

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1427/2017

ATAS/1168/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY, Pierre-
Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En 1963, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré), né le _____ 1954, a été victime d'un accident ayant entraîné une fracture du coude gauche, avec une faiblesse séquellaire de l'ensemble du membre supérieur gauche, une amyotrophie du biceps et des paresthésies dans tous les doigts.
2. Après avoir obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien, l'assuré a travaillé en qualité de mécanicien, tout d'abord pour son oncle, puis à son compte.
3. En raison de douleurs diffuses pluri-articulaires digitales apparues au milieu de l'année 2013, l'assuré a subi des examens médicaux.
4. L'examen électrophysiologique, réalisé le 16 décembre 2013, a montré des signes neurographiques d'atteinte axonale sensitive et un ralentissement global de la conduction motrice des nerfs médian et ulnaire gauches, associés à des signes EMG de dénervation ancienne suivie de réinnervation chronique dans le territoire du nerf médian gauche. Ces résultats étaient évocateurs de séquelles de lésions axonales très anciennes des nerfs médian et ulnaire gauches, avec une atteinte motrice bien compensée par la réinnervation collatérale.
5. Une IRM de la main gauche, effectuée le 17 mars 2014, a mis en évidence la présence d'une pancarpite se traduisant par une synovite prédominant dans le médio-carpe, une atteinte érosive du versant radial de l'os, une atteinte érosive du versant radial de l'os crochu et un œdème de remaniement géodique au niveau du triquétrum.
6. Le 8 mai 2014, l'assuré a été examiné par la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, oncologie et hématologie, qui a posé les diagnostics de leucémie lymphoïde chronique probablement Binet A, RAI 0, stéatose hépatique et hyper-ferritinémie d'origine multifactorielle.
7. L'échographie des deux mains du 21 juillet 2014 a mis en évidence, au niveau du poignet gauche, une synovite de l'articulation radio-carpienne et médio-carpienne caractérisée par une hypertrophie synoviale avec une discrète hyperhémie locale ainsi qu'une très probable déchirure totale du ligament scapho-lunaire avec diastasis scapho-lunaire en déviation ulnaire du poignet. Au niveau du poignet droit, les radiologues ont constaté des signes échographiques d'une déchirure du ligament scapho-lunaire avec diastasis entre les deux os, plus évidente en déviation cubitale du poignet. L'examen a également mis en évidence une synovite radio-carpienne et médio-carpienne avec une discrète hypertrophie synoviale.
8. La radiographie des deux poignets, du même jour, a confirmé les données de l'échographie, à savoir, des deux côtés, un important diastasis scapho-lunaire compatible avec une déchirure totale du ligament scapho-lunaire. Les radiologues ont également constaté, à droite, une importante arthrose de type SLAC II avec une usure totale du cartilage articulaire radio-scaphoïdien et, à gauche, une arthrose de type SLAC I. Ils ont également décelé des calcifications des tissus mous distales à

l'apophyse styloïde du cubitus à droite et une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne (STT) à droite, discrète à gauche.

