

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1959, de nationalité italienne, a travaillé en qualité de ponceur marbrier auprès de l'entreprise B_____ SA de 1998 au 31 mai 1999, date à partir de laquelle il a été en totale incapacité de travail.
2. Par demande du 4 février 2000, l'assuré a sollicité des prestations de la part de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) en raison d'une hernie discale.
3. Par rapport du 29 avril 2000, le docteur C_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 gauche avec une compression radiculaire et un diabète de type II. Il a précisé à l'OAI qu'une indication opératoire avait été retenue dans un premier temps, puis écartée. Selon lui, l'activité habituelle était contre-indiquée.
4. L'OAI a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle, mesure qui s'est déroulée du 11 mars au 9 juin 2002 et à l'issue de laquelle la capacité de travail de l'assuré a été évaluée entre 75% et 100%, en fonction des activités (cf. rapport OSER du 17 juin 2002). La mesure, prolongée du 10 juin au 8 septembre 2002 afin de vérifier la résistance de l'assuré à long terme lors de stages en entreprise, a dû être prématurément interrompue en raison des arrêts de travail émis par le médecin traitant, de sorte que la réelle capacité de travail de l'assuré n'a finalement pas pu être déterminée (cf. rapport OSER du 2 octobre 2002).
5. Suivant les recommandations de son Service médical régional (ci-après SMR), l'OAI a confié une expertise rhumatologique au Dr D_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
6. Dans son rapport du 19 mai 2003, l'expert a diagnostiqué des lombalgies chroniques, une radiculalgie L5 gauche, un diabète insulino-dépendant, un syndrome dépressif et un tabagisme chronique.

En dépit des traitements médicamenteux, des séances d'ostéopathie et de physiothérapie active et passive, la situation n'avait pas favorablement évolué depuis les premières lombalgies chroniques apparues il y a une dizaine d'années. L'expert a commenté le dossier radiologique et relevé qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) du 8 juin 1999 avait mis en évidence des discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1, une hernie discale L5-S1 médiane et latérale avec une possible compression de la racine L5 dans son foramen et de la racine S1 gauche dans le récessus. Une seconde IRM réalisée le 5 novembre 1999 avait également mis en évidence des discopathies étagées et une hernie discale L5-S1 médiane et latérale avec une possible compression de la racine L5 et S1. En outre, étaient constatées des ostéophytes T10 et T11 antérieurs et à un moindre degré T9 et T10. Des radiographies du bassin et de la colonne lombaire du 1^{er} mai 2003 confirmaient la présence de discopathies L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une néo-articulation inter-épineuse L4-L5. Etait également relevée une bascule du bassin

avec une différence d'environ 5mm en faveur du côté droit. Un examen électroneuromyographique (ci-après ENMG) du 8 novembre 1999 s'était révélé normal.

L'expert a expliqué que l'assuré présentait plusieurs problèmes, soit une lomboradiculalgie chronique avec des troubles de la statique rachidienne, une diminution modérée de la mobilité, notamment en flexion, une contracture para-vertébrale, et des douleurs paravertébrales à la pression. Les examens complémentaires avaient objectivé des discopathies multiples et une hernie L5-S1 avec une discrète compression de la racine L5. Deuxièmement, l'assuré souffrait d'un diabète insulino-dépendant nécessitant deux injections journalières d'insuline demi-lente. Le troisième problème était un syndrome anxio-dépressif modéré. L'expert a conclu que l'incapacité de travail était totale dans tout métier physique nécessitant le port de charges régulières de plus de 15kg. En revanche, dans une activité légère, sans port de charges régulier, tels qu'ouvrier d'usine, magasinier-vendeur ou employé de surveillance, la capacité résiduelle était de 80%.

