

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant du Kosovo né en _____ 1968, a travaillé en qualité de carreleur à plein temps à compter du 15 mai 2001, pour un salaire horaire de CHF 28.50.
2. Il a été mis en arrêt de travail en raison de lombosciatalgies, à 100% du 23 octobre 2008 au 18 janvier 2009, à 50% du 19 janvier au 19 avril 2009, à 100% du 20 avril au 10 mai 2009 et à 50% dès le 11 mai 2009. Son cas a été pris en charge par l'assurance maladie collective perte de gain de son employeur (ci-après : l'assureur perte de gain).
3. Le 4 novembre 2008, le Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui a montré une dégénérescence discale L4-L5, avec spondylolisthésis de L4 « grade I » et protrusion discale, sans hernie, une arthrose interapophysaire postérieure en L3-L4 et L4-L5 rétrécissant le canal dans le sens latéral ainsi que les canaux radiculaires en L3-L4 et L4-L5 - en contact avec la racine L4 gauche dans son trajet foraminaux -, des herniations intraspongieuses au niveau des plateaux supérieurs et antérieurs de L2, L3 et L4 bordées par des infiltrations lipidiques et un cône médullaire, de topographie normale et de signal homogène.
4. Dans un rapport du 12 novembre 2008, le Dr C_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une lombalgie aiguë engendrant une incapacité de travail totale à compter du 23 octobre 2008.
5. Le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne et expert mandaté par l'assureur perte de gain, dans son rapport du 16 janvier 2009, a retenu le diagnostic de lombosciatalgie gauche non déficitaire sur troubles dégénératifs de la colonne lombaire et a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré, en tant que travailleur dans le bâtiment devant souvent s'accroupir et porter de lourdes charges était justifiée. L'IRM du 4 novembre 2008 montrait des signes assez importants de dégénérescence discale et d'arthrose, de sorte que l'on pouvait s'attendre à la persistance ou à la récurrence de lombosciatalgies. Après onze semaines d'arrêt de travail, la symptomatologie algique s'améliorait progressivement. L'assuré ayant affirmé qu'un aménagement de son activité était envisageable, qui permettrait d'éviter le port de lourdes charges, une tentative de reprise à 50% devait avoir lieu début février 2009.
6. Le 28 juin 2009, l'assuré a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) une demande de mesures de réadaptation professionnelle en invoquant ses lombosciatalgies, présentes depuis 2007.

7. Dans un rapport du 8 juin 2009, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie, a confirmé que l'assuré souffrait de lombalgies épisodiques depuis environ deux ans. Depuis octobre 2008, il se plaignait de lombosciatalgies gauches avec des douleurs partant de la fesse, la hanche, la cuisse et la jambe en région interne jusqu'à la cheville. L'examen neurologique était normal. L'électro-neuromyogramme (ENMG) du membre inférieur gauche montrait des signes de dénervation aiguë assez abondants dans les muscles paraspinaux lombaires gauches au niveau L4 ; le reste de l'examen étant normal. avec de belles amplitudes sensibles et motrices.
8. Le 20 juillet 2009, le Dr C_____ a diagnostiqué une lombosciatalgie gauche L4 présente depuis octobre 2008 ayant pour conséquence que l'assuré était très limité, même en travaillant à 50%. L'intéressé souffrait de douleurs dans la jambe gauche et de sciatalgies. Les douleurs nocturnes étaient plus importantes. Le pronostic était réservé. Le médecin préconisait d'éviter les positions assise et debout statiques, les activités exercées principalement en marchant, le fait de se pencher, de s'accroupir, de travailler à genoux, de soulever ou de porter des poids supérieurs à 5 kilogrammes, ainsi que l'escalade d'échelles ou d'échafaudages. Il concluait à une capacité de travail de 0% du 23 octobre 2008 au 18 janvier 2009 et de 50% dès le 19 janvier 2009. L'activité habituelle n'était plus exigible. L'assuré travaillait pourtant toujours pour le même employeur, à 50%, mais la pénibilité de son travail avait été atténuée.
9. Dans un rapport du 27 juillet 2009, le Dr F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques - avec discopathies L4-L5 et protrusion discale foraminale gauche en contact de la racine L4 - et d'arthrose des articulations inter-apophysaires postérieures L3 à L5, avec réduction du canal rachidien depuis octobre 2008. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation antalgique de la mobilisation de la colonne lombaire avec impossibilité de porter des charges lourdes, de garder des positions en porte-à-faux de la colonne dorsolombaire et d'effectuer des mouvements répétitifs et amples du rachis lombaire.
10. Dans un rapport d'évaluation du 29 juillet 2009, l'OAI a notamment relevé que l'assuré ne pensait pas pouvoir poursuivre son activité professionnelle sur le long terme, qu'il avait conscience qu'il devrait changer de métier tôt ou tard, mais ne savait quelle activité pourrait lui convenir. Compte tenu de l'atteinte à la santé, un changement d'activité devrait être vraisemblablement envisagé à terme. L'assuré avait été dans l'incapacité de travailler à 100% du 20 avril au 10 mai 2009 et à 50% dès le 11 mai 2009. Les lombosciatalgies devenaient plus sévères lorsqu'il travaillait, en raison des mouvements de la colonne qu'il devait effectuer, du port des charges et des positions statiques. Son activité habituelle était encore exigible à 50%, avec une diminution de rendement de 10 à 20%, liée à la diminution de sa vitesse de travail causée par ses douleurs et ses limitations fonctionnelles.
11. Le 17 août 2009, l'employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que l'horaire habituel de travail de l'assuré avait été de 8 heures par jour, soit 40 heures par semaine, de-