9. L'arthro-scanner du poignet droit, effectué le 21 août 2014, a montré une déchirure massive du ligament scapho-lunaire ainsi qu'une importante altération dégénérative de l'articulation radio-scaphoïdienne avec usure de toute l'épaisseur du cartilage articulaire, compatible avec une arthrose de type SLAC II.
10. L'arthrographie du poignet gauche, réalisée le 28 août 2014, a confirmé l'existence d'une déchirure transfixiante importante du ligament scapho-lunaire associée à un diastasis scapho-lunaire, une discrète arthrose radio-carpienne au niveau radio-scaphoïdien.
11. L'arthro-scanner du poignet gauche, réalisé le même jour que l'arthrographie, a mis en évidence une déchirure totale du ligament scapho-lunaire, une importante diastasis scapho-lunaire, une altération dégénérative débutante de l'articulation radio-scaphoïdienne avec usure du cartilage touchant de manière prépondérante le pied du scaphoïde (arthrose de type SLAC I). Une synovite réactionnelle s'y surajoutait. Enfin, une discrète atteinte dégénérative radio-cubitale inférieure avait été constatée.
12. L'échographie du coude et du poignet gauches, réalisée le 6 octobre 2014, a décelé une tuméfaction importante au niveau de la métaphyse distale de l'humérus ainsi qu'un amincissement au niveau du canal cubital, une nouvelle tuméfaction au niveau distal par rapport au canal cubital.
13. Le 15 octobre 2014, l'assuré a adressé à l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI), une demande de prestations en raison de séquelles post-fracture du coude gauche.
14. L'électroneuromyographie réalisée le 15 décembre 2014 était globalement superposable à celle effectuée une année auparavant, montrant la persistance de l'atteinte des nerfs médian et ulnaire gauches, avec une atteinte axonale sensitive sévère et un ralentissement global de la conduction motrice du nerf médian et une atteinte sensitive moins marquée pour le nerf ulnaire gauche, le tout associé à la persistance de signes de dénervation chronique dans le territoire du nerf médian gauche. Vu l'aggravation clinique, le processus cicatriciel était possiblement encore actif, avec une compression nerveuse chronique.
15. Dans son rapport du 15 décembre 2014 destiné à l'OAI, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main aux hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de névralgies post-traumatiques dans un contexte de fracture ouverte du coude gauche dans les années 60, SLAC-Wrist bilatéral et pencarpite à gauche, d'origine indéterminée. Dans l'enfance, l'assuré avait été victime d'une fracture ouverte de son coude gauche, ayant nécessité des réparations neurovasculaires. Au niveau de la main gauche, les douleurs, associées à une diminution de force étaient,

d'une part, de type névralgique et, d'autre part, sous forme de spasmes. Les résultats de l'ENMG du 16 décembre 2013 étaient évocateurs de séquelles de lésions axonales très anciennes des nerfs médian et ulnaire. La capacité de travail était nulle dans la profession habituelle, les douleurs au niveau du membre supérieur gauche gênant l'assuré pour toute activité mécanique. En revanche, il existait une capacité de travail, dont le taux n'a pas été précisé par le médecin précité, dans une activité n'impliquant pas le port de charges ou la montée sur une échelle ou un échafaudage.

En annexe à ce rapport figuraient les comptes-rendus des examens effectués.

16. A teneur du rapport du 6 février 2015 de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, l'assuré souffrait des atteintes suivantes : grave fracture de l'avant-bras gauche en 1963 avec bras quasi arraché au niveau du coude, opéré, avec une diminution de la sensibilité et de la force au niveau de la main dans le territoire ulnaire et médian droit ; depuis mi-mai 2014, augmentation marquée des douleurs et diminution de la force et de la sensibilité ; atteinte axonale sévère des nerfs médian et ulnaire gauches ; déchirure des ligaments scapho-lunaires gauche et droit avec diastasis scapho-lunaire ; arthrose radiocarpienne ; lymphome de la zone marginale et stéatose hépatique. En raison de ces atteintes, l'assuré était totalement incapable d'exercer son activité de mécanicien, dès lors qu'il ne pouvait ni porter ni utiliser ses mains pour des activités lourdes notamment. En revanche, il était capable d'exercer, à un taux non précisé, une activité n'impliquant pas l'utilisation des mains, étant toutefois précisé que l'assuré était limité par la fatigue.

En annexe à ce rapport figuraient les comptes-rendus des examens effectués.

