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 dans une activité adaptée à son état de santé. Une évaluation théorique de sa perte de gain, selon la méthode extraordinaire de comparaison des revenus, amenait à retenir un revenu annuel sans invalidité de CHF 58'154.- (largement supérieur à ses gains réalisés) et un revenu annuel avec invalidité de CHF 60'320.-, si bien que la perte de gain était de 0 % ; l'assuré n'avait droit ni à une rente d'invalidité, ni à un reclassement dans une nouvelle profession.

13. L'assuré n'a pas formulé d'observations sur ce projet de décision dans le délai lui ayant été imparti à cette fin.
14. Par décision du 3 janvier 2018, reprenant les termes et conclusions du projet de décision précité, l'OAI a refusé à l'assuré tant une rente d'invalidité qu'une mesure de réadaptation.
15. Par recommandé du 2 février 2018, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). La personne l'ayant reçu pour un entretien n'avait pas de compétence médicale lui permettant d'évaluer les conséquences des graves plaies des doigts 2 et 3 de sa main gauche ; le SMR ne s'était prononcé que sur la base de « documents papiers ». Bien que droitier, il travaillait beaucoup avec la main gauche et ne pouvait plus saisir de petits objets à cause de la perte de sensibilité de l'index et du majeur de sa main gauche ; il ne pouvait plus fléchir ces doigts comme auparavant, ni, du fait d'une perte de force, porter des objets (tels que cartons, meubles) comme auparavant ; il travaillait plus lentement. Il avait dû renoncer à faire de la restauration pour des puciers, marchands et antiquaires lui proposant auparavant de tels travaux. Il ne pouvait pas compter sur son épouse, ayant elle-même des problèmes de santé, et n'allait au marché aux puces plus qu'une fois par semaine ; il estimait ne gagner plus que le tiers voire la moitié de ce qu'il gagnait auparavant. Son préjudice économique était évalué à la baisse.
16. Par écriture du 26 février 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Bien que ne se fondant pas sur un examen médical effectué personnellement par son auteur, le rapport du SMR retenu par l'OAI avait force probante ; il se basait sur l'avis des médecins de l'assuré, qui, eux, avaient procédé à des examens cliniques de ce dernier. Les séquelles de l'accident qu'avait eu l'assuré étaient reconnues comme invalidante à 100 % pour l'activité habituelle de pucier, mais pas pour une activité adaptée, qui était exigible de sa part, y compris l'abandon d'une activité indépendante.
17. L'assuré n'a pas présenté d'observations ni produit de pièces après avoir reçu cette écriture, ainsi que la CJCAS lui a alors indiqué que cela lui était possible.

### **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 CJCAS 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ;

---

cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touché par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

Le recours est donc recevable.

2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c/aa. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, op. cit., n. 78).

c/bb. Pour pouvoir se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, l'administration ou le juge, sur recours, doivent disposer de documents émanant d'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes. Il importe que les rapports médicaux sur lesquels l'administration ou le juge s'appuient comportent une étude circonstanciée des points litigieux, se fondent sur des examens complets, prennent également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, aient été établis en pleine connaissance de l'anamnèse, décrivent clairement le contexte médical et les éventuelles interférences, et enfin contiennent des conclusions bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, lignes qu'il n'y a pas lieu de rappeler ici dans le détail. Il sied de relever que 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 cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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).

c/cc. 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 ; 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 ; cf. not. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d s'agissant de la jurisprudence, toujours valable, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst.).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. 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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]).

En l'espèce, s'agissant de la LAI, le droit applicable est le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Au demeurant, cette révision-ci de la LAI, de même que ses précédentes révisions (la 5<sup>ème</sup> révision, du 6 octobre 2006, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, et la 4<sup>ème</sup> révision, du 21 mars 2003, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004), n'ont pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité, qui est la question ici litigieuse (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).

S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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).

4. a. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant peut être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité et/ou s'il a droit à des mesures d'ordre professionnel.

b/aa. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 % à 49 %, de 50 % à 59 %, de 60 % à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

b/bb. Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

---

c. Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité.

