

GE_GERICHTE A/3422/2015 vom 20. Oktober 2016

GE Cour de justice, 2016-10-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3422_2015

FR: GE_GERICHTE A/3422/2015 du 20 octobre 2016

IT: GE_GERICHTE A/3422/2015 del 20 ottobre 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né le _____ 1974, est arrivé en Suisse le 20 janvier 1990. Entre 2002 et 2004, il a travaillé en qualité d'agent de sécurité pour un salaire mensuel de CHF 4'500.-, étant précisé qu'il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis lors.![endif]>![if> 2. Le 18 septembre 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant un problème dorsal et des difficultés à marcher.![endif]>![if> 3. Dans un rapport du 30 octobre 2008, le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales évoluant depuis 2002 et de syndrome sciatique S1 gauche non déficitaire lié à une lipomatose épidurale depuis 2005. Il a mentionné, en précisant qu'elles étaient sans effet sur la capacité de travail, une obésité de grade III et une maladie goutteuse. ![endif]>![if> Le médecin indiquait que, depuis 2008, les douleurs avaient diminué grâce à un traitement intensif, à un suivi de physiothérapie et à de gros efforts diététiques ayant permis une perte de poids. Selon lui, l'incapacité de travail était totale dans l'activité d'agent de sécurité, laquelle impliquait de devoir parfois courir, réagir vite et faire des efforts dont l'assuré n'était plus capable. En effet, l'intéressé était désormais dans l'incapacité de porter des charges, de faire des efforts prolongés, de se pencher en avant souvent, de s'accroupir, de s'agenouiller ou encore de rester debout longtemps. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100% depuis le 1 er octobre 2008. 4. Le 10 novembre 2008, le docteur C_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a considéré que l'état de santé de l'assuré lui permettait encore d'exercer une activité adaptée, décrite comme légère, permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter les flexions répétées du rachis et la position en porte-à-faux du buste.![endif]>![if> 5. Le 26 février 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier tout droit à une rente et à un reclassement ; il précisait cependant que, sur demande motivée, une aide au placement pourrait lui être octroyée.![endif]>![if> 6. Par courrier du 16 mars 2009, l'assuré a présenté une telle demande.![endif]>![if> 7. Par décision formelle du 30 mars 2009, l'OAI lui a nié le droit à une rente et à un reclassement au motif que son degré d'invalidité (10%) était insuffisant. L'OAI a répété que, sur demande motivée, l'octroi d'une aide au placement était envisageable.![endif]>![if> 8. Dans le contexte de l'aide au placement, l'assuré a effectué un stage d'orientation d'un mois, du 28 juillet au 28 août 2009, auprès de la Fondation des Parkings. ![endif]>![if> Par la suite, l'OAI a mis