17. Une IRM du coude gauche, réalisée le 25 février 2015, a mis en évidence la présence d'un aspect très irrégulier du nerf médian au niveau de la partie inférieure de l'humérus et de l'articulation du coude où il présentait un aspect très grêle compatible avec une ancienne section, probablement subtotale voire totale. L'imagerie a également décelé une très importante hypotrophie et une infiltration graisseuse du muscle rond pronateur, probablement liée à la dénervation, une discrète tuméfaction du nerf ulnaire au niveau du canal cubital sans signe d'instabilité décelable à l'IRM. L'articulation du coude montrait des altérations dégénératives d'aspect plutôt banal et un épanchement intra-articulaire.
18. L'OAI a soumis les rapports des Drs C_____ et D_____ et leurs annexes à son service médical régional (SMR), lequel a considéré dans un avis du 17 juin 2015, sous la plume de la doctoresse E_____, que les diagnostics à retenir étaient ceux d'arthrose radio-carpienne des poignets, pancarpite du poignet gauche et déchirure des ligaments scapho-lunaires avec instabilité des poignets, le lymphome de la zone marginale et la stéatose hépatique n'étant pas du ressort de l'AI. L'activité de garagiste n'était plus exigible depuis le 11 avril 2014. La capacité de travail dans une activité légère, ne sollicitant pas la motricité fine des doigts, sans travail

manuel de force, sans port de charges lourdes, sans mouvements de préhension répétée des mains, était envisageable à 100% et ce depuis toujours.

19. Par courrier du 6 juillet 2015, l'assuré a expliqué à l'OAI qu'il avait été élu en tant que conseiller municipal pour trois mandats de six ans chacun. Grâce au vote interne au conseil municipal, il avait pu occuper le poste d'adjoint au maire en charge des travaux pour la commune, de l'urbanisme et de l'assainissement. Etant donné qu'il avait été élu, il ne pouvait fournir de certificat de salaire ou de contrat de travail. En annexe figuraient toutefois les bulletins d'indemnités versées pour les années 2001 à 2013.
20. Le 15 juillet 2015, l'OAI a examiné le statut de l'assuré dans une note interne et a considéré, en se référant à une jurisprudence fédérale, que le revenu de valide correspondait à la rémunération d'adjoint au maire en Suisse.
21. La Dresse D_____ a résumé ses diagnostics dans le formulaire européen E204 daté du 17 juillet 2015 et a confirmé que son patient ne pouvait plus exercer l'activité de garagiste. Elle a également considéré qu'aucune activité adaptée n'était possible.
22. Par avis du 4 août 2015, le SMR, sous la plume de la doctoresse F_____, a relevé que postérieurement au dernier avis, l'assuré avait adressé à l'OAI un courrier dont il ressortait qu'il avait accepté le poste d'adjoint au maire en France au moment de son incapacité de travail durable. Par conséquent, le SMR a rectifié ses précédentes conclusions et a considéré que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de garagiste. L'assuré était toutefois capable de travailler à 100% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, étant précisé que les limitations fonctionnelles étaient inchangées.
23. Par projet de décision du 14 août 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande, faute d'atteinte invalidante, la dernière activité exercée, soit celle d'adjoint au maire, devant être considérée comme adaptée.
24. L'assuré a contesté le projet précité par courrier du 15 septembre 2015, le Dr C_____ devant transmettre un rapport à l'OAI par la suite.
25. A teneur du rapport du Dr C_____ adressé le 22 septembre 2015 au médecin-conseil de l'OAI, l'assuré souffrait d'une atteinte neurologique au niveau des nerfs ulnaire et du nerf médian gauches, sévère, séquellaire d'un traumatisme dans l'enfance, occasionnant une diminution des fonctions globales du membre supérieur gauche, associée, actuellement, à une fracture sans notion de traumatisme du semi-lunaire. Au niveau du membre supérieur droit, l'assuré présentait une arthrose avancée du poignet. Pour le médecin précité, l'atteinte bilatérale justifiait à elle seule une atteinte à l'intégrité.
26. Le rapport précité du Dr C_____ a été soumis au SMR, qui a considéré, dans un avis daté du 11 décembre 2015, qu'il convenait, d'une part, de se renseigner sur l'évolution de la fracture du semi-lunaire en requérant les pièces médicales mettant

en évidence cette atteinte et, d'autre part, de demander des précisions sur la capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