7. Par avis du 4 août 2003, le SMR a conclu, sur la base du rapport précité, que l'incapacité de travail était complète dans l'activité antérieure, mais que dans une activité légère adaptée ne requérant pas le port de charges de plus de 15kg et des activités en porte-à-faux du tronc, la capacité de travail était de 80%.
8. L'OAI a rendu une décision le 2 avril 2004 et octroyé à l'assuré, avec effet au 1^{er} avril 2004, un quart de rente d'invalidité fondé sur un degré d'invalidité de 41%.
9. Par décision du 2 juin 2004, l'OAI a accordé à l'assuré un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai au 31 décembre 2000, puis une demi-rente du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2003, et à nouveau un quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2004.
10. Le 14 février 2007, l'assuré a retourné le questionnaire pour la révision de sa rente, indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis le 14 septembre 2006. En sus de ses douleurs dorsales, il était plus facilement fatigué, avait de l'arthrose à la hanche gauche et son diabète n'était pas stabilisé, ce qui le contraignait à se faire trois piqûres par jour. Il avait été en incapacité totale de travailler du 13 mars au 21 avril 2006, et était à nouveau en arrêt maladie depuis le 14 septembre 2006.
11. Par rapport du 5 mars 2007, le Dr E_____, médecin-traitant de l'assuré, a attesté que l'état de son patient était stationnaire depuis environ une année, que les limitations fonctionnelles concernaient les flexions et les extensions du tronc, la fatigue, ainsi qu'un état algique aux jambes. Le traitement en cours consistait en une insulinothérapie, des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. A son avis, un retour au travail n'était plus envisageable.
12. En date du 21 juin 2007, ce médecin a précisé qu'il avait constaté une persistance des lombosciatalgies gauches sans changement au niveau sensitivomoteur. En outre, l'assuré était suivi aux Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (ci-après HUG) en raison de son diabète.

13. Dans un avis du 3 juillet 2007, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de fait nouveau invalidant et que l'insulinothérapie n'était pas, dans la très grande majorité des cas, invalidante.
14. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité demeurait fixé à 41%.
15. L'assuré a été engagé par l'Union chrétienne genevoise en qualité de nettoyeur à 70%, à compter du 1^{er} juillet 2008.
16. Le 22 février 2010, il s'est blessé au genou lors de son activité professionnelle et a été en incapacité de travail dès le 8 mars 2010.
17. En date du 9 mars 2010, le Dr F_____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu un rapport suite à une IRM du genou droit réalisée le jour même. Cet examen a mis en évidence un discret épanchement intra-articulaire, une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, une discrète dégénérescence du ménisque externe sans déchirure, une tuméfaction autour du ligament collatéral interne avec un œdème pouvant traduire un status post-étirement, une dégénérescence modérée du ligament croisé antérieur, une tuméfaction du tendon quadricipital au niveau de son insertion distale, de signal hyperintense avec une calcification traduisant une tendinopathie, une encoche corticale sous l'épine tibiale externe traduisant une lésion ostéochondrale avec une formation kystique intra-spongieuse.
18. En date du 14 septembre 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant une aggravation de son état de santé suite à sa blessure au genou survenue en février 2010.
19. Le 15 septembre 2010, il a été opéré par le Dr G_____, médecin auprès du Département de chirurgie des HUG. Selon le compte rendu opératoire rédigé le jour même, l'assuré souffrait d'une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit. L'intervention avait consisté en la tréphination de ce ménisque.
20. Dans un rapport reçu par l'OAI le 24 septembre 2010, le Dr E_____ a diagnostiqué un diabète insulino-dépendant (depuis environ six ans), des gonarthroses suite à une déchirure du ménisque interne du genou (depuis environ une année) et une hernie discale (en 2002). L'incapacité de travail était totale depuis janvier 2010, l'activité exercée n'était plus exigible et on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Concernant les limitations fonctionnelles, toutes les positions étaient à proscrire (assises, debout, rotations, accroupies, à genou,...) et le port de charges était limité à 1-2kg. En outre, la résistance était restreinte en raison de la fatigue induite par le diabète.
21. Le 17 janvier 2011, le Dr H_____, spécialiste FMH en radiologie, a réalisé une IRM du genou droit. Dans son rapport établi le lendemain, il a conclu à un épanchement dans la bourse du ligament collatéral interne compatible avec la présence d'une bursite. Des signes de déchirure horizontale de la corne postérieure

du ménisque interne avec une morphologie du ménisque interne d'aspect conservé étaient relevés, ainsi qu'une ulcération cartilagineuse s'étendant quasiment jusqu'à l'os sous-chondral sur une zone de 4mm à hauteur de la gorge trochléaire (lésion de grade III à IV).