l'assuré au bénéfice de deux modules de définition d'une nouvelle orientation professionnelle, du 9 novembre au 11 décembre 2009 et du 12 avril au 14 mai 2010. 9. Le 20 octobre 2010, l'OAI a mis fin au mandat d'aide au placement, au vu de l'incapacité totale de travail certifiée par un médecin et du fait qu'une opération bypass était programmée pour la fin de l'année. Il précisait à l'assuré qu'il avait la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations si son état s'était aggravé depuis la décision de refus du 30 mars 2009. 10. Le 5 janvier 2011, le Dr B_____ a interpellé l'OAI pour appuyer la demande de son patient pour un reclassement professionnel, dont il a reconnu qu'il était pour l'heure incapable de l'assumer pour des raisons de santé. Le médecin a fait état de lombosciatalgies S1 droites chroniques sur lipomatose épidurale, de hernie discale L5-S1 et d'obésité. Les lombosciatalgies persistaient, malgré des séances de physiothérapie et des infiltrations répétées au niveau lombaire. Quant à l'obésité, elle n'avait fait que s'aggraver, au point qu'une intervention chirurgicale (anneau ou bypass) était envisagée. Selon ce médecin, les lombalgies, les sciatalgies et la lipomatose épidurale étaient directement liées au poids de l'assuré. Une amélioration des symptômes pouvait être espérée en cas de perte de poids. 11. Le 23 mars 2011, le Dr C_____, du SMR, a considéré que ce rapport n'apportant aucun élément nouveau, les conclusions du 10 novembre 2008 restaient d'actualité. 12. Par décision du 16 mai 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assuré. 13. Le 14 juin 2011, celui-ci a interjeté recours contre cette décision, en alléguant notamment être dans l'incapacité totale de travailler en raison de ses crises de goutte et de ses douleurs chroniques. Il a notamment produit : - un certificat établi le 29 novembre 2010 par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et diplômé en éducation thérapeutique pour maladies chroniques, attestant que les efforts diététiques consentis par l'assuré avaient permis une stabilisation de son poids ; les lombalgies étaient aggravées par l'excès pondéral, qu'il était ardu de réduire en l'absence d'activité physique, difficile à pratiquer en raison des lombalgies ; une évaluation pluridisciplinaire en vue d'une chirurgie bariatrique avait été initiée ; - une attestation du Dr B_____ du 7 juin 2011, concluant à des lombalgies chroniques persistantes sur lipomatose épidurale et hernie discale L5-S1, à des syndromes sciatiques récidivants à droite et parfois à gauche, à une obésité morbide allant en s'aggravant et à des crises de goutte répétées (apparues en avril 2010, ayant fait l'objet d'une récurrence pendant l'hiver 2010-2011 et entraînant un syndrome inflammatoire arthritique chronique de la cheville et du pied gauche, très difficile à calmer) ; selon le Dr B_____, ces pathologies étaient certainement liées à l'excès pondéral de son patient, dont le traitement était compliqué par l'impossibilité de reprendre une activité physique régulière. 14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 juillet 2011, a conclu au rejet du recours. Il considère que l'assuré n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. 15. Par arrêt du 23 février 2012 (ATAS/211/2012), la Chambre de céans a admis le recours, annulé la décision du 16 mai 2011 en tant qu'elle refusait d'entrer en matière sur la demande de prestations du 5 janvier 2011 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction de la demande et nouvelle décision. En substance, la Chambre de céans a constaté qu'une hernie discale en L5-S1 et un syndrome inflammatoire arthritique chronique de la cheville droite et du pied gauche étaient apparus depuis la décision initiale de refus de prestation. En outre, le syndrome sciatique s'était déplacé vers la droite, même s'il récidivait encore parfois à gauche. Elle a considéré qu'au vu de l'apparition de nouveaux diagnostics, l'aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été rendue plausible,

dont il convenait encore d'examiner si elle avait des répercussions sur son droit aux prestations. La cause était donc renvoyée à l'OAI afin qu'il procédât aux investigations nécessaires. 16. Dans un rapport du 1^{er} mai 2012, le Dr D_____ a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chronique et d'obésité. Il a également mentionné, en précisant qu'il était sans effet sur la capacité de travail, un status post bypass gastrique le 6 décembre 2011. 17. Dans un rapport intermédiaire du 22 mai 2012, le Dr B_____ a expliqué qu'au cours des années 2009 à 2011, l'état de santé de son patient s'était globalement aggravé, avec une augmentation du poids, une persistance des lombalgies et des sciatalgies, et des crises de goutte répétées et continues pendant presque une année entière, malgré les traitements. 18. Dans un rapport du 13 juillet 2012, le Dr B_____ a précisé que l'assuré pesait 98 kg et qu'il était toujours épuisé et déprimé. Il continuait à souffrir de lombalgies, de sciatalgie droite non déficitaire et d'arthrite goutteuse du pied gauche. Sa capacité de travail restait nulle dans toute activité, en raison d'une fatigue générale, des lombalgies, de son incapacité à marcher longtemps et de sa réaction dépressive. Une reprise d'activité était envisageable, mais pas avant plusieurs mois. 19. Le 21 août 2012, l'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale (laparotomie exploratrice avec vidange du grêle et pose d'une gastrostomie de décompression). 20. Dans un rapport du 11 octobre 2012, le Dr D_____ a conclu à des dorso-lombalgies chroniques sur lipomatose épидurale et obésité avec status post bypass gastrique en décembre 2011. Ce médecin a précisé que la pose du bypass avait été suivie d'une perte de poids importante (plus de 50 kg), mais que l'assuré avait rencontré des difficultés à s'alimenter. Il a également relevé une asthénie importante. L'état de l'assuré s'améliorait, mais les lombalgies persistaient. L'intéressé n'était capable ni de porter des charges, ni de conserver la station debout de manière prolongée. En raison de sa transformation corporelle, la situation était à réévaluer dans six à douze mois. 21. Le même jour, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué à l'OAI que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait réalisé un revenu annuel de CHF 59'130.-. La fonction d'agent de sécurité impliquait de rester debout en permanence, d'être endurant et concentré. 22. Le 19 mars 2013, le Dr B_____ a indiqué que l'état de son patient s'était aggravé. La perte de poids après bypass avait été très mal supportée sur le plan clinique : l'assuré souffrait de faiblesses extrêmes, de douleurs musculaires généralisées, avait fait une réaction dépressive et cela s'était traduit par un retrait social. Les lombalgies