27. Dans un rapport du 25 novembre 2015, le docteur G_____, chef de clinique à l'unité de chirurgie de la main aux HUG, qui a repris le suivi, a évoqué les diagnostics suivants au niveau du membre supérieur gauche : SNAC Wrist de stade 2/3 sur fracture pathologique du semi-lunaire et sur rupture scapho-lunaire (SL) avec diastasis statique ; status post ostéosynthèse par fixateur externe et révision avec suture des artères, nerfs et tendons pour une fracture ouverte de l'humérus distal à gauche avec probable revascularisation du bras gauche en 1963, séquellaire. Au niveau du membre supérieur droit, le médecin précité a retenu un SNAC Wrist de stade 2. Malgré ses douleurs, l'assuré travaillait toujours en qualité de mécanicien indépendant mais il n'arriverait plus à assumer tous les gestes de son travail professionnel. Les images radiologiques devaient être réévaluées lors d'un colloque radiologique de chirurgie de la main et selon le diagnostic retenu (SNAC Wrist de stade 2 versus stade 3), une option chirurgicale serait discutée avec l'assuré. Toutefois, préalablement, l'assuré souhaitait clarifier son statut à l'assurance-invalidité, la reprise d'un travail en post-opératoire n'étant pas du tout assurée. Une consultation en rhumatologie pour une douleur au niveau du pied était également prévue, l'assuré ayant par ailleurs souhaité une suite de prise en charge rhumatologique aux HUG.
28. Les rapports précités ont été soumis au SMR qui a invité l'OAI à demander à l'assuré le nom du rhumatologue assurant le suivi et d'adresser à ce dernier, par la suite, un rapport médical initial. Par ailleurs, des précisions devaient être sollicitées du Dr G_____ concernant notamment l'opération au poignet, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée.
29. Dans une note interne du 21 mars 2016, l'OAI a relevé que dans son rapport du 25 novembre 2015, le Dr G_____ avait évoqué le fait que l'assuré travaillait toujours comme mécanicien indépendant. Partant, il convenait de clarifier la situation économique et professionnelle de l'assuré et son lieu de résidence.
30. Le même jour, l'office précité a sollicité des précisions de l'assuré, sur son statut professionnel, l'exercice d'une activité professionnelle et la personne du rhumatologue traitant.
31. Le 11 avril 2016, l'assuré a répondu à la demande de renseignements précitée et a expliqué qu'il était actuellement sans activité professionnelle et vivait de ses « rentes » locatives. Il avait été suivi par le Dr C_____, lequel l'avait adressé à la Dresse D_____. Suite au départ du Dr C_____, il était désormais suivi par le Dr G_____.
32. Par courrier du 30 mai 2016, le Dr G_____ a apporté quelques précisions. Il a notamment expliqué que la date de l'intervention chirurgicale serait décidée lors de la prochaine consultation pré-opératoire, après avoir effectué l'artho-CT. Ladite opération était envisagée en raison d'un SNAC Wrist de stade 2 sur fracture du

semi-lunaire et rupture scapho-lunaire (SL) et échec d'infiltration du poignet au mois de mai 2016. S'agissant des limitations fonctionnelles, aucune activité en force n'était réalisable. L'assuré présentait un SNAC Wrist de stade 2 aux deux membres supérieurs. Un travail de force bimanuel n'était ainsi plus exigible et la reprise du travail en force en post-opératoire était très peu probable.

