

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1630/2013

ATAS/992/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur C _____, domicilié à CHENE-BOUGERIES

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÛLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né en 1961 et originaire du Portugal, est marié et père de deux enfants. Il est entré en Suisse en mars 1992 et y a travaillé en tant que maçon.
2. Une incapacité de travail étant attestée depuis le 29 septembre 2010, l'assurance perte de gain a envoyé à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI), en décembre 2010, le formulaire de communication pour adultes concernant la détection précoce de l'invalidité.
3. Selon la lettre de sortie du 3 février 2011 du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré a subi le 25 janvier 2011 une discectomie microchirurgicale C6-C7 avec pose d'une cage Fidji, en raison d'une hernie discale C6-C7 à gauche provoquant des cervicobrachialgies déficitaires. L'incapacité de travail était totale du 24 janvier au 28 février 2011.
4. Le 15 février 2011, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon le rapport du 3 mars 2011 des Dresses L _____ et M _____ du Service de neurochirurgie des HUG, l'assuré se porte mieux après la discectomie et ne présente plus de brachialgies. Les douleurs cervicales persistent cependant, surtout lors de la mobilisation extrême. Il y a toujours un déficit de force au niveau du membre supérieur et une minime parésie au niveau du biceps à gauche et de l'extension des doigts à gauche. Les médecins ont encouragé la poursuite de la physiothérapie et la reprise d'une activité professionnelle au taux de 50 % dans un premier temps, puis à 100 %.
6. Selon le rapport du 9 mars 2011 du Dr N _____, l'assuré souffre d'une hernie discale C6-C7 gauche et de cervicobrachialgies gauches déficitaires. La capacité de travail est nulle depuis le 29 septembre 2010 et il y a des limitations pour les travaux lourds ou avec posture de la tête en hyperextension. L'activité exercée jusqu'alors n'est pour l'instant pas exigible.
7. Selon le rapport d'évaluation du 21 juillet 2011 de l'OAI, l'assuré a repris son travail le 9 mai 2011 pour deux jours, mais a dû s'arrêter et est depuis lors en incapacité de travail totale. Il souffre de douleurs cervicales et au bras gauche. Une reprise est contre-indiquée, selon son médecin. L'assuré est motivé, fait beaucoup de physiothérapie, d'entraînements de vélo extérieur et intérieur. L'OAI a proposé que l'assuré reprenne progressivement le travail, et d'octroyer un appareil Compex en location pour le traitement à domicile, sur prescription du Dr N _____.
8. Le 22 juillet 2011, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge les frais de location d'un appareil Compex pour un traitement à domicile de trois mois, afin de favoriser le reconditionnement musculaire.

9. A la même date, l'OAI a fait savoir à l'assuré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient actuellement pas indiquées, dans le cadre de l'intervention précoce.
10. Dans un rapport du 7 octobre 2011, le Dr N_____ a confirmé les diagnostics précédents. Le traitement consistait en physiothérapie et AINS. L'incapacité de travail était toujours totale et l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible.
11. Invité à indiquer à partir de quand l'assuré a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le Dr N_____ a fait savoir à l'OAI, le 25 novembre 2011, qu'il convenait de l'évaluer en janvier 2012.
12. Dans son rapport du 9 février 2012, le Dr N_____ a indiqué que l'état était resté stationnaire depuis janvier 2012 et que la capacité de travail dans une activité adaptée restait à déterminer. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement en cours consistait en physiothérapie.
13. Le 20 mars 2012, l'assuré a été soumis à une expertise médicale par la Dresse O_____, rhumatologue FMH. Elle a relevé, dans les plaintes actuelles, des douleurs du membre supérieur gauche, touchant le moignon de l'épaule et la face interne du bras jusqu'au coude, accompagnées parfois de paresthésies de l'ensemble des doigts, avec une intensité à 8 sur l'échelle visuelle analogique (EVA). Au second plan, venaient se greffer des lombalgies avec une intensité de douleur de 4 sur l'EVA, irradiant dans la face antérieure des cuisses jusqu'aux genoux et provoquant une hypoesthésie de la face antérieure des cuisses. La douleur lombaire était responsable d'une limitation du périmètre de marche de l'ordre de 10 minutes. A l'examen clinique, l'experte a relevé de nombreuses discordances. Ses diagnostics étaient une hernie C6-C7, en phase status post microdiscectomie avec pose de cage Fidji, et une discarthrose L5-S1. Selon l'experte, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles, du fait notamment que l'assuré était droitier. Sa capacité de travail était totale dès le jour de l'évaluation, soit le 20 mars 2012. L'assuré pouvait ainsi reprendre son emploi habituel.
14. Le 26 avril 2012, l'assuré a été soumis à une expertise par le Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans son rapport du 23 juillet 2012, l'expert a posé les diagnostics de status après ablation d'une hernie discale C6-C7 gauche et mise en place d'une cage Fidji pour un syndrome radiculaire déficitaire, de tendinite sévère du sus-épineux gauche, de hernie discale C3-C4 et de lombalgies chroniques sur une rétraction des ischio-jambiers présentes depuis mars 2011. L'expert a constaté que l'assuré avait complètement récupéré de son syndrome radiculaire C7 déficitaire. Quant à la tendinite du sous-épineux, il l'a considérée comme ancienne puisqu'une calcification était décrite sur le tendon du sus-épineux gauche dans le rapport relatif à l'échographie le 26 avril 2012. Il a proposé un traitement intensif de l'épaule gauche associant physiothérapie et