persistaient. En revanche, les sciatalgies avaient nettement diminué, de même que les crises de goutte, nettement plus rares. Le docteur E_____, médecin adjoint au Département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), prenait en charge l'assuré sur le plan psychiatrique. Des mesures de réinsertion professionnelle pourraient être envisagées dans les six mois. 23. Le 5 avril 2013, le Dr D_____ a qualifié l'état de santé de l'assuré de stationnaire : son état physique était resté stable, mais son état psychique s'était aggravé. La capacité de travail était nulle dans toute activité, en raison du défaut d'endurance physique, des dorso-lombalgies et d'un manque de résistance au stress. 24. Dans un rapport du 4 juillet 2013, le Dr E_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent (dépression majeure depuis avril 2012) : suite au bypass, la thymie de l'assuré s'était détériorée progressivement en raison des limitations physiques et des douleurs. Son état psychique était fluctuant, surtout en rapport avec son état somatique. Par moment, la thymie baissait et était accompagnée d'idées de ruine avec désir de mort passive. Le pronostic était réservé, car lié à l'évolution de l'état somatique. L'incapacité de travail était de 100%, étant précisé que l'état de l'assuré empêchait toute mesure de réadaptation professionnelle. 25. Le 16 août 2013, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. 26. Le 6 février 2014, l'OAI a indiqué à l'assuré que l'expertise en question serait effectuée par la Clinique Corela, soit pour elle les docteurs F_____ (rhumatologie), G_____ (psychiatrie), H_____ (chirurgie viscérale) et I_____ (médecine interne générale). 27. Le 20 mars 2014, l'assuré a été examiné par la Dresse F_____, le 14 avril 2014, par les Drs G_____ et H_____. 28. Le 16 mai 2014, les experts ont rendu leur rapport. Ils ont rappelé le contexte de l'expertise, élaboré des anamnèses personnelle, professionnelle, asséculurologique et générale de l'assuré, relaté les plaintes de ce dernier et procédé à des analyses par diagnostics sur les plans de la locomotion, de la chirurgie viscérale et de la psychiatrie, avant de procéder à la synthèse du cas et de livrer leurs conclusions. Les experts ont conclu à une lipomatose épидurale en phase de status post, à une hernie discale L4-L5 extrusive en contact avec la racine L4 gauche en phase de status post, à des discopathies L2-L3, L5-S1, à une discopathie protrusive L4-L5 extraforaminale gauche en phase stabilisée et à un hémangiome dorso-lombaire en D2, D11-D12 et L4 en phase stable, diagnostics dont ils ont estimé qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail. Selon eux, au jour de l'expertise, il n'existait aucun argument en faveur d'une atteinte des sacro-iliaques, la palpation s'étant révélée indolore et la mobilisation n'ayant pas montré de raideur. L'assuré se plaignait de douleurs lombaires et dorsales. En revanche, l'ensemble de la symptomatologie ne pouvait pas être reliée à la présence des hémangiomes dorso-lombaires, ces derniers étant de caractère non agressif et ne pouvant donc pas être symptomatiques. S'agissant de la lipomatose épидurale, elle pouvait également être totalement asymptomatique. D'ailleurs, elle avait disparu sur le contrôle d'imagerie de mars 2014, malgré la persistance des plaintes, ce qui était plutôt en faveur de son caractère asymptomatique initial. Même si une hernie discale L5-S1 avait été évoquée, il s'agissait en réalité d'une hernie discale L4-L5 en situation extraforaminale gauche. Aucune signe de LASEGUE vrai, ni aucun signe sensitivomoteur n'avait été retrouvé. A l'examen clinique, des signes de majoration avaient été constatés, avec des contre-preuves positives. En outre, des discordances sur les symptômes avaient été retrouvées lors de l'interrogatoire. L'obésité influait sur la symptomatologie douloureuse au niveau lombaire, lorsqu'elle favorisait le contact interfaccettaire, notamment aux derniers étages lombaires, en L5-S1 et en L4-L5. De

