

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/247/2017

ATAS/962/2017

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

**Arrêt du 26 octobre 2017**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à COLLEX, représenté par  
l'Association suisse des assurés (ASSUAS)

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1992, souffre d'une dystrophie musculaire des ceintures, pour laquelle le diagnostic de maladie d'Emery-Dreiffus a été posé, ainsi que celui de micromandibulie.
2. Par communication du 13 mars 1998 et décision du 15 décembre 2003, l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) a accepté de prendre en charge les coûts de traitement des infirmités congénitales n° 184 (dystrophie musculaire), respectivement n° 208 (micromandibulie).
3. L'assuré a ainsi bénéficié de plusieurs moyens auxiliaires (pousse-pousse, releveur, orthèse, etc.) et autres mesures, telles qu'une formation scolaire spéciale (logopédie) et de la physiothérapie, notamment.
4. Par courrier du 27 avril 2009, sa mère a sollicité l'aide de l'OAI pour un soutien et la recherche d'une formation adaptée, plus particulièrement dans le domaine de l'informatique.
5. L'OAI a notamment demandé un rapport au docteur B\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service d'orthopédie pédiatrique des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), lequel a expliqué, en date du 11 juin 2009, que l'assuré souffrait d'une hypotonie musculaire, qui provoquait une grande faiblesse et lui posait des problèmes lors de la marche et du port de charges. Il était en mesure de marcher et de se déplacer sur de courtes distances. Il pouvait suivre une scolarité normale, mais ne pouvait ni faire d'efforts physiques, ni rester debout longtemps.
6. Le 4 août 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a émis l'avis que l'assuré pouvait prétendre des mesures d'ordre professionnel, sous la forme d'une orientation et d'une formation initiale.
7. L'assuré ayant la majorité, l'OAI lui a demandé de déposer une demande de prestations d'invalidité pour adultes, ce qu'il a fait le 8 septembre 2010. Il en ressort notamment qu'une formation d'électronicien avait débuté en septembre 2009, qui devait se terminer en juin 2013.
8. Après de nombreux rappels et convocations restés sans réponses, l'OAI a clos le mandat de réadaptation en décembre 2014.
9. Le 24 mars 2016, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations. Il a indiqué avoir achevé avec succès sa formation d'électronicien (certificat fédéral de capacité d'électronicien en septembre 2013 et diplôme de technicien ES en électronique en juin 2014), mais n'avoir depuis lors exercé aucune activité lucrative. Il était par ailleurs immatriculé en microtechnique pour le semestre 2014-2015.

10. Interrogé par l'OAI, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé une fois de plus, en date du 5 octobre 2016, le diagnostic de dystrophie musculaire congénitale progressive, sous la forme d'une probable maladie d'Emery-Dreiffus, dont il a expliqué qu'elle nécessitait des séances de physiothérapie et entraînait des restrictions physiques importantes (la mobilité céphalique [nuque], notamment, était quasiment nulle). Les interventions chirurgicales susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré avaient déjà été effectuées. Aucune reprise de l'activité professionnelle, ni aucune amélioration de la capacité de travail n'étaient envisageables.

En annexes, figuraient les rapports et comptes rendus opératoires des médecins du département de l'enfant et de l'adolescent des HUG ayant examiné ou opéré l'intéressé entre 1997 et 2015, au nombre desquels, notamment :

- un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 27 mars 2012, évoquant un enraidissement progressif au niveau cervical, l'assuré ayant beaucoup de peine à fléchir sa nuque ; une radiographie avait été effectuée en flexion maximale, mais aucune flexion ventrale n'avait été possible ; un allongement au niveau des trapèzes était évoqué ;
- un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 3 février 2015, confirmant un manque de flexion au niveau de la colonne cervicale ; le médecin évoquait une fasciotomie afin de permettre une meilleure mobilisation, dans un premier temps refusée par l'assuré ; en janvier 2015, l'assuré s'était toutefois déclaré d'accord pour tenter cette chirurgie ; l'assuré étant désormais adulte, le Dr B\_\_\_\_\_ l'avait adressé au docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie orthopédique et traumatologie au sein des HUG.

11. Le dossier a été soumis au SMR, lequel a retenu, sous la plume de la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, les limitations fonctionnelles suivantes : pas de station debout prolongée, pas de marche prolongée, pas de port de charges lourdes, pas de travail répété en force avec les membres supérieurs. L'activité habituelle était adaptée aux limitations fonctionnelles précitées. Elle pouvait être exercée à 100% et ce, depuis toujours.

12. Par décision du 5 décembre 2016, l'OAI a rejeté la demande du 24 mars 2016.

Il a considéré qu'aucune atteinte ne justifiait une diminution de longue durée de la capacité de travail.