infiltrations sous-acromiales, ainsi que des séances de physiothérapie utilisant des techniques manuelles d'ouverture C3-C4. Ces traitements devraient permettre d'amender les différentes douleurs décrites à la nuque et à l'épaule dans un délai de deux à trois mois. Quant aux lombalgies, les investigations radiologiques et neurologiques n'avaient pas permis de mettre en évidence de pathologie. L'examen clinique montrait uniquement une rétraction des ischio-jambiers et des contractures para-lombaires. Une prise en charge en physiothérapie (étirement et proprioception) devrait permettre de réduire ce problème dans un délai de deux à trois mois. Après un traitement intensif de kinésithérapie et d'infiltrations sous-acromiales, l'assuré devrait pouvoir reprendre son activité d'aide-maçon de façon progressive (à savoir après deux mois de traitement intensif à 50 %, puis à 100 %). Les limitations actuelles étaient le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements répétés avec la nuque, les mouvements d'élévation et d'abduction de plus de 90 % avec le bras gauche. Ces limitations étaient temporaires. L'incapacité de travail d'au moins 20 % existait depuis septembre 2009 (recte 2010) et était restée à 100 % depuis cette date. La capacité de travail était pour l'heure nulle dans l'activité habituelle. Dans la mesure où l'assuré devrait pouvoir retravailler dans sa profession, la question de la capacité de travail dans une activité adaptée ne se posait pas.

15. Dans son avis médical du 16 février 2011, le Dr Q _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a noté que le traitement préconisé par l'expert était exigible et qu'il fallait demander au Dr N _____ si le traitement était efficace, quelles étaient éventuellement les limitations fonctionnelles résiduelles et la capacité de travail dans l'activité habituelle, ainsi que dans une activité adaptée.
16. Selon le rapport du 20 août 2012 du Dr N _____, l'état de santé s'est aggravé, tout en étant fluctuant. Plus loin dans son rapport, le médecin traitant a indiqué qu'il n'y avait pas de modification notable de l'état de santé ni d'amélioration. Les limitations fonctionnelles étaient une diminution de la mobilité de la nuque et l'antéflexion du torse. En tant qu'aide-maçon, l'assuré était totalement incapable de travailler. Dans une activité adaptée, tel que surveillant ou réceptionniste, la capacité de travail était de 50 %. Quant à l'efficacité du nouveau traitement préconisé par le Dr P _____, le Dr N _____ a indiqué que le patient avait refusé l'infiltration, en raison d'antécédents d'effets secondaires.
17. Selon l'avis médical du 28 septembre 2012 du Dr Q _____ du SMR, le nouveau rapport médical du Dr N _____ n'est pas convainquant, de sorte qu'il faut s'en tenir aux conclusions du Dr P _____. L'absence de traitement n'est pas justifiée, l'expert n'ayant pas considéré que les effets secondaires, redoutés par l'assuré, puissent s'y opposer. Cela étant, il convient de considérer que la capacité de travail est complète, le traitement médicalement exigible ayant été mis en place. En pratique, il faut sommer le patient d'accepter le traitement.