ce fait, on pouvait admettre que l'obésité avait été un facteur favorisant pour de telles lésions. Toutefois, si ces dernières avaient été décrites sur le scanner de juillet 2010, elles avaient été probablement surévaluées, puisqu'elles n'avaient pas été retrouvées sur l'IRM de mars 2014. Il n'existait aucune intrication de l'obésité avec les hémangiomes. En revanche, l'obésité avait une interférence sur les discopathies, en tant que facteur favorisant. La réduction pondérale apportait une amélioration sur les douleurs lombaires, seulement lorsqu'elle s'accompagnait d'une musculation de la sangle abdominale. Les diagnostics reposant sur les symptômes allégués par l'assuré, sans lien avec une lésion sous-jacente, c'est-à-dire les lombosciatalgies bilatérales, la sciatique S1, les lombosciatalgies S1 droites chroniques, les lombosciatalgies chroniques persistantes évoquées par le Dr B_____ dans ses rapports des 24 octobre 2008, 5 janvier 2011 et 7 juin 2011, et les dorso-lombalgies chroniques retenues par le Dr D_____ dans ses rapports des 1^{er} mai et 11 octobre 2012 étaient écartés. Le diagnostic de canal lombaire étroit évoqué en 2006, n'était pas retenu, l'IRM de 2014 ne montrant pas de réduction du diamètre canalaire. Les surcharges facettaires L4-L5 et L5-S1 évoquées en 2010 ne l'étaient pas non plus, dans la mesure où l'imagerie de 2014 ne les confirmait pas. La lipomatose épidurale et la hernie discale n'existaient plus. Les discopathies étaient en phase stabilisée, en l'absence de conflit disco-radriculaire. Les hémangiomes étaient en phase stable, dans la mesure où, présents depuis 2006, ils n'avaient pas de caractère agressif. Ces atteintes engendraient certes des limitations fonctionnelles (positions en porte-à-faux lombaires et port de charges très lourdes [jusqu'à 50 kg occasionnellement et/ou 12-25 kg souvent et/ou 5-10 kg en permanence]), mais ni le port de charges, ni les positions en porte-à-faux n'étaient requis dans l'activité habituelle d'agent de sécurité. Entre mai 2007 - début de l'incapacité de travail - et juin 2010, les limitations en lien avec la lipomatose épidurale dans l'activité d'agent de sécurité avaient concerné principalement la marche et l'orthostatisme prolongé, ce qui avait alors des conséquences pour l'exercice de l'emploi habituel, mais non d'une activité adaptée. Ainsi, si, de mai 2007 à juin 2010, une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle pouvait être reconnue en lien avec la lipomatose épidurale compressive et ses conséquences en termes de position debout prolongée et de marche, désormais, la capacité à exercer l'activité habituelle était pleine et entière, sans diminution de rendement. En effet, en juillet 2010, la lipomatose épidurale n'avait plus été retrouvée sur le contrôle scannographique. Aucune incapacité en lien avec les angiomes dorso-lombaires n'avait jamais été retenue. Quant aux discopathies L2-L3 et L5-S1, elles n'avaient jamais été incapacitantes, pas plus que la hernie discale L4-L5 extraforaminale gauche diagnostiquée en juillet 2010, les manœuvres de LASEGUE étant négatives. Selon les experts, dans une activité adaptée, la capacité de travail était pleine et entière, sans diminution de rendement et ce, depuis toujours. Les experts ont également évoqué une monoarthrite goutteuse récidivante du pied gauche, dont ils ont estimé qu'elle était sans conséquence sur la capacité de travail. Au jour de l'expertise, aucun signe en faveur d'une arthrite goutteuse ou d'une arthropathie sous-jacente n'était décelable et l'examen clinique des pieds était normal. L'hyperuricémie était en phase de maintenance, le dosage d'acide urique dans le sang n'étant pas encore stabilisé, mais l'évolution devait se faire dans le sens d'une stabilisation, avec la mise en place d'un régime diététique adéquat. En avril 2010, des crises de goutte répétées étaient apparues, avec récurrence durant l'hiver 2010-2011, qui avaient engendré un syndrome inflammatoire arthritique chronique de la cheville et du pied gauche. En cas de crise de goutte, la position debout et la marche prolongée étaient restreintes. En l'absence d'arthropathie goutteuse sous-jacente, ces limitations fonctionnelles ne pouvaient toutefois