33. Le rapport complémentaire du Dr G_____ du 30 mai 2016 a été soumis au SMR, qui a considéré, dans un avis du 15 août 2016, que les limitations fonctionnelles mentionnées par le médecin précité avaient déjà été prises en considération dans l'avis du SMR du 17 juin 2015. Cependant, comme déjà demandé dans l'avis du 14 mars 2016, l'OAI était prié de compléter le dossier avec les rapports du rhumatologue traitant.
34. Le 15 août 2016, le SMR a écrit à la Dresse D_____ afin d'obtenir des précisions sur l'atteinte au pied.
35. En septembre 2016, la Dresse D_____ a expliqué à l'OAI qu'elle n'avait plus revu l'assuré depuis avril 2015, de sorte qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur l'atteinte au pied.
36. Par courrier du 24 février 2017, la doctoresse H_____, médecin cheffe de clinique à l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques, aux HUG, a expliqué que les examens complémentaires avaient confirmé une dégénérescence avancée du poignet gauche. Une demande AI était en cours et avant toute opération pendant laquelle la première rangée des os du carpe devait être réséquée, l'assuré souhaitait obtenir une réponse quant à l'indemnité AI devant lui être reconnue.
37. Après avoir brièvement résumé le dossier et le rapport du Dr I_____ du 30 mai 2016, le SMR a considéré, dans un avis du 14 mars 2017, qu'il n'y avait aucun élément susceptible de changer l'avis du SMR du mois de juin 2015, étant précisé que l'assuré n'avait plus de suivi rhumatologique.
38. Par décision du 17 mars 2017, l'OAI a confirmé les termes de son projet du 14 août 2015 et a rejeté la demande de prestations.
39. Le 13 avril 2017, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision du 17 mars 2017. Se fondant sur la législation applicable en matière d'assurance-accidents, il a considéré que son invalidité dépassait les 10%. Par ailleurs, il n'était plus adjoint au maire. De plus, il avait été élu, de sorte que ce mandat ne relevait pas d'un choix professionnel. Enfin, il avait déménagé en Suisse depuis. Dans tous les cas, s'il devait reprendre une activité professionnelle, ce serait dans le domaine de la mécanique, mais son état physique ne le permettait pas.
40. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 3 juillet 2017, concluant au rejet du recours. En premier lieu, il a relevé que le recourant avait interrompu son activité de mécanicien/garagiste non pas pour des questions de santé mais en raison de la fermeture du garage. Le recourant n'ayant plus exercé ladite activité par choix personnel, elle ne pouvait être considérée comme son activité habituelle. Le

recourant s'était domicilié en France et avait occupé la fonction d'adjoint au maire pendant environ 18 ans. Dès lors qu'il s'agissait de mandats électoraux français, cette activité ne pouvait pas non plus être retenue comme son activité habituelle. Le recourant était revenu en Suisse en juin 2014, soit à l'âge de 60 ans.

Cela étant précisé, l'intimé a considéré qu'au vu des éléments médicaux du dossier et notamment des avis du SMR, c'était à juste titre qu'il avait retenu une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que la décision litigieuse devait être confirmée dans son résultat. Au demeurant, le statut d'actif retenu était très favorable au recourant, la fonction d'adjoint au maire en France ne pouvant en aucun cas être transposée en Suisse. Enfin et en tout état, le fait que le SMR ait retenu que la fonction d'adjoint au maire en France était adaptée démontrait clairement que toute activité administrative était exigible.

41. Le recourant a produit sa réplique le 26 juillet 2017 et a contesté pouvoir exercer une activité adaptée. Il a réfuté la thèse selon laquelle l'activité de maire était adaptée, dès lors qu'il avait été élu et que sa fonction ne nécessitait aucune formation préalable, notamment administrative. Au demeurant, l'intimé n'avait jamais cherché à connaître le cahier des charges de cette activité. Par ailleurs, s'agissant d'une commune de 1500 habitants, l'activité d'adjoint au maire impliquait une réunion par mois et des entretiens avec les autres élus. Cette activité ne requérait aucune connaissance informatique ou dactylographique. Dans tous les cas, en raison de son handicap aux deux poignets, il ne pourrait pas exercer dans ce domaine, aucun employeur n'acceptant d'engager un candidat sans compétence informatique ni possibilité de formation en raison du handicap.
42. Par courrier du 1^{er} septembre 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, considérant qu'une capacité de travail de 100% était exigible dans toute activité adaptée.
43. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 26 mars 2018.

A cette occasion, le recourant a rappelé qu'à l'âge de 9 ans, il avait été victime d'un accident à la suite duquel il avait subi de nombreuses opérations. Avec les années, la cicatrisation interne s'était faite de manière assez anarchique, de sorte qu'il avait commencé à souffrir de douleurs post traumatiques, en premier lieu dans son membre supérieur gauche. Elles s'étaient progressivement étendues au poignet et à la main gauches, puis au poignet droit à partir de 2013.