18. Dans son avis médical du 12 novembre 2012, le Dr Q_____ du SMR a considéré que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en relation avec ses atteintes rachidiennes cervicales et lombaires à 50 % dès le mois de mars 2011, puis à 100 % dès octobre 2011.
19. Par sommation du 21 novembre 2012, notifiée sous pli recommandé, l'OAI a invité l'assuré à prendre contact avec le Dr N_____, afin de se soumettre au traitement préconisé, tout en l'avertissant que les prestations pourraient être réduites ou refusées, si l'assuré n'y donnait pas suite.
20. A la même date, l'OAI a invité le Dr N_____ à prendre connaissance de l'expertise et de l'évaluation du SMR, desquelles ressortaient les mesures jugées raisonnablement exigibles pour améliorer l'état de santé de l'assuré. Il a également communiqué à ce médecin avoir informé son patient de mettre en place le suivi du traitement médical préconisé, et l'a avisé qu'il reprendra contact avec lui dans trois mois, afin de connaître l'évolution.
21. Le 30 novembre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui accorder une demi-rente limitée dans le temps et de lui refuser les mesures d'ordre professionnel, en considérant que sa capacité de travail était nulle jusqu'en février 2011 et que l'état de santé s'était ensuite amélioré de sorte que sa capacité de travail était de 50 % dès mars 2011 et de 100% dès octobre 2011 dans une activité adaptée. Partant, il avait droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre au 31 décembre 2011.
22. Le 17 janvier 2013, le Dr N_____ a informé l'OAI que l'assuré n'était plus en mesure de travailler en tant que maçon, et l'a invité à le convoquer pour une évaluation médicale en vue de mesures de réadaptation professionnelle.
23. Par décision du 18 avril 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité de 893 fr. par mois pour la période de septembre à décembre 2011, en considérant qu'il avait une capacité de travail entière dans son activité habituelle dès le 26 avril 2012. Ne devant pas changer d'activité professionnelle, des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas justifiées. L'attention du recourant était attirée sur le fait qu'un traitement adéquat était indiqué et que l'on pouvait raisonnablement exiger qu'il s'y soumette, dans la mesure où cela permettrait de préserver sa capacité de travail.
24. Par acte posté le 18 mai 2013, l'assuré a recouru contre cette décision en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière. Il a fait valoir être en incapacité totale d'effectuer toute profession physique, souffrant encore énormément du dos. A l'appui de son recours, il a produit un certificat médical du 14 mai 2013 du Dr N_____, attestant que ses problèmes ostéo-articulaires

lui interdisent de reprendre son travail de maçon, de sorte que des mesures de réadaptation professionnelle sont souhaitables.

25. Dans sa réponse au recours du 20 juin 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant pour la motivation à la décision litigieuse.

26. Entendu le 25 septembre 2013 à la Cour, le recourant a déclaré ce qui suit:

"Il y a quinze ans, je suis resté avec le dos bloqué au travail et on m'a fait deux injections. Deux jours après, je perdais les poils de mon corps. J'ai par ailleurs gardé des séquelles. Lorsque je transpire, je souffre beaucoup de démangeaisons depuis ces injections.

J'ai toujours très mal au dos. La semaine passée, j'ai dû m'accrocher à un poteau dans la rue à cause de ces douleurs et consulter mon médecin. Il m'a fait une piqûre dans la fesse, qui m'a provoqué des brûlures d'estomac durant trois jours. J'ai également toujours mal à l'épaule gauche. Pourtant, je fais des exercices à la maison. Je dois faire très attention, lorsque je suis assis. Notamment, je dois éviter de croiser les jambes, sinon je perds totalement la force et je peux à peine me lever.

Voilà les raisons pour lesquelles j'ai peur des infiltrations. Je ne me rappelle cependant plus le nom du médecin qui m'avait fait les injections il y a quinze ans."

27. A l'issue de cette audience, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Est litigieux en l'occurrence le degré d'invalidité du recourant à compter du 1^{er} septembre 2011.

4. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à

cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, en cas d'aggravation, ce changement accroît le cas échéant le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

L'année de référence pour le calcul de la perte gain est celle dans laquelle la rente a été supprimée (ATF 121 V 366 consid. 1b).

5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1er LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que 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. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).
6. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être

rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins .

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 trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

7. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1^{er} janvier 2011 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2010 du 12 janvier 2011, consid. 3, résumé in RSAS 2011 P. 297). Dans cette hypothèse, l'art. 29 aLAI s'applique, selon lequel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, pour autant qu'il ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit (art. 48 al. 2 aLAI).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

d) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En

revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV no 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

e) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

f) 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 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

9. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport du 3 mars 2011 des médecins des HUG pour admettre une amélioration de l'état de santé en mars 2011 et la récupération d'une capacité de travail à 50% dans l'ancienne profession. Ceux-ci ont constaté que le recourant se portait mieux après la discectomie de janvier 2011 et ne présentait plus de brachialgies. Toutefois, des douleurs cervicales persistaient, notamment lors des mobilisations extrêmes, ainsi qu'un manque de force du bras gauche et une minime parésie au biceps et lors de l'extension des doigts de ce membre. Le seul diagnostic était alors une hernie discale. Toutefois, le Dr P_____ a constaté, sur la base d'une échographie d'avril 2012, que le recourant souffrait également d'une tendinite sévère du sus-épineux gauche avec un syndrome de conflit sous-acromial et que cette pathologie devait être ancienne au

vu de la calcification sur le tendon de ce sus-épineux. Selon toute vraisemblance, il est dès lors à supposer que cette atteinte existait déjà lorsque le recourant a subi la discectomie. Le diagnostic de tendinite n'a probablement pas pu être posé auparavant, dans la mesure où ses symptômes pouvaient se confondre avec les brachialgies ressenties dans le même bras. Dès lors que la tendinite n'a pas été prise en considération par les médecins des HUG, il ne peut être conclu du rapport du 3 mars 2011 des médecins des HUG que le recourant présentait une capacité de travail à 50% dans l'ancienne activité et il y a lieu de se fonder sur l'expertise du Dr P_____. Il est à cet égard à relever que la Dresse O_____ n'a pas non plus tenu compte de la tendinite révélée par ce dernier, ce qui enlève la valeur probante à son expertise, de sorte qu'il ne sera pas tenu compte de ses constatations.

Selon le Dr P_____, la capacité de travail du recourant est nulle dans son activité habituelle depuis septembre 2010. Les limitations fonctionnelles temporaires, soit au moment de l'expertise et jusqu'à la fin de traitements intensifs de trois mois, comprenant de la physiothérapie et des infiltrations, sans le port de charges de plus de 5kg, sont les mouvements répétés de la nuque et les mouvements d'élévation et d'abduction de plus de 90° avec le bras gauche.

Dans la mesure où le recourant ne s'est pas soumis aux infiltrations, il est à supposer que son état est resté stationnaire et qu'il n'y a donc pas d'amélioration depuis l'expertise. Partant, au moment de la décision litigieuse, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle doit être admise.

Se pose toutefois la question de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations mentionnées par le Dr P_____. Celui-ci ne s'était pas prononcé à ce sujet, estimant que l'activité habituelle pouvait être reprise.

Compte tenu de ce que les médecins des HUG avaient considéré que le recourant pouvait travailler dans son ancienne profession, il sied d'admettre qu'en mars 2011 le recourant devait également avoir récupéré une capacité de travail du même ordre dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr P_____. Par ailleurs, le Dr N_____ a également admis une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, même s'il a considéré que celle-ci n'existait que depuis janvier 2012. Cependant, on ne voit pas de raisons qui permettrait de s'écarter de l'appréciation des médecins des HUG quant à une reprise du travail à 50%, du moins dans une activité adaptée, le recourant étant handicapé du bras gauche alors qu'il est droitier.

Cela étant, il y a lieu de suivre l'avis de ces derniers médecins en ce qui concerne le taux d'activité, ainsi que celui du 12 novembre 2012 du Dr Q_____, selon lequel le recourant a une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée dès mars 2011. La Cour de céans est par ailleurs de l'avis qu'il convient également de

suivre ses médecins en ce qu'ils ont admis une capacité de travail de 100% dès octobre 2011, mais seulement en ce qui concerne une activité adaptée.