22. Par rapport du 22 mars 2011, la Dresse I_____, médecin cheffe de clinique au Service de rhumatologie des HUG, a indiqué avoir été consultée la veille par l'assuré. Elle a diagnostiqué des gonalgies mécaniques d'origine multifactorielle et relevé que malgré l'arthroscopie de septembre 2010, l'assuré n'avait pas présenté d'amélioration de la symptomatologie. Au status, elle avait noté une amyotrophie au niveau quadricipital importante avec une absence de tuméfaction au niveau du genou et une absence de défaut d'axe. A l'échographie, des signes de tuméfaction postérieure au ligament collatéral externe avaient été relevés et des séances de physiothérapie étaient préconisées.
23. Le 27 avril 2011, l'OAI a reçu un rapport du Département de chirurgie orthopédique des HUG, duquel il ressort que l'assuré avait reçu des infiltrations les 2 et 21 mars 2011. La persistance des douleurs et un risque de récurrence étaient relevés. En outre, l'assuré ne pouvait plus exercer d'activité en position accroupie, à genoux et uniquement debout, ni d'activités en terrain irrégulier ou comportant la montée sur une échelle ou d'escaliers de plus d'un étage.
24. Par rapport du 15 septembre 2011, le Dr J_____, médecin au Département de chirurgie orthopédique des HUG, a retenu le diagnostic de lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque droit depuis février 2010. Il a relaté la persistance de douleurs et indiqué que le périmètre de marche était limité. En outre, une nouvelle arthroscopie était à prévoir.
25. Suite à une IRM lombaire pratiquée le 27 septembre 2011, le Dr F_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une dégénérescence discale de L2-L3 jusqu'à L5-S1, à une hernie discale L5-S1 foraminale gauche en conflit avec la racine L5 dans son trajet foraminale, à une arthrose interapophysaire postérieure. En cas de persistance de la symptomatologie douloureuse malgré le traitement conservateur, une infiltration intra-foraminale en L5-S1 et des infiltrations lipidiques au niveau du sacrum et des ailes iliaques étaient à envisager.
26. Par avis du 10 octobre 2011, le SMR a considéré que l'assuré souffrait d'une nouvelle atteinte suite à une chute ayant causé une lésion méniscale avec une évolution défavorable. L'incapacité de travail actuelle était justifiée et une arthroscopie était proposée pour la fin de l'année 2011.
27. Dans un rapport du 24 octobre 2011, le Dr J_____ a relevé que l'assuré présentait toujours des boiteries avec des douleurs au niveau du compartiment interne et des douleurs rétropatellaires à la flexion-extension du genou. Une nouvelle IRM montrait un aspect hétérogène de la corne postérieure du ménisque interne avec une lésion de grade III à IV au niveau de la trochlée. Une nouvelle infiltration était proposée avant une éventuelle arthroscopie.