être retenues en dehors des crises de goutte. La pathologie avait été invalidante à 100% pendant chaque crise de goutte, et pour une durée d'une semaine (délai d'évolution naturelle et spontanée d'une crise de goutte avec ou sans colchicine), mais, désormais, la capacité de travail était pleine et entière dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. L'hyperuricémie, quant à elle, n'avait jamais été incapacitante. Compte tenu des avis des médecins traitants émis entre avril et octobre 2010, il n'y avait pas lieu de reconnaître une incapacité de travail dans l'activité habituelle. Pendant l'hiver 2010, il y avait eu recrudescence des crises de goutte. Il semblait que cette monoarthrite goutteuse s'était améliorée ponctuellement entre mai et juillet 2012. Désormais et depuis mai 2007, la capacité de travail était pleine et entière, sans diminution de rendement, sauf durant une semaine lors de chaque crise de goutte. Les experts ont également diagnostiqué une obésité de classe III en phase stabilisée, status post-bypass gastrique du 6 décembre 2011, sans incidence sur la capacité de travail. Au jour de l'expertise, l'assuré pesait 87 kg pour 182 centimètres. Son poids était stable et l'examen clinique de la paroi abdominale normal. En raison de la perte de 67 kg - normale après une telle intervention - en deux ans et demi, la peau était flasque, notamment au niveau de la paroi abdominale antérieure et de la face interne des cuisses, ce qui pouvait être amélioré par une chirurgie réparatrice. Au jour de l'expertise, l'assuré ne présentait aucune carence vitaminique ou en oligo-éléments. Sa fatigue ne semblait pas être en lien direct avec le bypass gastrique. Certes, une fatigue pouvait survenir au début lors d'un amaigrissement rapide, mais le poids de l'assuré était désormais stable. Il était difficile de savoir si les mesures diététiques liées à l'opération et ses conséquences avaient été bien expliquées à l'assuré. Il en allait de même s'agissant de la question de savoir si l'assuré était compliant aux recommandations, dans la mesure où il disait regretter l'opération. La seule anomalie consistait en brûlures gastriques et œsophagiennes peu usuelles après une telle intervention. Cela étant, ces douleurs étaient soulagées par la prise de médicaments et ne gênaient pas spécialement l'alimentation. L'intervention de 2012 était probablement liée à une anastomose trop large. Les symptômes ayant conduit à cette nouvelle intervention n'étaient plus présents. Les seules complications pouvant être retenues en rapport avec le bypass gastrique résidaient par conséquent dans les problèmes cutanés, lesquels entraînaient une gêne physique, psychique et relationnelle. Le poids était stabilisé depuis fin août 2012, date de la seconde intervention chirurgicale. Au jour de l'expertise, il n'existait pas de limitations fonctionnelles liées au bypass gastrique. Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins traitants ne pouvaient être admises qu'en période post-opératoire, en raison des soins nécessaires et des inconvénients liés à l'alimentation dans ce genre de situation. Désormais, et depuis mai 2007, la capacité de travail était pleine et entière, sans diminution de rendement, que ce soit dans l'activité habituelle ou toute autre, sauf durant la période du 5 décembre 2011 (début de l'hospitalisation) au 5 mars 2012, soit trois mois après l'opération, et de fin août à fin novembre 2012 (seconde opération), où elle avait été nulle. Les experts ont encore mentionné un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, phase de status post, auquel ils n'ont pas non plus reconnu d'incidence sur la capacité de travail. Au jour de l'expertise, l'assuré s'exprimait clairement. Sa collaboration était excellente et il n'y avait pas d'élément dépressif. L'intéressé revenait toutefois sur un sentiment d'abandon (avec en toile de fond une importante passivité) et sur le fait qu'on lui aurait en quelque sorte un peu forcé la main s'agissant du bypass. Le tableau clinique correspondait à un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, dans les suites décevantes de l'intervention de décembre 2011, ayant nécessité une reprise en été 2012. Désormais, ce trouble était

