

EN FAIT

1. Le 26 août 1998, Monsieur A_____ (ci-après : le recourant), né en 1960 et chauffeur aux B_____ (ci-après B_____), était arrêté à un feu rouge au volant d'un véhicule professionnel léger lorsque l'arrière de ce dernier a été heurté par le véhicule qui le suivait. Sous l'effet du choc, sa nuque a heurté l'appuie-tête et son véhicule a percuté l'arrière de la voiture qui le précédait. Il a présenté des contusions cervicales et lombaires.
2. Le 3 décembre 1999, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
3. L'assuré a été examiné le 26 mars 2002 par les docteurs C_____, FMH chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, D_____, FMH rhumatologie, et E_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, médecins du SMR Léman. Ils ont posé le diagnostic de lombo-pygio-sciatalgies gauches chroniques persistantes et cervicalgies sans substrat anatomique clair ainsi que de trouble somatoforme douloureux (TSD). En l'absence d'une atteinte fonctionnelle objectivable du rachis et d'une pathologie neurologique, ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle biomécaniquement soutenable et ont admis une capacité de travail exigible de 100%.
4. Par décision du 8 août 2003 et décision sur opposition du 1^{er} septembre 2004, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a refusé au recourant l'octroi d'une rente d'invalidité.
5. Le 1^{er} octobre 2004, l'assuré a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition de l'OAI.
6. Le 8 février 2005, le professeur F_____ a rendu une expertise psychiatrique. Il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré. Il a complété son expertise les 5 juillet 2005 et 20 mars 2006.
7. Le 25 février 2005, le docteur G_____, médecin associé au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du CHUV, a rendu un rapport d'expertise. Il concluait à une incapacité de travail totale de l'assuré.
8. Par arrêt du 20 mars 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours, annulé la décision sur opposition de l'OAI du 1^{er} septembre 2004 et dit que le recourant avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2000.
9. Par jugement du 13 mars 2007, le Tribunal fédéral des assurances a admis le recours formé par l'OAI à l'encontre du jugement précité, en ce sens que celui-ci était annulé, la cause étant renvoyée à l'autorité judiciaire de première instance pour complément d'instruction au sens des considérants et nouveau jugement (ATFA I 398/06).

10. Par ordonnance du 20 septembre 2007, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié une expertise psychiatrique au docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et une expertise rhumatologique au docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne, en leur demandant notamment d'effectuer une appréciation consensuelle du cas, lesquels ont rendu leur rapport, respectivement le 21 février 2008 et le 19 octobre 2007.

Les experts ont estimé, de façon consensuelle, que le recourant présentait, en tenant compte de la globalité de ses troubles, une diminution du rendement de 40% au plus.

11. Par arrêt du 7 juillet 2008 (ATAS/796/2008), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision, au sens des considérants.

Il a suivi les conclusions des experts rhumatologue et psychiatre et constaté que le recourant présentait une incapacité de travail de 40% depuis le 1^{er} septembre 2004, de sorte qu'au jour de la décision sur opposition, le 1^{er} septembre 2004, le droit à la rente n'était pas ouvert. Cependant, l'OAI devait se prononcer dans une nouvelle décision sur le droit à la rente du recourant dès le 1^{er} septembre 2005.

12. Par arrêt du 15 septembre 2009, le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté par l'assuré à l'encontre de l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 7 juillet 2008 (ATF 9C_775/2008).

Il a confirmé la survenance d'une incapacité de travail durable de 40% dès le 1^{er} septembre 2004 et la transmission du dossier à l'OAI pour calcul de l'incapacité de gain et prononcé d'un éventuel droit à une rente d'invalidité pour la période postérieure à la décision attaquée.

13. Par décision du 6 juillet 2010, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2005.

14. En août 2013, l'OAI a débuté une procédure de révision.

15. Le 28 août 2013, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même.

16. Le 6 octobre 2013, le docteur J_____ a rempli un rapport médical AI attestant qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis 2008 et que les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif avaient une influence sur la capacité de travail.

17. Le 4 novembre 2013, les docteurs K_____ et L_____, du département des neurosciences cliniques du CHUV, ont rendu une expertise, dans le cadre d'une procédure opposant l'assuré à Allianz – société suisse d'assurance. L'assuré avait été examiné le 17 septembre 2013.