28. Le 31 octobre 2011, le Dr K_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a retenu le diagnostic de lombosciatalgie L5 gauche avec un léger déficit sensitivomoteur L5 sur une hernie discale L5-S1 foraminale et extraforaminale gauche avec un conflit radiculaire L5 gauche. Ce médecin a préconisé une intervention chirurgicale, soit une séquestrectomie et une microdiscectomie L5-S1 gauche, dans les meilleurs délais.
29. Le 21 novembre 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations en raison d'une aggravation de ses problèmes lombaires.
30. Le 30 novembre 2011, un examen ultrasonographique fonctionnel a été réalisé. Dans le rapport y relatif signé le 1^{er} décembre 2011 par la Dresse I_____, étaient mentionnés divers troubles dégénératifs visualisés, une absence de liquide articulaire, la présence d'une petite zone hypoéchogène compatible avec une bursite résiduelle du ligament latéral interne. Au vu des douleurs spécifiques dans cette région, une infiltration avait été réalisée.
31. Le 20 décembre 2011, l'assuré a été opéré d'une hernie discale L5-S1 foraminale gauche. L'intervention a consisté en une fenestration interlaminaire et une arthrotomie médiane L5-S1 gauche avec une décompression de la racine L5 gauche.
32. Par rapport du 20 février 2012, le Dr K_____ a constaté que les suites opératoires étaient favorables, hormis quelques lancées résiduelles qui ne requéraient pas la prise de médicaments et une hypoesthésie dans la jambe gauche qui n'avait pas encore disparu.
33. En date du 25 janvier 2012, le Dr E_____ a constaté l'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis octobre 2011 compte tenu de la hernie discale opérée en décembre 2011. La reprise d'une activité physique ne pouvait pas être attendue.
34. Selon le rapport de sortie des HUG du 30 janvier 2012, l'assuré présentait des douleurs irradiant sur le territoire L5 à gauche et s'accompagnant d'une diminution de la sensibilité de même qu'une sensation subjective de diminution de la force au membre inférieur droit.
35. Le 5 juin 2012, l'assuré a été adressé à la Dresse L_____, spécialiste FMH en neurologie, pour un examen ENMG car il se plaignait depuis plusieurs années de fourmillements et, depuis l'intervention de la hernie discale, de douleurs, de picotements et de fourmillements dans le pied et la face latéro-externe de la jambe gauche. En outre, il relatait des paresthésies et des engourdissements nocturnes des mains, et notait une diminution de l'équilibre à la marche. Dans son rapport du 8 juin 2012, la neurologue a constaté, à l'examen neurologique, des dysesthésies et hypoesthésies dans le territoire L5 gauche, une discrète hypoesthésie des orteils des deux côtés, une aréflexie achillienne bilatérale, une hypopallesthésie distale des membres inférieurs, évoquant une polyneuropathie et des séquelles d'une atteinte radiculaire sensitive L5 gauche. L'examen ENMG confirmait une polyneuropathie sensitivo-motrice axono-myélinique dont l'origine était probablement le diabète.

Elle a également observé des signes d'une neuropathie du nerf médian au carpe surajouté et l'anamnèse évoquait un syndrome du tunnel carpien. Il y avait de discrets signes de dénervation-réinnervation chronique séquellaire dans le muscle jambier antérieur gauche, évoquant des séquelles d'une radiculopathie L5 à gauche. Elle proposait de débiter un traitement médicamenteux et de revoir l'assuré pour un complément d'examen.

36. Par rapport du 20 juin 2012, la Dresse L_____ a fait suite à sa consultation du jour même. Elle a relaté que les douleurs des pieds et dysesthésies de la jambe gauche s'étaient légèrement améliorées et que l'assuré se réveillait moins fréquemment à cause des douleurs. Suite à un examen ENMG du membre supérieur droit, la spécialiste a conclu que l'atteinte du nerf médian gauche au tunnel carpien était plus marquée, ce qui pourrait conduire à une cure chirurgicale.
37. Par avis du 3 décembre 2012, la Dresse M_____, médecin auprès du SMR, a suggéré la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, à défaut d'avoir des documents montrant l'évolution au niveau des genoux et au niveau lombaire.
38. Le 7 décembre 2012, l'OAI a pris connaissance du rapport d'expertise orthopédique transmis par l'assureur-accidents.

Dans son rapport du 30 octobre 2012, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu les diagnostics de status après une contusion du genou droit et une entorse du ligament latéral interne le 22 février 2010 ; de troubles dégénératifs du genou droit sous forme d'une ulcération cartilagineuse de la trochlée fémorale, de méniscopathie de grade II du ménisque externe et de méniscopathie de grade III du ménisque interne ; de lombopygalgies persistantes, status après une cure chirurgicale de hernie discale L5-S1 à gauche ; de polyneuropathie diabétique ; de syndrome du tunnel carpien prédominant à gauche ; d'obésité de classe I ; de diabète insulino-dépendant et d'hypocholestérolémie.