10. 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. 28 al. 2 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

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'oeuvre (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).

11. En l'occurrence l'année déterminante pour la comparaison de salaire est 2011, année au cours de laquelle le recourant a présenté une incapacité de travail de 40% au moins depuis une année.

Selon les indications données par le dernier employeur du recourant en mars 2011, le recourant aurait gagné, sans invalidité, en cette année 67'944 fr., montant auquel s'ajoute une gratification de 8,33%, ce qui porte le salaire total à 73'603 fr. 70.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est en l'espèce celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 58'812 fr. par an en 2010 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1, p. 26). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps du recourant. Réactualisé à l'évolution des salaires entre 2010 et 2011, le salaire statistique déterminant est de 59'386 fr. 40 (La Vie économique, 9-2013, p. 95, B10.3). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures en 2011; La Vie économique, 9-2013, p. 94, B9.2), ce montant doit être porté à 61'910 fr. Vu l'âge du recourant (50 ans en 2011), ses handicaps considérables, qui empêchent notamment toute polyvalence et sa nationalité étrangère, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 15%. Il en résulte un revenu de 52'623 fr. 50. Pour un taux de capacité de travail de 50%, le salaire d'invalidé s'établit ainsi à 30'955 fr.

Comparé au revenu sans invalidité, la perte de gain est ainsi de 57,94%. Un tel taux ouvre le droit à une demi-rente.

Dès octobre 2011, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée est admise, de sorte que le salaire d'invalidé est de 52'623 fr. Par rapport au salaire sans invalidité, la perte de gain, de 28,5%, est inférieure à 40% et n'ouvre ainsi pas le droit à une rente.

12. Au vu de ce qui précède, le recourant peut prétendre à une demi-rente une année après le début de son incapacité de travail, soit dès septembre 2011. Son état de santé s'étant amélioré en octobre 2011, cette rente doit être supprimée à partir de janvier 2012, l'amélioration n'étant prise en considération qu'après trois mois. Il appert ainsi que la décision de l'intimé est fondée, en ce qui concerne l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps.
13. Par la décision litigieuse, l'intimé a également refusé les mesures d'ordre professionnel, en considérant que celles-ci n'étaient pas indiquées, dès lors que le recourant ne devait pas changer de profession. Cependant, comme relevé ci-dessus, la tendinite de l'épaule s'oppose en l'état à la reprise de l'ancienne activité, au vu de l'expertise du Dr P _____ et en l'absence d'un traitement guérissant cette pathologie. Il convient par conséquent d'examiner si le recourant peut bénéficier de telles mesures, notamment d'une mesure d'orientation professionnelle.

L'intimé ne s'étant pas exprimé à ce sujet, il sied de lui renvoyer la cause afin qu'il examine cette question et rende une nouvelle décision.

14. Il est à cet égard à relever que l'intimé n'a pas respecté l'art. 21 al. 4 LPGA, selon lequel les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain, à condition qu'une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable lui soit adressée. En effet, l'intimé a omis de fixer au recourant un délai convenable pour se soumettre au traitement litigieux. Les conditions légales ne sont ainsi pas réalisées pour refuser au recourant les mesures d'ordre professionnel au motif qu'il a refusé un traitement exigible. En tout état de cause, il ne paraît pas convaincant que le recourant puisse reprendre son ancienne profession d'aide-maçon, au vu de l'opération à la nuque subie et des atteintes à l'épaule, même si celles-ci peuvent s'amender.
15. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision étant annulée en ce que l'intimé a refusé au recourant le droit aux mesures d'ordre professionnel. La cause sera par ailleurs renvoyée à l'intimé pour examiner si les conditions légales, sont réalisées pour l'octroi de telles mesures.
16. Au vu de ce résultat, l'émolument de justice, fixé à 200 fr., sera mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 18 avril 2013 en ce qu'elle a refusé au recourant des mesures d'ordre professionnel et la confirme pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour examiner si les conditions légales pour une mesure d'ordre professionnel sont réalisées et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 200 fr. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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