puis son engagement, en mai 2001. A compter de janvier 2009, la durée de travail avait été diminuée de moitié et, en raison de son état de santé, l'assuré n'avait plus effectué de travaux au sol ni porté de lourdes charges.

12. Le 19 août 2009, le Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques sur discopathie L4-L5, spondylolisthésis de L4, protrusion foraminale gauche et arthrose des articulaires postérieures de L3 à L5 avec rétrécissement du canal rachidien. Le médecin a relevé que l'employeur de l'assuré s'était montré compréhensif et ne lui confiait plus de travaux mettant à forte contribution le rachis lombaire. Désormais, l'assuré posait du carrelage sur les murs - mais pas au sol -, faisait de la petite maçonnerie et de la peinture. Il avait besoin de tout l'après-midi pour se reposer. Afin de respecter ses limitations fonctionnelles, il devait éviter toute activité mettant à forte contribution son rachis lombaire. Sa capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle, aménagée par son employeur, depuis le 11 mai 2009. Le rendement était réduit, sans qu'il soit possible au Dr G_____ de le chiffrer.

13. Le 11 septembre 2009, dans la cadre de mesures d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'orientation (coaching de 10 séances d'une heure) afin de lui permettre de définir un projet professionnel tenant compte de son atteinte à la santé.

Dans ce cadre, l'assuré a effectué un stage de chauffeur/transport de personnes mais, après une demi-journée, il a indiqué ne pas souhaiter poursuivre. Il n'a pas non plus donné suite à une proposition de stage de concierge dans une école.

14. Le 16 décembre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible et que son droit à une rente ferait l'objet d'une décision séparée.

15. Dans un rapport intermédiaire du 11 février 2010, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis mai 2009, étant précisé qu'un nouveau diagnostic devait être posé. En effet, depuis trois mois, l'assuré souffrait de métatarsalgies du pied droit. Les traitements ne le soulageaient que partiellement. Le Dr F_____ n'était pas en mesure de déterminer si l'assuré pouvait exercer à 100% une activité adaptée. La capacité de travail dans l'activité habituelle de carreleur était de 50%, aucune augmentation de ce taux ne pouvant être attendue.

16. Mandaté par l'OAI, le Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a rendu son rapport d'expertise le 12 mai 2010.

Il a retenu comme diagnostics : des lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques, des troubles disco-dégénératifs modérés du rachis lombaire et des séquelles de la maladie de SCHEUERMANN. L'expert a également mentionné des podalgies droites et une hypertension artérielle, dont il a précisé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr H_____ a précisé que son expertise se basait sur le dossier transmis par l'OAI, le dossier radiologique de l'assuré et un examen clinique de ce dernier. Il a exposé son anamnèse, ses plaintes, ainsi que ses constatations objectives.