Après avoir présenté des anamnèses familiale, professionnelle et actuelle, étudié les pièces fournies par l'assureur-accidents et analysé le dossier radiologique, l'expert a relaté les plaintes de l'assuré. S'agissant de la colonne lombaire, les suites opératoires de la cure de la hernie discale avaient été marquées par la persistance des douleurs lombaires de caractère continu et d'intensité variable, lesquelles réveillaient souvent l'assuré la nuit. Celui-ci ressentait des pygalgies à gauche et avait remarqué la persistance de douleurs, de picotements et de fourmillements dans les deux avant-pieds, surtout à gauche, et dans les mains. Il ne pouvait marcher à plat que durant 10 minutes, après quoi ses douleurs lombaires augmentaient. En position couchée, il n'était confortable que sur le côté gauche. Concernant le genou droit, l'évolution suite à l'intervention avait été marquée par la persistance des gonalgies et par la difficulté pour étendre le genou, en dépit des nombreuses séances de physiothérapie et de trois infiltrations de corticostéroïdes. L'assuré avait de la difficulté pour monter et descendre les escaliers, les pentes et étendre les

genoux, et relatait plusieurs épisodes de lâchages. Après son examen clinique, l'expert a répondu aux questions de l'assureur-accidents et conclu que l'état du genou droit de l'assuré, stationnaire depuis plus d'une année, n'était pas compatible avec la poursuite du métier de nettoyeur, précisant qu'il ne tenait pas compte du problème lombaire. Dans un métier sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charge, en évitant de se pencher en avant et en évitant les positions en porte-à-faux, la capacité de travail était de 50%, en raison des douleurs et de la nécessité de changer fréquemment de position. Il a ajouté que l'état n'était pas stabilisé, qu'il y avait échec du traitement conservateur et qu'une toilette articulaire par arthroscopie pourrait améliorer l'état du genou, sans garantie de résultats. Compte tenu de l'âge de l'assuré, une arthroscopie totale ne paraissait pas encore indiquée.

39. Dans un nouvel avis du 3 janvier 2013, le SMR a considéré, sur la base de l'expertise du Dr N_____, que l'assuré présentait, dès le mois d'octobre 2012, une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise.
40. Par communication du 13 mai 2013, l'OAI a octroyé à l'assuré un stage d'orientation professionnelle auprès de l'Entreprise sociale privée PRO afin de déterminer une activité adaptée à 50%. Ladite mesure s'est déroulée du 8 avril au 7 juillet 2013.
41. Dans leur rapport d'évaluation du 11 juillet 2013, le directeur général et une conseillère en évaluation de l'Entreprise PRO ont constaté que l'assuré avait des difficultés à se déplacer, notamment à monter les escaliers, qu'il marchait de manière vacillante, que la position debout lui était inconfortable et qu'il disait ne pas tenir plus d'une heure. Par contre, le travail à l'établi en position assise semblait être plus adapté. Sur son temps de présence quotidien de 4 heures, l'assuré se levait régulièrement pour se dégourdir les jambes. Dans la mesure où tout le matériel était à sa portée et que l'activité n'impliquait pas le port de charge, l'assuré était capable de collecter ou de déplacer des pièces de façon autonome sur sa place de travail, mais il devait éviter certains mouvements du dos qui lui étaient douloureux. Depuis le début du stage, les douleurs du genou, de la hanche et du dos avaient progressivement augmenté, ce qui avait contraint l'assuré à prendre plus de médicaments. Il marchait avec plus de difficulté et sa fatigue était plus importante. L'assuré était très dynamique, persévérant, respectait les horaires de travail et les consignes, se montrait très intéressé par les diverses activités. Son travail était de qualité et son rendement évalué à 100%, mais malgré sa volonté d'être actif, il devait se ménager. En conclusion, malgré une forte motivation, il était observé que l'état de santé de l'assuré tendait à se fragiliser dans le déroulement du stage. En dernière période, l'assuré marchait en titubant de façon plus marquée et sa fatigue augmentait tout au long du stage. L'intensité des douleurs au niveau du dos, du genou droit et de la hanche gauche augmentaient progressivement au cours du stage. Afin de ne pas préteriter sa santé, il était nécessaire que tout le matériel soit mis à sa disposition, à hauteur de l'établi et à sa portée, et il était impératif qu'il

puisse alterner les positions assis-debout à sa convenance. Ainsi, le taux d'avidité de 50% maximum avait été réalisable, mais compte tenu des importantes limitations physiques, de la fatigabilité et de l'augmentation des douleurs, un taux d'activité de 40%, soit 4 heures par jour à raison de 4 jours par semaine, semblait en l'état actuel plus réaliste.