Après avoir obtenu un CFC de mécanicien automobile, il avait travaillé avec son oncle pendant 3 ans environ. Par la suite, il s'était mis à son compte, en ouvrant un garage à J_____, qu'il avait exploité jusqu'à l'âge de 55 ans environ. Il avait à l'époque deux ouvriers. À ce moment-là, les douleurs qu'il avait toujours ressenties dans le bras gauche, avaient progressé et il ne pouvait plus travailler normalement, de sorte qu'il avait proposé à l'un de ses ouvriers de reprendre ce garage. Dans un premier temps, il l'avait aidé sur le plan administratif et surtout technique.

À partir de 1998 environ, il s'était établi à Boège en France voisine et s'était rapidement présenté aux élections municipales. Elu au conseil municipal, il avait accompli trois mandats de six ans en tant qu'adjoint au maire, avec la responsabilité du dicastère de l'environnement, urbanisme et autres travaux publics.

Le 1^{er} juin 2014, il était revenu à Genève.

Une activité telle que celle qu'il avait exercée après la remise de son garage n'était plus possible. En effet, il ne pouvait pratiquement plus utiliser sa main gauche. Sa main droite avait deux ligaments déchirés, de sorte que les médecins lui avaient recommandé de ne rien porter, car si les ligaments venaient à céder, on devrait lui faire une greffe. Ces restrictions, d'après ses médecins, ne concernaient pas seulement le port de charges, mais l'utilisation de la main d'une façon plus générale. Il n'était pas capable de tenir un journal, ou d'écrire très longtemps. Une année auparavant, il avait également rencontré des problèmes de dos, et les médecins lui avaient alors recommandé au minimum de se déplacer avec des cannes, ce qu'il ne pouvait pas faire en raison de l'état de ses membres supérieurs.

Pour sa part, l'intimé a précisé qu'il ne considérait pas que l'utilisation des deux poignets n'était plus possible, mais qu'il admettait en revanche des limitations fonctionnelles, lesquelles définissaient les conditions propres à déterminer le genre d'activité adaptée à retenir. À ce sujet, le SMR avait défini ces limitations dans son avis du 17 juin 2015. Par la suite, le Dr G_____ avait également retenu, comme limitations fonctionnelles, l'exclusion d'un travail de force bi-manuel, y compris en post-opératoire. Tous les éléments figurant au dossier avait ainsi été pris en considération.

44. Le 4 mai 2018, le recourant, sous la plume de son conseil, a produit ses observations. Il a tout d'abord considéré que l'OAI, soit pour lui le SMR, n'avait pas pris en considération l'ensemble de ses atteintes (notamment au niveau du membre supérieur droit et la leucémie). Dans tous les cas, il voyait mal quelle activité adaptée il pouvait encore exercer, même dans le domaine administratif, sans mouvements de préhension répétés des mains. En outre, il ne voyait pas l'utilité d'envisager des mesures de réadaptation à moins d'un an de la retraite.
45. Pour sa part, l'intimé a persisté dans ses conclusions, par courrier du 17 mai 2018, considérant, tout d'abord, que le SMR s'était fondé sur les rapports des médecins traitants pour déterminer la capacité de travail. Cela étant précisé, dans la mesure où il n'y avait pas d'atteinte invalidante au sens de la LAI, il n'y avait pas lieu d'examiner l'employabilité de l'assuré proche de la retraite. Les limitations fonctionnelles retenues par le SMR concernaient les deux membres. En conclusion, l'OAI estimait que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant.
46. 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) en vigueur dès 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et, plus particulièrement sur l'exigibilité d'une activité professionnelle pour un assuré proche de l'âge de la retraite, la nature de l'activité habituelle et la valeur probante des pièces médicales au dossier.
5. a. 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).
b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. 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). Il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur le contenu de tels avis. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_335/2015 du 1^{er} septembre 2015 consid. 3.2).