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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est ainsi une notion économique (ATF 110 V 273 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss), même si elle comprend un aspect médical important puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, attestée médicalement (consid. 2c).

5. a. En l'espèce, l'intimé a retenu que le recourant a une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de pucier, mais entière, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016, dans une activité adaptée.

b. Il n'y avait pas matière à ordonner une expertise médicale, ni même à solliciter des précisions de la part des médecins dont l'intimé a requis des rapports médicaux. Les réponses que les médecins du recourant – à savoir son médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, ainsi que le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique des HUG, le Dr C\_\_\_\_\_ – ont données aux questions figurant sur le formulaire de l'AI intitulé « Rapport médical intermédiaire » étaient suffisantes pour que le SMR de l'intimé émette un avis autorisé sur la capacité de travail du recourant, et l'enquêtrice de l'intimé a recueilli à ce propos des informations détaillées sur les activités constituant le quotidien professionnel du recourant, informations qui ont corroboré et complété les avis médicaux émis.

c. L'intimé n'a pas opposé au recourant le fait que ce dernier, nonobstant une totale incapacité de travail alors attestée médicalement, avait repris certaines des activités constituant sa profession de pucier. Il a retenu que le recourant était incapable à 100 % d'exercer deux activités essentielles, pondérées toutes deux à 20 %, pour l'exercice de son métier habituel (à savoir le débarras d'appartements, impliquant le soulèvement et le port de charges trop lourdes, et la rénovation et la restauration de

meubles, nécessitant, en plus d'une manipulation desdits objets, des travaux impliquant l'utilisation des deux mains pour des travaux requérant de la dextérité en particulier de la sensibilité et de la souplesse ainsi que de la force, y compris de son index et de son majeur gauches), et qu'il était substantiellement restreint (soit à 50 %) pour les tâches inhérentes à la tenue d'un stand au marché aux puces (montage et démontage du stand, port et emballage et déballage des objets exposés). L'intimé en a tiré la conclusion logique et raisonnable qu'en réalité le recourant n'était plus apte à exercer ladite profession, quand bien même son médecin traitant avait estimé finalement à 50 % sa capacité de l'exercer.

Au demeurant, s'il avait considéré que le recourant avait retrouvé, dès décembre 2016, une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, l'intimé n'en aurait pas moins été en droit d'exiger de lui qu'il change d'activité dès lors que pouvait et devait lui être reconnue une totale capacité d'exercer une activité adaptée, lui conférant une capacité de gain (en l'occurrence même sensiblement) supérieure à celle s'attachant à l'activité habituelle à 50 % et qu'en particulier une réorganisation de ses activités d'indépendant pour diminuer son dommage n'entraînait pas en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.3 ; 8C\_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.2.1).

d. Il ne résulte pas des limitations fonctionnelles du recourant que celui-ci serait, pour des motifs médicaux, incapable d'exercer toute activité professionnelle.

Moins de trois mois après l'accident, le spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique des HUG qui suivait le recourant a estimé que celui-ci pouvait exercer des activités dans différentes positions (mais pas en position assise, debout et principalement en marchant), se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en faisant des rotations, avec ses deux bras (en étant cependant limité s'agissant de la main gauche), mais que soulever et porter des poids lui était difficile de la main gauche et que monter sur une échelle ou un échafaudage ainsi que des escaliers était risqué pour lui, étant ajouté que l'assuré n'était pas limité dans ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance et était apte à se déplacer. Il n'est pas contesté que le recourant a subi une perte de sensibilité et de flexibilité ainsi que de force de l'index et du majeur de la main gauche, et au surplus qu'il est droitier.