42. Dans un avis du 18 novembre 2013, les conseillers en réadaptation de l'OAI ont estimé que les conclusions de l'Entreprise PRO ne paraissaient pas objectives. Ils considéraient que l'assuré pourrait travailler à 50% en tant qu'ouvrier à l'établissement dans le domaine de l'industrie, sans formation particulière.
43. Le 13 mai 2014, la Dresse O _____, médecin SMR, a relevé que les propositions de l'Entreprise PRO de travailler à 40% seulement se basaient sur des éléments subjectifs, soit les douleurs et la fatigue, et non pas sur des éléments objectifs telle que la rentabilité. Etant rappelé que l'expert N _____ retenait une capacité de travail de 50%, les conclusions du SMR du 3 janvier 2013 demeuraient valables.
44. Par décision du 24 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet du 24 mars 2014 et augmenté le quart de rente de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2012. A partir du 1^{er} janvier 2013, le droit était diminué à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 58%. L'OAI a en effet reconnu une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré ayant pour conséquence une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 22 février 2010 et une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} octobre 2012. Dès cette date, la perte de gain résultant de la différence entre le salaire sans invalidité (CHF 68'556.-) et le salaire avec invalidité (CHF 28'563.-) s'élevait à CHF 39'993.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 58%. Les revenus déterminants avec et sans invalidité étaient fixés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [EES] 2010 (réactualisé pour 2012) TA7 et l'OAI avait tenu compte d'un abattement de 10% sur le salaire d'invalidé, en raison de l'âge et du taux d'occupation de l'assuré, étant précisé que les autres critères (limitations fonctionnelles, année de service et nationalité) ne permettaient pas un abattement supplémentaire. En outre, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures professionnelles.
45. Le 12 novembre 2014, l'assuré a sollicité une allocation pour impotent.
46. Par acte du 26 novembre 2014, l'assuré, par le biais d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision du 24 octobre 2014 et conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de la conseillère en évaluation auprès de PRO, et principalement, à l'annulation de la décision attaquée en tant qu'elle limitait son droit à une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 2013, et à ce qu'il lui soit reconnu le droit à un trois quart de rente à partir de cette date. Le recourant a fait grief à l'intimé de s'être écarté des conclusions de l'Entreprise PRO pour retenir une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2013, et d'avoir limité à 10% l'abattement supplémentaire sur le salaire statistique. Il a allégué qu'il était capable

d'effectuer un travail adapté à 50% à court terme, mais pas sur le long terme. En tenant compte d'un taux d'activité de 40%, son degré d'invalidité s'élèverait à 62,96% ((CHF 68'556.- – CHF 25'389.-)/ CHF 68'556.-). Cela étant, même avec une capacité de travail de 50%, il avait également droit à un trois quart de rente, compte tenu d'un abattement de 15% sur le salaire statistique. Dans un tel cas, son degré d'invalidité se monterait à 60,65% ((CHF 68'556.- – CHF 29'976.-)/ CHF 68'556.-).

47. Dans sa réponse du 5 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. S'agissant de la capacité de travail, l'intimé a rappelé les conclusions du SMR selon lesquelles le recourant présentait une capacité de 50% dans une activité adaptée, conformément au rapport d'expertise du Dr N_____ auquel une valeur probante devait être reconnue. A cet égard, il a soulevé que les conclusions du stage d'observation n'étaient corroborées par aucun élément médical objectif. Concernant la déduction sur le salaire statistique, l'abattement tenait compte de manière appropriée des différents éléments qui pouvaient concrètement influencer sur les perspectives salariales du recourant dans l'exercice d'une activité simple, légère et ne nécessitant pas de formation particulière.
48. Par écriture du 29 janvier 2015, le recourant a persisté dans les termes de ses conclusions, invoquant que l'appréciation de la capacité de travail résiduelle par l'entreprise PRO aurait dû être confrontée à celle du Dr N_____ et l'instruction complétée. Il a également relevé que l'expert n'avait pas donné d'exemples concrets de postes de travail qui seraient à sa portée au vu des nombreuses limitations retenues. Quant à la déduction sur le salaire statistique, il a soutenu que les personnes atteintes dans leur santé et qui présentaient des limitations même pour accomplir des activités légères, étaient désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels. Ainsi, compte tenu des conclusions de l'entreprise PRO quant à la fragilisation progressive de son état de santé et sa motivation, de son âge, des nombreuses limitations fonctionnelles et de son taux d'activité, un abattement de 15% se justifiait.
49. En date du 19 février 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions.