L'assuré se plaignait de douleurs diffuses et constantes, prédominantes le long de la colonne vertébrale, de douleurs à la mâchoire, de troubles cognitifs et d'une souffrance psychique importante. Ils ont posé les diagnostics de douleurs chroniques diffuses prédominant le long de la colonne vertébrale, suite à un mécanisme de flexion-extension cervicale le 29 août 1998, et de probable

dépression; du point de vue clinique, ils ont objectivé une contracture musculaire paravertébrale, entité clairement douloureuse; du point de vue radiologique, des signes de dégénérescence discale étaient présents, qui pouvaient entraîner une symptomatologie douloureuse; une reprise de travail progressive jusqu'à 50% serait bénéfique.

18. Le 30 décembre 2013, le docteur M_____, FMH médecine interne, a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis le 12 mai 2011.
19. Le 12 février "2013" (recte : 2014), l'assuré, représenté par son avocat, a écrit à l'OAI qu'il n'avait plus de suivi médical, car tous les traitements menés à terme n'avaient pas amélioré son état de santé; toutefois, il s'était soumis à une expertise au CHUV en novembre 2013, dont le rapport du 4 novembre 2013 était joint.
20. Le 26 mars 2014, la doctoresse N_____, du SMR, a estimé que les éléments médicaux n'apportaient pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'état de santé, ou de nouvelles pathologies, et que la capacité de travail dans toute activité était de 50%.
21. Par communication du 31 mars 2014, l'OAI a maintenu le quart de rente d'invalidité.
22. Le 28 avril 2014, l'assuré a contesté le degré d'invalidité de 40%, en se prévalant de l'expertise du 4 novembre 2013, laquelle retenait au mieux une capacité de travail de 50%.
23. Le 30 avril 2014, l'assuré a transmis à l'OAI :
 - un rapport du professeur O_____, cheffe de service, et de Mme P_____, psychologue stagiaire au département des neurosciences cliniques, Hôpital Nestlé, du 14 novembre 2013, concluant à la suite d'un examen neuropsychologique, à des troubles exécutifs, mnésique antérograde verbal de l'assuré;
 - un rapport médical du docteur Q_____, FMH chirurgie orthopédique, du 17 janvier 2014, selon lequel l'assuré présentait une cervico-brachialgie chronique droite sans irradiation radiculaire, ainsi que d'autres zones douloureuses; une IRM cervicale du 27 décembre 2013 montrait des troubles dégénératifs pluri-étagés de la colonne cervicale, tout à fait discret et non spécifiques. L'assuré avait quand même un débord discal circonférentiel sur une dégénérescence discale C5-C6. Le débord était un petit peu plus important du côté droit et provoquait radiologiquement une sténose de l'entrée du foramen C5-C6; il y avait également un discret rétrécissement du canal cervical dans le plan antéro-postérieur, mais il y avait encore du liquide céphalorachidien entourant le cordon médullaire. L'assuré n'avait pas non plus de signe clinique ou d'anamnèse compatible avec une myélopathie cervicale. En conclusion, pour le problème cervico-brachialgique droit de l'assuré, le docteur Q_____ trouvait qu'il n'y avait pas de bonne corrélation entre l'imagerie et les symptômes. Dans

le contexte d'un syndrome douloureux chronique avec de multiples localisations, il était, selon lui, totalement exclu de proposer un traitement chirurgical à l'assuré car il n'apporterait aucune amélioration de sa situation globale;

- un rapport d'expertise du docteur R_____, médecin adjoint, du 10 mars 2014, posant les diagnostics d'épisode dépressif majeur avec syndrome somatique et syndrome douloureux somatoforme persistant. Il était relevé que, d'un point de vue psychiatrique, l'assuré n'aurait vraisemblablement pas présenté un état dépressif de cette intensité et d'une telle chronicité sans l'accident du 26 août 1998;
 - un rapport d'expertise du 4 avril 2014 des Drs K_____ et L_____ effectuant une synthèse des expertises psychiatrique, neuropsychologique, traumatologique / orthopédique et neurologique et adressé au Tribunal de première instance de Genève. L'assuré se plaignait de douleurs diffuses et constantes, prédominantes le long de la colonne vertébrale, de troubles cognitifs et d'une souffrance psychique importante. Il existait une contracture musculaire paravertébrale douloureuse et un débord discal circonférentiel sur une dégénérescence discale C5-C6; une hypersensibilité du système nerveux central était décrite dans la littérature médicale et la dépression aggravait la perception de la douleur. Ils ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique; le patient n'était pas un simulateur. Il n'y avait pas d'autres traitements à proposer. Une reprise de travail progressive, jusqu'à 50 %, sans porter de lourdes charges, serait possible et bénéfique pour l'assuré.
24. Le 5 mai 2014, l'OAI a demandé au SMR de préciser la capacité de travail résiduelle dès lors qu'il avait, le 26 mars 2014, annoncé une capacité de travail de 50%.
25. Le 14 juillet 2014, la Dresse S_____, du SMR, a estimé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et que le taux d'invalidité de 40% ne devait pas être modifié.
26. Par décision du 29 juillet 2014, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré.
27. Le 9 septembre 2014, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 29 juillet 2014 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2013.