L'expert a retenu à titre de limitations fonctionnelles : le fait de devoir éviter les travaux lourds, le port de charges supérieures à 10 kilogrammes, les mouvements répétitifs du rachis sans porte-à-faux et de devoir alterner les positions assise et debout. Il a conclu à une capacité de travail en tant que carreleur de 50%, en tenant compte d'une diminution de rendement liée aux contraintes rachidiennes qu'imposait cette profession. L'expert a fait remarquer que l'activité de carreleur était lourde et impliquait le port de charges, des contraintes rachidiennes liées à des positions non ergonomiques du dos et la position debout prolongée, peu compatibles avec des problèmes rachidiens. Ceci justifiait la capacité de travail de 50% retenue, diminution de rendement comprise. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énoncées, la capacité de travail restait entière, sans diminution de rendement.

Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. La capacité de travail de l'assuré ne pouvait être améliorée dans l'activité habituelle, compte tenu des mesures déjà mises en place par l'employeur.

17. Le 4 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente, faute d'invalidité.
18. Par courrier du 27 octobre 2010, le Dr C_____ a sollicité de l'OAI la mise en œuvre d'un reclassement professionnel au bénéfice de l'assuré.
19. Par décision du 15 novembre 2010, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente.

L'OAI a admis que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle avait été considérablement restreinte depuis le 23 octobre 2008, mais a considéré qu'il n'y avait pas invalidité, compte tenu du fait qu'il avait conservé une pleine capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comparant le revenu que l'assuré avait réalisé avant l'atteinte à sa santé - CHF 44'809.- en 2009 - à celui qu'il aurait pu obtenir dans une telle activité - CHF 55'249.- (en tenant compte d'un abattement de 10%) - , l'OAI a obtenu un degré d'invalidité nul.

Cette décision est entrée en force.

20. Le 6 février 2012, le Dr B_____ a procédé à une nouvelle IRM montrant, par rapport à l'examen du 4 novembre 2008, des lésions dégénératives plus prononcées.
21. Par courriers des 31 juillet et 31 août 2012, le Dr C_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, confirmée par l'IRM du 6 février 2012 : les lombalgies s'étaient aggravées depuis 2010, sur péjoration de la spondylarthrose lombaire, avec protrusion discale étagée. L'assuré ne pouvait soulever de charges de plus de 5 kilogrammes, ni rester debout plus d'une heure ; il en résultait qu'il ne pouvait plus exercer sa profession de peintre-carreleur à plus de 50%. Le médecin

suggérait une nouvelle expertise et l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à son patient.

22. Dans un rapport du 7 novembre 2012, le Dr G_____ a confirmé l'aggravation de l'état de santé de l'assuré : l'IRM du 6 février 2012 avait mis en évidence plusieurs éléments nouveaux, soit une aggravation des lésions dégénératives avec l'apparition de la hernie discale L3-L4 médiane, paramédiane et foraminale gauche avec la racine L3 gauche, ainsi qu'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane en conflit avec L4 gauche. Entre janvier et avril 2012, l'assuré avait été mis à plusieurs reprises en arrêt de travail à 50 ou 100%. Il avait repris son travail à 50% à compter du 1^{er} mai 2012. L'assuré décrivait des douleurs plus intenses et fréquentes que par le passé et ne voyait pas quel autre travail il serait en mesure d'accomplir à plein temps.

Selon le médecin, les limitations fonctionnelles - correspondant à celles retenues par le Dr H_____ - engendraient une incapacité de travail de 50%, que ce soit dans l'activité habituelle de carreleur ou dans une activité adaptée.

23. A nouveau mandaté par l'OAI, le Dr H_____ a rendu son rapport d'expertise le 19 juillet 2013.

Il a retenu les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches chroniques, de troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire et de séquelles de la maladie de SCHEUERMANN.

Le Dr H_____ a précisé s'être fondé sur le dossier remis par l'OAI, sur le dossier radiologique de l'assuré et sur un examen clinique. Il a exposé son anamnèse, les plaintes de l'assuré et ses constatations objectives.

Les plaintes de l'assuré étaient similaires à celles déjà reportées dans l'expertise de mai 2010, si ce n'était une diminution du périmètre de marche, estimé à une quinzaine de minutes.

L'examen clinique était quasiment superposable, marqué d'une altération douloureuse de la mobilité tronculaire, palpation segmentaire retrouvant des douleurs médianes paramédianes bilatérales de L4-L5 et de L5-S1, s'accompagnant de zones d'insertionnelles intéressant la crête iliaque droite.