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/GE E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit

des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).
5. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de l'augmentation puis de la diminution de la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur les questions d'une aggravation puis d'une amélioration de son état de santé depuis la décision lui octroyant un quart de rente.

Selon la jurisprudence, les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises

dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

Partant, bien que le recourant ne conteste la décision de l'intimé qu'en ce qui concerne la période postérieure au 1^{er} janvier 2013, la révision de sa rente pour la période du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2012 est également soumise au pouvoir d'examen de la chambre de céans, dès lors qu'il existe un rapport de connexité étroite entre ces points.

6. Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 520/05 du 28 décembre 2006 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 554/06 du 21 août 2006). 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, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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.

Il convient par ailleurs de rappeler qu'en allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 125 V 413, confirmé in ATF 131 V 164).

-
7. 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). Pour qu'une décision de révision entrée en force constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une révision ultérieure, il faut qu'elle 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).

8. 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).

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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c ; ATF 114 V 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

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 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 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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee).

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).

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 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n°10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du

16 janvier 2014 consid. 5.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64).

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).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
12. En l'espèce, il est rappelé que la décision dont est recours fait suite à deux nouvelles demandes déposées par le recourant, la première le 14 septembre 2010 en raison d'atteintes à son genou et la seconde le 21 novembre 2011 suite à l'aggravation de ses problèmes lombaires.

L'intimé a repris l'instruction du dossier et requis l'avis du SMR, lequel a préconisé, dans un premier temps, la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique (cf. avis de la Dresse M_____ du 3 décembre 2012), puis y a renoncé, considérant que l'expertise requise par l'assureur-accidents permettait de conclure que le recourant présentait, dès le mois d'octobre 2012, une capacité de

travail résiduelle de 50% dans un métier sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charge, sans nécessité de se pencher en avant et sans positions en porte-à-faux (cf. avis du SMR du 3 janvier 2013 et rapport du Dr N_____ du 30 octobre 2012).

Sur la base de cet avis, l'intimé a reconnu une aggravation significative de l'état de santé du recourant et une incapacité totale de travail dans toute activité dès le 22 février 2010, date de l'accident, puis a retenu une amélioration à partir du 1^{er} octobre 2012 avec une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il a donc augmenté le quart de rente dont bénéficiait le recourant depuis 2004 à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2010 au 31 décembre 2012, et a ensuite réduit la rente à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 58% dès le 1^{er} janvier 2013.

Il convient donc d'examiner si le rapport du Dr N_____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et justifier les deux révisions contenues dans la décision attaquée.

13. a. La chambre de céans constate que le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a été mandaté par l'assureur-accidents afin de répondre à des problématiques propres à cette assurance telles que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le sinistre assuré et les lésions présentées au genou droit, ou encore l'existence de maladies préexistantes et de lésions assimilées. Le fait que ce médecin ait procédé à un examen ostéo-musculaire de la colonne vertébrale et des membres inférieurs, tout comme le fait qu'il cite des restrictions en lien avec le port de charges ou des activités en porte à faux, n'y change rien. Le libellé des questions posées par l'assureur-accidents démontre clairement que ce spécialiste a été interpellé « compte tenu des suites de l'accident » et que sa mission n'a pas porté sur l'ensemble des troubles présentés par le recourant et leur interférence.