b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

7. a. La notion de marché équilibré du travail, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3 in RCC 1991 p. 329). Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment, l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b in RCC 1991 p. 329 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a in RCC 1989 p. 328 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à

l'invalidité (cf. par exemple arrêt du Tribunal fédéral 9C_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2009 du 1^{er} juin 2010 consid. 4.2.3 déjà cités).

b. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

c. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Le Tribunal fédéral a ainsi considéré, dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009, que l'assuré, qui souffrait d'une personnalité borderline et qui avait besoin de pouvoir fonctionner de manière parfaitement autonome et en dehors de toute pression extérieure, dans un environnement protégé et confiné, ne pouvait offrir ce que l'on est en droit d'attendre d'un travailleur dans des rapports de travail qualifiés de normaux. Bien plus, notre Haute Cour a rappelé qu'à la différence de simples fluctuations conjoncturelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 198/76 du 4 octobre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206), les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il y a lieu de tenir compte en matière d'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 436/92 du 29 septembre 1993 consid. 4c et 5b). La structure actuelle du marché du travail n'offre plus les conditions qui permettraient encore à une personne comme le recourant, à l'aube des années nonante, de trouver un emploi et d'exercer par intermittence une activité lucrative. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou encore les nécessités liées à la maîtrise des coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent désormais faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et, partant, montrer des facultés d'adaptation importantes. Si le marché du travail présentait par le passé une souplesse suffisante permettant, tant bien que mal, d'intégrer en son sein la personne du recourant, la nature et l'importance du trouble de la personnalité constitue, au regard des conditions actuelles du marché du travail, des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité lucrative salariée.

8. 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).

9. a. A titre liminaire, la chambre de céans relève que le recourant était âgé de plus de 60 ans au jour du dépôt de la demande. Conformément à la jurisprudence, dans un tel cas, il convient donc de procéder à une analyse globale de la situation et de se demander si, de manière réaliste, le recourant serait en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. En d'autres termes, il faut déterminer si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager le recourant, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail.

Cette analyse n'a lieu d'être que si le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Par conséquent, avant de pouvoir se prononcer sur le degré d'invalidité, l'OAI aurait dû déterminer l'activité habituelle du recourant de telle manière que le SMR puisse se prononcer sur la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Ce n'est qu'en connaissant ces éléments que la question de l'exigibilité d'un changement de profession peut être examinée.

Or, dans sa réponse du 3 juillet 2017, l'intimé a retenu que ni la profession de mécanicien ni la fonction d'adjoint au maire ne pouvaient être considérées comme étant l'activité habituelle. Il ne s'est toutefois jamais prononcé sur la nature exacte de cette activité habituelle, se contentant de persister dans le refus d'octroyer une rente, considérant que « l'assuré a une capacité de travail de 100% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. (...) le fait que le SMR a retenu que la dernière activité exercée en tant qu'adjoint au maire en France était tout à fait adaptée démontre clairement que toute activité administrative est exigible ». Certes, le recourant a occupé la fonction d'adjoint au maire. Il s'agissait toutefois d'une activité accessoire, à raison de quelques heures par mois. Par ailleurs, l'intimé ne s'est pas renseigné sur le cahier des charges et les obligations incombant à un adjoint en France. Il ne peut dès lors se contenter de faire un simple parallèle entre une telle fonction et une activité dans le domaine administratif pour retenir un degré d'invalidité nul.

Dans de telles conditions, l'instruction à laquelle l'OAI a procédé est à l'évidence lacunaire, dès lors qu'il n'a pas déterminé, au préalable, l'activité habituelle du

recourant et la capacité de travail de ce dernier dans ladite activité, qu'il ne s'est pas prononcé sur l'exigibilité d'un changement de profession et qu'il n'a pas procédé à la moindre comparaison des revenus. La décision querellée doit donc être annulée pour ce motif déjà et la cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces questions.

10. Cela étant, dans tous les cas, même si la question de l'activité habituelle pouvait rester ouverte, la décision querellée aurait quoi qu'il en soit dû être annulée faute de documents probants au dossier.