L'expert constatait une aggravation de l'état de santé de l'assuré, en termes, principalement, de troubles disco-dégénératifs : depuis janvier 2012, ceux-ci étaient incompatibles avec l'activité habituelle de l'assuré, étant précisé que cette activité ne correspondait pas à une activité typique de carreleur, dans la mesure où l'employeur de l'assuré lui évitait les contraintes de charges et la réalisation du carrelage au sol et lui permettait d'aménager ses horaires en fonction de ses symptômes.

L'expert concluait que, depuis janvier 2012, la capacité de travail était nulle dans l'activité de carreleur, impliquant des contraintes rachidiennes, le port de charges et des postures non ergonomiques impliquant le rachis. Si l'assuré était encore en me-

sure d'exercer à 50%, c'était grâce aux aménagements de son employeur. Dans une activité légère excluant le port de charge de plus de 10 kilogrammes, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, la marche prolongée - principalement en terrain inégal - et autorisant l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

24. Par décision du 12 novembre 2013, l'OAI a nié à l'assuré tout droit à une rente d'invalidité ou à des mesures professionnelles.

S'il a admis que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, l'OAI a constaté que la capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était restée entière.

Comparant le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré dans son dernier poste de travail - CHF 47'896.- - en 2012 à celui qu'il aurait pu obtenir, malgré l'atteinte à sa santé - CHF 55'995.- en tant compte d'un abattement de 10%, vu la nécessité d'exercer une activité légère -, l'OAI a obtenu un degré d'invalidité nul.

25. Par écriture du 12 décembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant préalablement à ce qu'une expertise rhumatologique soit mise en œuvre et, principalement, à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens de l'expertise judiciaire.

Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du 19 juillet 2013 du Dr H_____ auquel il reproche d'avoir opéré une distinction entre l'activité professionnelle typique de carreleur et l'activité effectivement exercée. Selon lui cette distinction était inutile, l'expert considérant que sa capacité de travail était nulle dans cette profession. Le recourant soutient que le Dr H_____ se contredit en indiquant que le travail de carreleur est inadapté à son état de santé vu le port de charges qu'il implique, tout en relevant que cette contrainte lui est épargnée grâce à la compréhension de son employeur. Par ailleurs, alors que l'expert admet une aggravation objective de son état de santé, il n'explique pas quelles en sont les conséquences : une seule limitation fonctionnelle supplémentaire a été retenue par rapport à l'expertise du 12 mai 2010.

Le recourant relève qu'en date du 29 novembre 2013, son employeur a attesté que son activité professionnelle a été adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui contredit les conclusions du Dr H_____ relatives à son incapacité totale d'exercer son activité habituelle.

D'ailleurs, le Dr C_____ a lui aussi considéré que son activité habituelle, aménagée, était compatible avec son état de santé.

26. Dans sa réponse du 13 février 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que le recourant n'amène aucun élément objectivement vérifiable susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise et qu'il convient dès lors de se référer à ses conclusions, selon lesquelles la capacité de travail du recourant est de 0% dans l'activité de carreleur, de 50% dans l'activité de carreleur telles

qu'aménagée par son employeur et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

27. Dans ses observations du 3 mars 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, en renonçant toutefois à demander la mise en œuvre d'une expertise judiciaire : l'aspect médical des conclusions du Dr H_____ n'est pas contesté, seule l'appréciation de l'expert quant au fait que son activité aménagée ne serait pas adaptée à son état de santé l'est. Le recourant soutient qu'aucun métier n'est plus adapté à son état de santé que celui qu'il exerce à 50%, ce taux d'activité étant le maximum que l'on peut exiger de lui.
28. Dans ses observations du 7 avril 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Selon lui, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères pour que l'on puisse convenir qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant, qui n'établit pas de manière convaincante que des activités simples ne seraient pas exigibles à 100% au regard des limitations retenues.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 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. A 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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5^{ème} révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé depuis la décision de refus de prestation de l'intimé du 15 novembre 2010, au point de modifier le droit aux prestations.
6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

7. 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 (art. 7 LPGA). (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).

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.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de

l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal administratif fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. 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).