entièrement résolu, de sorte qu'aucune limitation psychique ne pouvait être retenue. La concentration était préservée et aucun problème de fatigue majeure pouvant interférer avec les capacités de résistance n'était constaté. La résistance au stress n'était pas altérée et la vie sociale maintenue. Ainsi, dans l'activité habituelle ou toute autre adaptée, la capacité de travail était pleine et entière, sans diminution de rendement. Il n'y avait eu incapacité totale de travail que d'avril à octobre 2012 au plus tard, soit deux mois environ après la reprise chirurgicale et l'arrêt du traitement antidépresseur. En définitive, dans leur synthèse, les experts ont retenu une totale incapacité de travail de mai 2007 à juin 2010 dans l'activité d'agent de sécurité, justifiée par la lipomatose épidurale compressive et ses conséquences en termes de marche et de position debout prolongée, puis une pleine capacité de travail jusqu'au 5 décembre 2011 - date de l'hospitalisation de l'assuré pour un bypass gastrique et à compter de laquelle une pleine incapacité de travail pouvait à nouveau être admise jusqu'à fin novembre 2012 - soit trois mois après la reprise chirurgicale. Cette période d'incapacité englobait la réaction dépressive apparue au printemps 2012. Depuis décembre 2012, l'assuré avait recouvré une pleine capacité dans son activité habituelle, hormis durant ses crises de goutte, lesquelles avaient chacune entraîné une incapacité d'une semaine. Dans un emploi adapté aux limitations somatiques, une incapacité de travail de 100% pouvait être admise pour la période allant du 5 décembre 2011 à fin novembre 2012. Dès décembre 2012, la capacité de travail avait été pleine et entière, à l'exception des périodes de crise de goutte justifiant une incapacité de travail totale durant une semaine. 29. Le 18 août 2014, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du SMR, a émis l'avis qu'il y avait bel et bien eu aggravation de l'obésité depuis la décision du 30 mars 2009 et qu'elle avait entraîné des douleurs musculaires, une asthénie, des crises de goutte et une réaction dépressive. Elle a toutefois relevé que ces diverses atteintes n'avaient entraîné que des incapacités temporaires de quelques mois (de décembre 2011 à février 2012 et d'août à novembre 2012). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques (éviter des positions en porte-à-faux, nécessité d'alterner les positions et limitation du port régulier de charges à 15 kg), une capacité de travail demeurait exigible à 100%.! [endif]>! [if> 30. Le 16 juin 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande au motif que sa capacité de travail n'avait été restreinte qu'entre décembre 2011 et novembre 2012, soit moins d'une année.! [endif]>! [if> 31. Par courrier du 20 juillet 2015, l'assuré a contesté ce projet, en particulier le fait que sa capacité de travail n'ait été restreinte qu'entre décembre 2011 et novembre 2012 en produisant des certificats établis par le Dr B_____ attestant d'une incapacité totale de travail du 1^{er} décembre 2011 au 31 décembre 2012.! [endif]>! [if> 32. Par décision du 28 août 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que l'incapacité de travail notable et durable avait cessé trois mois après l'intervention pratiquée en août 2012.! [endif]>! [if> 33. Par acte du 30 septembre 2015, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la Cour de céans en concluant préalablement à la mise sur pied d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter d'avril 2009, sous suite de frais et dépens, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.! [endif]>! [if> Le recourant ne conteste pas les atteintes à la santé diagnostiquées mais le fait que son incapacité de travail n'aurait duré que de décembre 2011 à novembre 2012, soit moins d'une année. Il allègue que ses graves problèmes de santé et l'incapacité de travail en résultant n'ont pas débuté avec l'intervention chirurgicale de décembre 2011 mais en 2005-2006, selon les constatations du Dr B_____ en 2008. A l'époque, il était déjà