A cet égard, il est rappelé que l'IRM du 27 septembre 2011 a révélé que les dégénérescences discales s'étendaient désormais jusqu'à la région L2-L3 et que le recourant présentait également une arthrose interapophysaire postérieure (cf. rapport du Dr F_____). En outre, a été diagnostiquée une lombosciatalgie L5 gauche avec un léger déficit sensitivomoteur L5 sur une hernie discale L5-S1 foraminale et extraforaminale gauche avec un conflit radiculaire L5 gauche (rapport du Dr K_____ du 31 octobre 2011), ce qui a nécessité une intervention chirurgicale le 20 décembre 2011. Par la suite, le recourant s'est plaint de douleurs irradiant sur le territoire L5, avec une diminution de la sensibilité et de la force au membre inférieur droit (rapport de sortie des HUG du 30 janvier 2012) et, après l'intervention, de douleurs, de picotements et de fourmillements dans le pied et la face latéro-externe de la jambe gauche, ainsi que de paresthésies et d'engourdissements nocturnes des mains et une diminution de l'équilibre à la marche. Des examens ENMG ont permis de conclure à une polyneuropathie sensitivo-motrice axono-myélinique, probablement due au diabète dont souffre le recourant, et à une atteinte du nerf médian gauche au tunnel carpien suffisamment

marquée pour conduire à une cure chirurgicale. En outre, étaient relevés de discrets signes de dénervation-réinnervation chronique séquellaire dans le muscle jambier antérieur gauche, évoquant des séquelles d'une radiculopathie L5 à gauche (cf. rapports de la Dresse L_____ des 8 et 20 juin 2012).

Or, l'intimé ne s'est pas déterminé sur ces rapports et n'a en particulier pas indiqué s'il admettait ou pas la survenance de nouvelles atteintes propres à influencer le degré d'invalidité du recourant.

b. De surcroît, la chambre de céans observe que Dr N_____ n'a pas été invité à se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis l'accident. Contrairement à l'intimé, l'expert n'a pas conclu que l'état de santé du recourant était incompatible avec l'exercice de toute activité lucrative entre le 1^{er} septembre 2010 et le 31 octobre 2012, ni qu'il se serait amélioré dès cette date pour permettre la reprise d'une activité à 50%. Au contraire, il a considéré que l'état du genou droit était stationnaire depuis plus d'une année et que l'état actuel n'était pas stabilisé, compte tenu de l'échec des traitements.

Dans ces conditions, il appert que la rente d'invalidité accordée initialement au recourant en 2004 et confirmée en juillet 2007, a été augmentée puis diminuée en regard des seules lésions présentées par le recourant au genou droit suite à son accident du 22 février 2010, sans tenir compte des autres troubles.

Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait pas, sur la base du seul rapport du Dr N_____, modifier la rente d'invalidité du recourant.

14. Enfin, la chambre de céans observe que les autres rapports produits dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de trancher le litige.

En effet, les appréciations du SMR se limitent à résumer les rapports reçus par l'intimé afin de lui prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. avis des 10 octobre 2011, 3 décembre 2012, du 3 janvier 2013 et 13 mai 2014), les rapports du médecin traitant sont insuffisamment motivés (cf. notamment rapport du Dr E_____ reçu par l'intimé le 24 septembre 2010, rapport du Dr E_____ du 25 janvier 2012), ceux émis par les radiologues, neurochirurgiens, et neurologues, ne contiennent pas de description des interférences médicales et ne se déterminent pas non plus sur l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis sa demande du 14 septembre 2010.

Enfin, les observations rapportées à l'issue du stage d'orientation professionnelle ne sauraient pallier au manque de constatations médicales, étant rappelé que dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, un complément d'instruction peut être requis.

15. Partant, la chambre de céans ne dispose pas des éléments suffisants pour statuer sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis septembre 2010, sur sa capacité de

travail dans une activité adaptée depuis lors, ainsi que sur ses limitations fonctionnelles.

Dans ces conditions, la cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise tenant compte des aspects rhumatologiques, neurologiques et orthopédiques, étant rappelé à cet égard que le Dr N_____ avait considéré que l'état de santé n'était pas stabilisé, ainsi que des observations relevées par les observateurs professionnels.

16. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 24 octobre 2014 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
17. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA – RS/GE E 5 10.03).

Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**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 24 octobre 2014 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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