13. Sous la plume de son conseil, l'assuré a formé « opposition » au projet de décision que lui avait préalablement adressé l'OAI en date du 25 octobre 2016, reçu par courrier simple le 5 décembre 2016.

Il a notamment rappelé que sa maladie génétique (myopathie dystrophique des ceintures, congénitale, de type d'Emery-Dreiffus), à l'origine des infirmités congénitales nos 184 et 208, limitait ses mouvements et que la mobilité céphalique, en particulier, était quasi impossible.

Cette « opposition » a été transmise par l'OAI à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

14. Le 23 janvier 2017, l'assuré a formellement interjeté recours contre la décision du 5 décembre 2016, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à la recevabilité de l'« opposition » du 20 (*recte* 19) janvier 2017 et à l'annulation de la décision (*recte* projet de décision) du 25 octobre 2016, principalement, à l'annulation de la décision du 5 décembre 2016 et à ce que lui soit reconnu le droit à une rente d'invalidité.

Le recourant se plaint d'abord d'une violation de son droit d'être entendu, la décision du 5 décembre 2016 ayant été rendue alors que le délai d'opposition était encore ouvert.

Sur le fond, il allègue notamment être incapable d'exercer sa profession d'électronicien car il est fortement restreint dans ses mouvements et ne peut quasi pas mouvoir sa nuque. Il explique que, malgré des interventions chirurgicales, ces limitations demeurent et qu'aucune amélioration de la capacité de travail ne peut survenir.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 février 2017, a conclu au rejet du recours.

Il se réfère à l'avis du SMR selon lequel l'activité d'ingénieur en électronique serait adaptée : les limitations touchent toutes les ceintures (cervicales et pelviennes), toutefois, la capacité de travail reste entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne des membres inférieurs et du cou (pas de station debout ou de marche prolongée, pas de port de charges lourdes, pas de rotations ou de flexions-extensions du cou, pas de travail de force des membres supérieurs).

16. Le 17 mars 2017, le recourant a répliqué en persistant dans ses conclusions.

Il allègue que la maladie d'Emery-Dreiffus est sujette à évolution et qu'elle l'empêche de reprendre son activité habituelle. Son état de santé ne correspond ainsi plus à ce qu'il était avant son apprentissage et sa capacité à exercer son activité habituelle est désormais nulle.

Le recourant reproche à l'intimé de se fonder exclusivement sur deux brefs avis du SMR, établis sur dossier, peu détaillés et manquant de clarté et de motivation.

À l'appui de sa position, il produit un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 8 mars 2017, confirmant que la maladie d'Emery-Dreiffuss est évolutive, généralement avec des évolutions défavorables. Ce médecin émet l'opinion que la capacité de travail du recourant est nulle, sauf dans des milieux professionnels adaptés. Il fait remarquer que le fait qu'il ait pu suivre des études et une formation ne signifie pas encore qu'il est en mesure de travailler à 100%. Selon lui, des mesures d'ergothérapie professionnelle devraient être mises en place pour offrir au recourant la possibilité d'avoir une activité contractuelle. La question d'une profession convenant *ad*

*aeternam* ne peut pas se poser en ces termes, dès lors que le fait de disposer d'une formation ne signifie pas encore qu'une activité professionnelle contractuelle est possible.

17. Par courrier du 4 avril 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
18. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Déposé le 23 janvier 2017, le recours a été formé, compte tenu des fêtes de Noël, du 18 décembre au 2016 au 2 janvier 2017, dans les délai et forme prescrits (art. 38 al. 4 let .c LPGA, 60 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'existence d'une incapacité de travail.
5. Le recourant invoque, tout d'abord, une violation de son droit d'être entendu dans la mesure où la décision querellée a été rendue avant que le délai de 30 jours pour faire valoir ses observations sur le préavis n'ait expiré.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

- a. À teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de

prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA.

L'art. 73ter al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prévoit, quant à lui, que les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (al. 1). Une fois l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (art. 74 al. 1 RAI). L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA).

En lien avec l'art. 73ter RAI, le Tribunal fédéral a notamment considéré que le droit d'être entendu était violé lorsque l'office AI rendait sa décision avant que le délai imparti à l'assuré pour formuler les observations s'agissant du préavis soit échu (arrêt du Tribunal fédéral I 658/04 consid. 5). Une violation du droit d'être entendu est toutefois considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

b. En l'espèce, le recourant prétend que le projet de décision du 25 octobre 2016 ne lui a été envoyé que le 30 novembre 2016 et qu'il ne l'a reçu que le 5 décembre 2016. Ainsi, en rendant la décision querellée le 5 décembre 2016, l'intimé aurait violé son droit d'être entendu.

Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors qu'une telle violation a quoi qu'il en soit été réparée, dans la mesure où la présente procédure a fait l'objet d'un échange d'écritures au cours duquel le recourant a pu fournir toutes les explications utiles à l'appui de sa position et produire les pièces qu'il estime pertinentes.

6. En second lieu, le recourant requiert des prestations de l'assurance-invalidité. Il invoque une incapacité de travail due à son infirmité congénitale.

a/aa. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

a/bb. Lors de l'examen de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle, on ne saurait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA (auquel renvoie l'art. 28a al. 1 LAI), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4).

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).

7. 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. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/bb. 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).

b/cc. 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 (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8. a. 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).

b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

9. En l'espèce, il est établi que le recourant souffre d'une dystrophie musculaire des ceintures, pour laquelle le diagnostic de maladie d'Emery-Dreiffus a été posé, ainsi que d'une micromandibulie. Les parties s'opposent toutefois sur les répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail du recourant.

Pour sa part, l'intimé se fonde sur les avis du SMR des 14 octobre 2016 et 8 février 2017 pour nier toute incapacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans

une activité adaptée. De son côté, le recourant se réfère aux rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 5 octobre 2016 et 8 mars 2017 pour justifier une incapacité totale de travailler et ce, dans toute activité.

Il convient donc d'examiner, dans un premier temps, si les documents médicaux précités revêtent une pleine valeur probante.

Force est tout d'abord de constater que les rapports du Dr C\_\_\_\_\_ ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. En effet, ils ne contiennent aucune anamnèse et ne précisent pas les plaintes du recourant. Il ne ressort pas des rapports en question que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée et que des examens complets ont été effectués. Enfin, les conclusions du médecin précité ne sont absolument pas motivées. La Cour de céans ne saurait dès lors se fonder sur lesdits rapports pour apprécier la capacité de travail du recourant.

Quant aux avis du SMR, ils constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) et ont 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. Ils ne permettent dès lors pas de pallier les lacunes des rapports du Dr C\_\_\_\_\_ et de poser une appréciation médicale convaincante, d'autant moins que ces avis ne se recoupent pas. En effet, si la Dresse E\_\_\_\_\_ a considéré, dans son très bref avis du 14 octobre 2016, que l'activité habituelle était encore exigible à 100%, le docteur F\_\_\_\_\_ a estimé, dans son avis du 8 février 2017, que la capacité de travail ne restait entière que dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles citées, sans se prononcer sur le fait de savoir si l'activité habituelle répondait à cette définition. Les médecins du SMR ont également apprécié différemment les limitations fonctionnelles induites par les atteintes à la santé du recourant : le Dr F\_\_\_\_\_ a étendu, dans son avis du 8 février 2017, celles retenues par la Dresse E\_\_\_\_\_, dans son très bref avis du 14 octobre 2016, pour y ajouter des limitations relatives à la mobilité de la nuque.

Cela étant précisé, la Cour de céans observe que la mobilité de la nuque est nécessaire à bon nombre d'activités, dont notamment celle d'électronicien (pour une description du métier de ce métier : voir le portail officiel suisse d'information de l'orientation professionnelle, universitaire et de carrière –[www.orientation.ch](http://www.orientation.ch)). En outre, dans la mesure où le recourant souffre d'un enraidissement progressif de la nuque à tout le moins depuis 2012 et qu'il n'a jamais exercé la profession qu'il a apprise, l'obtention du CFC d'électronicien en septembre 2013 et d'un diplôme de technicien ES en électronique en juin 2014 ne saurait suffire pour conclure qu'il est capable de travailler à 100% et à plein rendement dans ce domaine.

Par ailleurs, on note que le recourant a été immatriculé en tant qu'étudiant en microtechnique pour le semestre 2014-2015. Le dossier ne permet toutefois pas de savoir s'il continue cette formation ou s'il l'a abandonnée et, dans cette hypothèse, pour quelles raisons.

En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant, permettant de trancher la question de la capacité de travail du recourant. Bien plus, au vu de l'avis du SMR du 8 février 2017, on peut se demander si une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, notamment à celles au niveau de la mobilité de la nuque, existe vraiment.

Dès lors que l'intimé n'a procédé à aucune investigation, il y a lieu de lui renvoyer la cause pour instruction médicale complémentaire et, en fonction des résultats, examen des mesures professionnelles entrant éventuellement en considération.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision du 5 décembre 2016 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause et étant représenté, une indemnité de CHF 2'000.- lui est 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]).

Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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 5 décembre 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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