Le médecin du SMR était pédiatre et n'avait pas de titre FMH. Son avis n'était pas probant; le 26 mars 2012, le SMR avait conclu qu'il disposait d'une capacité de travail de 50% et non plus de 60%; les expertises récentes concluaient à une aggravation de son état de santé, soit une contracture musculaire paravertébrale, un débord discal circonférentiel sur une dégénérescence discale C5-C6 et un

rétrécissement du canal cervical dans le plan antéro-postérieur, ainsi que des troubles neuropsychologiques; les experts fixaient sa capacité de travail au maximum à 50% et cela de manière progressive.

28. Le 15 octobre 2014, la Dresse N_____ S_____, du SMR, a rendu un avis selon lequel les nouvelles pièces médicales (expertise psychiatrique du 17 septembre 2013, bilan neuropsychologique du 17 septembre 2013, expertise neurologique du 17 septembre 2013, consultation orthopédique du 16 janvier 2014 et synthèse des expertises du 4 avril 2014) faisaient état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré sur le plan rhumatologique depuis la dernière décision, notamment au niveau du rachis cervical (imagerie et clinique); comme les experts, elle estimait que la capacité de travail ne dépassait pas 50% dans l'activité de transporteur ou tout autre travail ne nécessitant pas de port de charges lourdes.
29. Le 3 novembre 2014, l'OAI a conclu à l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis janvier 2014, date de l'examen traumatologique, de sorte que le droit à une demi-rente d'invalidité était reconnu dès le 1^{er} avril 2014.
30. Le 9 décembre 2014, l'assuré a observé que la date du rapport final d'expertise, soit avril 2014, n'était pas pertinente pour le début du droit à la demi-rente d'invalidité et qu'il ressortait clairement de l'expertise du CHUV que son état de santé s'était progressivement dégradé depuis 2008, de sorte qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, l'aggravation de son état de santé était déjà présente en août 2013, date à laquelle la révision avait été initiée.
31. Le 12 janvier 2015, l'OAI a observé que l'IRM de décembre 2013 ne suffisait pas à justifier l'aggravation de l'état de santé, laquelle était attestée par l'examen médical de janvier 2014.
32. Le 16 janvier 2015, l'assuré a requis une instruction complémentaire auprès du Dr Q_____.
33. Le 30 janvier 2015, le Dr T_____, du SMR, a indiqué qu'il convenait de demander au Dr Q_____ quelles étaient les conséquences cliniques autre qu'une augmentation subjective des douleurs des images retrouvées à l'IRM et en quoi ces images permettaient de justifier une aggravation clinique de l'état de santé.
34. Le 2 février 2015, l'OAI a transmis l'avis du SMR du 20 janvier 2015.
35. Le 5 février 2015, la chambre de céans a posé des questions au Dr Q_____ et indiqué à l'OAI que seules des questions relatives à la survenance de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré seraient posées au Dr Q_____, de sorte que les questions proposées par le SMR n'étaient pas pertinentes.
36. Le 12 mars 2015, le Dr Q_____ a répondu qu'il ne pouvait se prononcer, n'ayant vu l'assuré que le 16 janvier 2014 et s'étant uniquement déterminé sur la question de la lésion dégénérative C5-C6.

37. Le 25 mars 2015, l'assuré a estimé que le Dr Q_____ n'avait pas pu répondre aux questions posées par l'OAI, car celles-ci excédaient le cadre de son mandat d'expertise, de sorte qu'il convenait de poser ces mêmes questions au Dr K_____.
38. Le 26 mars 2015, l'OAI a estimé que la réponse du Dr Q_____ confirmait son appréciation.
39. A la demande de la chambre de céans, la Dresse N_____ S_____, du SMR, a rendu un avis médical le 20 avril 2015 précisant l'évolution de la capacité de travail de l'assuré en relevant qu'après réexamen du dossier médical, il existait depuis le 17 septembre 2013, date de l'expertise des Drs K_____ et L_____, une aggravation clinique rhumatologique (contracture paravertébrale prédominante au niveau lombaire), laquelle était manifeste sur le plan radiologique au niveau cervical selon le Dr Q_____ (selon l'IRM du 27 décembre 2013), de sorte que la capacité de travail de l'assuré était de 50% dans toute activité depuis le 17 septembre 2013.
40. Le 12 mai 2015, l'OAI a considéré que l'aggravation de l'état de santé était présente depuis le 1^{er} septembre 2013, de sorte que le droit à la demi-rente d'invalidité était reconnu depuis le 1^{er} décembre 2013.
41. Invité à faire des observations sur l'avis du SMR du 20 avril 2015, l'assuré n'a pas donné suite.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS 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 345 consid. 3).
3. 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, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. L'objet du litige porte sur le début du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité.