Le Tribunal fédéral a déjà jugé que la perte d'une main ou la limitation de la main dominante peut justifier une déduction de 20-25% sur le salaire exigible (ATF 126 V 75 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_58/2018 du 7 août 2018 consid. 5.3 ; 9C\_418/2008 du 17 septembre 2008 consid. 3.3), autrement dit un abattement sur le revenu d'invalidé ressortant de données statistiques, mais en aucune façon une incapacité de travail dans toute activité. *A fortiori* ne peut-on admettre que les limitations fonctionnelles admises pour le recourant, affectant sa main non dominante, lui ferment l'accès à toute autre activité que son activité habituelle de pucier.

---

Le recourant, de même d'ailleurs que son médecin traitant et même l'enquêtrice de l'intimé ont émis des doutes sur l'aptitude de recourant à exercer une autre activité que celle de pucier, compte tenu, toutefois, non de ses atteintes à la santé, mais de son âge (57 ans au moment où la décision attaquée a été rendue), de son faible niveau scolaire et – en le disant à demi-mots – des habitudes de vie inhérentes à son appartenance à la communauté des gens du voyage. Or, ce sont là des facteurs socioculturels n'entrant pas dans la définition de l'invalidité, qui ne peuvent dès lors être pris en considération dans l'évaluation de l'incapacité de gain et donc de l'invalidité, et qui ne peuvent en tout état conduire à nier, en l'occurrence, qu'il n'existe aucune autre activité qui puisse être exigée du recourant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]. Commentaire thématique, 2011, n. 1209 et 1226 s).

Force est de retenir, à l'instar de l'intimé, qu'il existe, sur le marché équilibré du travail, un large éventail d'emplois correspondant à ceux que vise le tableau TA1\_tirage\_skill level pour un homme dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples), appliqué par l'intimé pour déterminer le revenu d'invalidité du recourant, emplois que les limitations fonctionnelles de ce dernier n'empêchent pas d'exercer à plein temps.

e. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a retenu que le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations (étant ajouté que la date à partir de laquelle cela est le cas – à savoir le 1<sup>er</sup> décembre 2016 – n'est pas contestée en tant que telle et n'apparaît pas contestable).

6. a. Pour évaluer le degré d'invalidité (ATAS/741/2016 du 20 septembre 2016 consid. 9), il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). Chez les assurés qui – comme le recourant – exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).

b. La méthode de comparaison des revenus consiste, conformément à l'art. 16 LPGA, à évaluer le taux d'invalidité en comparant le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. En règle générale, la comparaison des revenus doit se faire de telle manière que les deux revenus soient chiffrés le plus exactement possible de telle sorte que la différence

---

résultant de leur mise en parallèle permette de déterminer le degré d'invalidité. S'ils ne peuvent pas être déterminés avec précision, il convient de les évaluer selon les éléments connus et de comparer les valeurs approximatives obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Dans cette méthode, le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'ESS, publiée par l'OFS (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).

Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les revenus en cause chez un assuré exerçant une activité lucrative, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs, procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète. Il faut appliquer cette méthode, dite extraordinaire d'évaluation de l'invalidité, notamment pour les indépendants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 323/04 du 30 août 2005 consid. 5.1), mais aussi lorsque les revenus ne peuvent être établis avec suffisamment de précision, par exemple parce qu'ils se confondent avec les revenus de l'exploitation qui dépendent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs, et que les documents comptables ne permettent généralement pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs étrangers à l'invalidité et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 4.2).

c. En l'espèce, compte tenu de l'absence de comptabilité tenue spécifiquement pour l'activité professionnelle du recourant (mais seulement de la tenue d'un « carnet du lait uniquement des ventes »), du fait que le recourant et son épouse vivent essentiellement de prestations sociales touchées par cette dernière en considération de sa propre invalidité, ainsi que de l'aide que reçoit le recourant, pour exercer son métier de pucier et subvenir aux besoins de l'existence, de la part de la communauté des gens du voyage à laquelle il appartient, c'est à juste titre que l'intimé a estimé qu'il n'était pas possible (ou beaucoup trop incertain) de chiffrer les revenus sans invalidité du recourant.