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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une

dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal administratif fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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).

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 ; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal

fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. a) En l'espèce, l'intimé retient que la capacité de travail du recourant est de 0% dans l'activité de carreleur, de 50% dans son activité de carreleur aménagée et de 100% dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement. L'intimé se fonde sur l'expertise du 19 juillet 2013 du Dr H_____.

Quant au recourant, il conteste la valeur probante de cette expertise et soutient que sa capacité de travail ne saurait excéder 50% dans une activité adaptée. Selon lui, les aménagements consentis par son employeur ont permis d'adapter de façon optimale son activité habituelle de carreleur à son état de santé, de sorte qu'on ne saurait exiger de lui qu'il change de profession. Le recourant se fonde principalement sur l'attestation de son employeur et les rapports des Drs C_____ et G_____.

b) A titre liminaire, il convient de relever que l'ensemble des médecins consultés a admis une aggravation de l'état de santé du recourant depuis la décision de refus de

prestation de l'intimé du 15 novembre 2010. En réalité, leurs conclusions divergent uniquement en ce qui concerne la capacité de travail du recourant.

c) La chambre de céans constate que l'expertise du Dr H_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante : elle se fonde sur le dossier médical complet et sur un examen clinique du recourant, expose son anamnèse, l'évolution de sa maladie et relate ses plaintes ; les diagnostics retenus par le Dr H_____ sont clairs et cohérents avec les rapports établis par les médecins traitants du recourant ; ses conclusions quant à l'incapacité de travail et aux limitations fonctionnelles sont motivées ; son appréciation du cas permet de comprendre les atteintes à la santé du recourant et leurs conséquences sur sa capacité de travail et son rendement, que ce soit dans une activité de carreleur, dans l'activité de carreleur aménagée ou dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

Le Dr H_____ reconnaît une aggravation de l'état de santé et en tire des conséquences claires et logiques quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail. De plus, compte tenu des éléments figurant au dossier, il apparaît que l'expert a correctement pris en compte le fait que l'activité de carreleur du recourant ne correspondait pas à une activité de carreleur typique. En effet, les mesures prises par l'employeur permettent à l'intéressé de continuer à travailler dans l'entreprise à 50%. Eu égard aux conclusions de l'expertise, cela démontre que si l'activité habituelle a été aménagée dans le but de soulager et de respecter au mieux les limitations fonctionnelles de l'assuré, elle ne lui permet pas de mettre à profit sa pleine capacité de travail. Celle-ci pourrait être entièrement exploitée dans une autre profession, telle que celles de chauffeur ou de concierge d'école, comme l'intimé l'avait déterminé dans le cadre de son coaching, en 2009. En outre, une reconversion professionnelle du recourant lui permettrait d'augmenter son revenu. En tous les cas et même s'il fallait considérer que les activités de chauffeur ou de concierge d'école ne respectent plus les limitations fonctionnelles du recourant à l'heure actuelle, il convient d'admettre que, conformément à la jurisprudence, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères pour que l'on puisse admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans formation particulière. Il est compréhensible que la perspective de changer de profession puisse inquiéter le recourant, ce d'autant plus que son employeur démontre un grand respect de sa personne et de sa santé. Néanmoins, une reconversion professionnelle peut raisonnablement être exigée de lui pour réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 7 al. 1 LAI), dont il convient de rappeler qu'il s'agit d'une notion économique et non médicale.

C'est par ailleurs en vain que le recourant invoque les avis de ses médecins traitants pour contester l'expertise du Dr H_____. En effet, l'expert a pris en compte l'ensemble des circonstances du cas d'espèce et aucun élément contenu dans les rapports des Drs C_____ et G_____ n'a été ignoré. De plus, les conclusions du Dr C_____ relatives à la capacité de travail ne sont pas motivées. Quant au rapport

du 7 novembre 2012 du Dr G_____, plus particulièrement sa motivation relative à la capacité de travail, il est principalement fondé sur les plaintes du recourant, de sorte qu'il manque d'objectivité.

La chambre de céans n'a dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr H_____.

Il convient donc de retenir que le recourant, s'il est entravé à 100% dans l'activité typique de carreleur et à 50% dans son activité actuelle, telle qu'aménagée par son employeur, a conservé une pleine et entière capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement.

12. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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