- a. L'intimé s'est fondé sur plusieurs avis du SMR pour nier tout droit à rente.

Force est tout d'abord de constater que le premier avis du SMR, daté du 17 juin 2015, repose sur les rapports initiaux des Drs C_____ et D_____ des 15 décembre 2014 et 6 février 2015, dans lesquels ces médecins ont retenu une capacité de travail dans une activité adaptée, sans toutefois en préciser l'importance. Par ailleurs, les médecins précités ne se rejoignent pas en termes de limitations fonctionnelles.

En retenant ainsi qu'une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles qu'il a évoquées (mais qui n'ont pas été mentionnées par les médecins traitants du recourant) était exigible, le SMR ne s'est pas contenté d'établir un avis au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 et 3 RAI. En effet, le service précité n'a pas simplement porté une appréciation sur des conclusions médicales déjà existantes, mais a posé de nouvelles conclusions médicales : les limitations fonctionnelles et une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Son avis dispose ainsi d'une valeur probante amoindrie.

Dans ses avis des 14 mars et 15 août 2016, le SMR demande essentiellement à l'OAI de se renseigner sur l'identité du médecin rhumatologue. Ils ne comportent ainsi pas d'appréciation sur la capacité de travail du recourant et ne sauraient être pertinents dans ce contexte.

Enfin, l'avis du 14 mars 2017 part de la prémisse que le recourant n'a plus de suivi rhumatologique, de sorte qu'il convenait de renoncer à instruire l'atteinte au pied et de se référer aux conclusions de l'avis du 17 juin 2015. Or, force est de constater que dans son rapport du 25 novembre 2015, le Dr G_____ a évoqué un suivi par le service de rhumatologie des HUG. C'était d'ailleurs en raison de cette affirmation que le SMR avait suggéré à l'OAI, dans son avis du 14 mars 2016, de se renseigner auprès du recourant sur l'identité du médecin rhumatologue qui assurait le suivi, afin de pouvoir adresser à celui-ci un rapport médical initial. Certes, dans sa réponse du 14 avril 2016, le recourant n'a évoqué que la Dresse D_____, laquelle ne le suivait plus depuis août 2015. Toutefois, le recourant n'a pas été réinterrogé à ce sujet suite à la réponse de la Dresse D_____ alors que justement le Dr G_____ mentionnait le fait qu'une consultation en rhumatologie était prévue aux HUG.

Or, dès lors que le SMR a demandé à deux reprises à l'OAI de poursuivre l'instruction sur le plan rhumatologique, la prise de position d'un médecin de cette

spécialisation était à l'évidence nécessaire pour pouvoir se prononcer de manière convaincante sur la capacité de travail du recourant.

Dans de telles circonstances, l'avis du SMR du 14 mars 2017 dispose également d'une valeur probante amoindrie.

b. Les rapports des médecins traitants du recourant ne permettent pas non plus de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. En effet, les trois médecins ne retiennent pas les mêmes limitations fonctionnelles. De plus, ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail du recourant de manière circonstanciée.

c. Il découle donc de ce qui précède que même si l'activité habituelle avait été déterminée à satisfaction de droit, la chambre de céans n'aurait pas été en mesure d'apprécier les répercussions des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de procéder à une analyse globale de la situation et de se déterminer sur l'exigibilité d'un changement de profession et, partant, d'établir le degré d'invalidité en résultant. Au demeurant, au vu des limitations fonctionnelles aux deux mains, on peut se poser la question de l'adéquation d'une activité administrative.

Le dossier soumis à la chambre de céans ne comporte ainsi aucune appréciation disposant d'une valeur probante suffisante, se prononçant de manière convaincante sur toutes les atteintes du recourant et leur effet sur la capacité de travail.

Dans de telles circonstances, il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire notamment s'agissant de l'atteinte au pied, laquelle n'a jamais été investiguée jusqu'à ce jour.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 17 mars 2017 sera annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet partiellement et annule la décision du 17 mars 2017.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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