5. a) 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.

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

6. a) L'art. 17 al. 1er 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 et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié 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).

b) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

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

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

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125

V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

b) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

10. En l'espèce, l'intimé a refusé, dans sa décision du 29 juillet 2014, d'augmenter le quart de rente d'invalidité du recourant en considérant que la situation médicale de celui-ci était inchangée; dans sa réponse du 3 novembre 2014, l'intimé a modifié son appréciation et conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2014, en considérant que l'état de santé du recourant s'était aggravé depuis janvier 2014, de sorte que la capacité de travail - fixée lors de la dernière décision de rente à 60% - était réduite à 50%. L'intimé a considéré que l'aggravation de l'état de santé était documentée dès janvier 2014, date de l'examen clinique du Dr Q_____. A la suite de l'avis du SMR du 20 avril 2015, l'intimé a finalement considéré, le 12 mai 2015, que le droit à une demi-rente d'invalidité était dû dès le 1^{er} décembre 2013, l'aggravation de l'état de santé du recourant devant être admise dès le 1^{er} septembre 2013.

Le recourant conteste cette appréciation et invoque le fait qu'au 1^{er} août 2013, date de l'engagement de la procédure de révision, sa capacité de travail était déjà réduite à 50%, son état de santé s'étant dégradé progressivement depuis 2008, de sorte qu'il a droit à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès cette date.

11. S'agissant de la date à laquelle l'aggravation de l'état de santé du recourant est survenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, la chambre de céans constate ce qui suit :

- le 17 septembre 2013, le recourant a été examiné par les Drs K_____ et L_____, lesquels ont objectivé une contracture para-vertébrale, entité clairement douloureuse, et posé le diagnostic de douleurs chroniques diffuses

prédominant le long de la colonne vertébrale; une reprise de travail de manière progressive jusqu'à 50%, était qualifiée de possible et bénéfique;

- le 17 janvier 2014, le Dr Q_____ a constaté une limitation des rotations et de la flexion cervicale et une sensibilité à la palpation de la musculature paravertébrale, diffuse; la flexion cervicale provoquait une tension musculaire paravertébrale cervicale. Une IRM du 27 décembre 2013 montrait un débord discal circonférentiel sur une dégénérescence discale C5-C6, provoquant une sténose de l'entrée du foramen C5-C6;
- le 4 avril 2014, les Drs K_____ et L_____ ont effectué une synthèse des expertises du 17 septembre 2013 et confirmé une capacité de travail du recourant de 50% dans l'ancienne activité ou toute autre activité adaptée;
- le 15 octobre 2014, la Dresse S_____ a relevé qu'il existait une aggravation de l'état de santé, notamment au niveau du rachis cervical, et estimé, "comme les experts", que la capacité de travail du recourant était limitée à 50%;
- le 20 avril 2015, la Dresse S_____ a considéré que l'aggravation de l'état de santé du recourant pouvait être admise depuis le 17 septembre 2013, au vu du rapport des Drs K_____ et L_____ du 17 septembre 2013 et de celui du Dr Q_____ du 17 janvier 2014.

Au vu de ce qui précède, il est à constater que les Drs K_____ et L_____ ont effectivement fixé la capacité de travail du recourant à 50%, à la suite de l'examen clinique du recourant du 17 septembre 2013, ce que le SMR a admis le 20 avril 2015. La position de l'intimé, qui accepte finalement une aggravation de l'état de santé du recourant entraînant une incapacité de travail de 50% dès le 17 septembre 2013 ne peut ainsi qu'être confirmée.

En particulier, aucune pièce au dossier ne permet de documenter la survenance de l'aggravation de l'état de santé du recourant antérieurement au 17 septembre 2013, comme le requiert le recourant.

En conséquence, le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité est né le 1^{er} décembre 2013, en application de l'art. 88a LAI.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée.

Le recourant obtenant presque totalement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

**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 de l'intimé du 29 juillet 2014.
4. Dit que le recourant a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} décembre 2013.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 3'000.-.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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