Aussi l'intimé a-t-il déterminé les revenus que le recourant aurait pu obtenir sans atteinte à la santé en analysant les secteurs d'activité constituant son activité habituelle de pucier, à savoir l'administration, la tenue d'un stand au marché aux puces, le débarras d'appartements et autres activités similaires et la menuiserie, secteurs auxquels il a appliqué – à l'avantage du recourant, sied-il de souligner, en tant qu'il s'agissait de déterminer son revenu sans invalidité – les données salariales résultant des statistiques de l'ESS respectivement pour des services administratifs, l'exercice d'autres commerces de détails sur éventaires et marchés, la collecte, le traitement et l'élimination des déchets et la récupération ainsi que la menuiserie d'intérieur. Le revenu annuel sans invalidité auquel il est ainsi parvenu est de CHF 58'154.- (de loin supérieur aux revenus déclarés du recourant).

La chambre de céans ne voit pas de critique à émettre à l'encontre tant de la méthode suivie que du résultat obtenu pour le revenu sans invalidité pertinent du recourant.

d. S'agissant du revenu avec invalidité du recourant, dans une activité adaptée aux limitations de ce dernier, il faut d'abord rappeler qu'en l'espèce l'intimé requérait à bon droit du recourant que celui-ci abandonne son activité d'indépendant au profit d'une activité lucrative lui permettant de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail (cf. ci-dessus consid. 5c in fine). Dans ces conditions, l'intimé était en droit et n'avait d'ailleurs d'autre choix que de déterminer le revenu d'invalidité du recourant sur la base de statistiques salariales. Le choix qu'il a fait à ce propos de retenir les données de l'ESS 2014 résultant du tableau TA1\_tirage\_skill level pour un homme dans une activité de niveau 1 (tâches physiques ou manuelles simples) n'est pas critiquable (cf. ci-dessus consid. 5d). Le revenu annuel d'invalidité du recourant a ainsi été fixé à bon droit à CHF 60'320.-, compte tenu d'un taux d'abattement de 10 %.

e. Le degré d'abattement à appliquer le cas échéant dépend des circonstances personnelles et professionnelles, exhaustivement énumérées par la jurisprudence (à savoir les limitations fonctionnelles liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation) ; la déduction globale maximale est de 25 % (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_17/2018 du 17 avril 2018 consid. 4 ; 9C\_481/2017 du 1<sup>er</sup> décembre 2017 consid. 3.1).

Il n'y a pas matière à appliquer en l'espèce le taux maximal d'abattement de 25 %, notamment compte tenu de l'âge du recourant, de sa nationalité suisse et de son handicap. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu de s'étendre en l'espèce sur la question de savoir si un abattement supérieur à 10 % s'imposerait, car l'application du taux maximal de 25 % ne serait en tout état pas propre à faire naître un droit à une rente d'invalidité ou même à des mesures de réadaptation en faveur du recourant.

En effet, avec le taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé, le revenu annuel avec invalidité est de CHF 60'320.-, donc même supérieur au revenu annuel sans invalidité de CHF 58'154.- (déterminé – sied-il de rappeler – de façon favorable au recourant). Dans ce cas, il n'y a aucune perte de gain (mais même un avantage de CHF 2'166.-), donc un degré d'invalidité de 0 %. Il n'y a donc aucune invalidité ; le taux minimal de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente (art. 28 LAI) n'est pas atteint, et celui de 20 % posé par la jurisprudence pour avoir droit à des mesures de réadaptation (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

Avec un taux d'abattement maximal de 25 %, le revenu annuel d'invalide serait de CHF 50'267.-. La perte de gain serait de CHF 7'887.-, et le degré d'invalidité de 13.56 %, arrondi à 14 %. Il serait insuffisant pour obtenir une rente d'invalidité, de même que des mesures de réadaptation. Il ressort au demeurant du dossier que des mesures de réadaptation ne seraient pas propre à maintenir ou améliorer la capacité de gain du recourant.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

Étant 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, qui sera arrêté au montant minimal de CHF 200.-.

Vu l'issue donnée au recours, il n'y a pas matière à allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

\* \* \* \* \*

**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. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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