très handicapé et les symptômes rendant toute activité professionnelle impossible ont persisté jusqu'à la première intervention chirurgicale, en décembre 2011 et même au-delà, plus de trois mois après l'intervention chirurgicale d'août 2012. Le recourant se réfère à l'avis du Dr B_____ - qui mentionne des problèmes somatiques, une faiblesse musculaire (affectant particulièrement le membre supérieur gauche), d'importants problèmes de fatigue et des malaises avec chutes - et à celui du Dr D_____ - qui a pour sa part conclu à une dépression. Ces atteintes ont été décrites comme invalidantes et pour certaines d'entre elles, des investigations sont encore en cours, ce qui justifie selon lui la mise en œuvre d'une expertise médicale. 34. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 octobre 2015, a conclu au rejet du recours en se référant aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, selon lesquelles l'assuré aurait recouvré dès décembre 2012, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 35. Le 11 décembre 2015, le recourant a complété son recours, tout en persistant dans ses conclusions. Il fait valoir que la négation de toute incapacité de travail entre juin 2010 et le 5 décembre 2011 n'est pas crédible, les avis de ses médecins traitants étant largement convergents. Il ajoute que l'intimé a lui-même constaté, dans le cadre du mandat d'aide au placement, que dès août 2010, il ne pouvait plus faire valoir de capacité de travail, raison pour laquelle le stage a d'ailleurs dû être interrompu et le mandat clôturé en octobre 2010. Le recourant soutient qu'en réalité, il a été totalement incapable de travailler avant juin 2010, puis jusqu'en décembre 2011, voire au-delà. Ses problèmes lombaires chroniques, les sciatalgies, les crises de goutte répétées et l'obésité ont persisté avec des effets incapacitants importants jusqu'au moment du bypass. Il reproche à l'expertise de n'avoir pas investigué l'impact conjoint des atteintes à sa santé, malgré la présence, jusqu'en décembre 2011, d'une obésité qualifiée de massive. Il fait également grief aux experts de n'avoir pas interpellé ses médecins traitants, lesquels ont pourtant estimé que l'incapacité totale de travail a perduré après fin novembre 2012. Enfin, le recourant indique avoir été hospitalisé du 30 novembre au 3 décembre 2015, en raison d'un blocage complet de la partie gauche de son corps (de la tête aux pieds). 36. Le 23 décembre 2015, le recourant a produit : - un résumé de séjour du 13 décembre 2015 des HUG, dont il ressort qu'ont été constatés un déficit moteur focal d'origine indéterminée, une crise d'épilepsie atypique et une dégénérescence fronto-bascale ; l'intéressé avait été admis en raison d'une crise tonique facio-brachio-crurale gauche ; il avait des pertes de contact avec atonie des membres inférieurs, en cours d'investigation dans le service de neurologie ; - un avis de sortie du 21 décembre 2015 des HUG, suite à une hospitalisation du 14 au 20 décembre 2015 en raison de douleurs abdominales, concluant à une inflammation d'une anse jéjunale au flanc gauche, dans un contexte de status post bypass gastrique proximal compliqué avec iléus en décembre 2011. 37. Par écritures du 5 janvier 2016, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions. L'intimé fait remarquer que son service d'aide au placement s'est contenté de constater que la poursuite du mandat de placement ne pouvait aboutir puisqu'il était prévu que l'assuré, sous certificat médical, subisse une opération ; cela ne signifiait nullement que l'intimé avait reconnu une incapacité de travail. L'intimé ajoute que, d'après la jurisprudence, l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, sauf quand l'excédent de poids provoque l'atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble à la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures

raisonnablement exigibles. Il considère que tel n'était pas le cas en l'espèce, puisque, selon les experts, de juillet 2010 au 5 décembre 2011, la capacité du recourant à exercer son activité habituelle a été de 100% et que si elle a été nulle du 6 décembre 2011 à novembre 2012, c'est pour des raisons somatiques et psychiatriques. L'intimé répète que, selon les constatations des experts, les crises de goutte n'ont pas été durables, et donc pas invalidantes. Quant au trouble de l'adaptation, il s'est amendé et n'a entraîné une incapacité de travail que du 5 décembre 2011 à fin novembre 2012. Selon l'intimé, les experts ont livré une explication détaillée des raisons qui les ont amenés à s'écarter des conclusions des médecins traitants. Enfin, l'intimé rappelle que les faits nouveaux survenus postérieurement à la décision querellée excèdent l'objet du litige. 38. Le 25 janvier 2016, l'intimé s'est déterminé sur les documents produits par le recourant le 23 décembre 2013 en se référant à un avis émis le 19 janvier 2016 par le docteur K_____, médecin au SMR. Selon ce dernier, les nouveaux éléments ne montrent aucune atteinte organique pouvant influencer la capacité de travail. 39. Le 8 février 2016, le recourant a informé la Chambre de céans avoir été hospitalisé du 2 au 4 février 2016. En outre, il a produit - un rapport du 24 décembre 2015 des HUG relatant qu'il s'était présenté à la consultation en raison de douleurs abdominales semblables à celles ayant conduit à son hospitalisation du 14 au 20 décembre 2015 ; les douleurs avaient duré environ huit heures ; - un scanner de l'abdomen réalisé le 24 décembre 2015 montrant l'apparition d'un iléus grêle sans saut de calibre décelable et une régression des signes d'inflammation de l'anse grêle ; - une note d'entrée du 24 décembre 2015 des HUG relative aux douleurs abdominales précitées. 40. Par courrier du 4 mars 2016, le recourant a précisé que le Dr D_____ lui ayant fait savoir que les hospitalisations survenues fin 2015 relevaient d'un contexte distinct de celui ayant abouti à la décision querellée, elles feraient l'objet, cas échéant, une fois les investigations terminées, d'une nouvelle demande de prestations. Il priait donc la Cour de céans de ne pas tenir compte des pièces déposées les 23 décembre 2015 et 8 février 2016. 41. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis 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 le 1^{er} janvier 2004, respectivement, 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 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 de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, 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). 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 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 et 62ss LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations du recourant du 5 janvier 2011. Concrètement, il convient d'établir si une aggravation de l'état de santé du recourant est apparue entre mars 2009 (rejet de la première demande de prestations) et août 2015 (rejet de la nouvelle demande de prestations) et, dans l'affirmative, si cette aggravation influence ou non son droit aux prestations.

6. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

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 (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). [endif]> [if> En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 8. D'après la jurisprudence, l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité, sauf si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3 ; RCC 1984 p. 359 consid. 3). [endif]> [if> Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). [endif]> [if> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 10. 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).>[endif]>[if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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).

11. 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).

12. En l'espèce, il y a lieu de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé entre la décision du 30 mars 2009 et la décision querellée du 28 août 2015 et si cette aggravation influence ou non son droit aux prestations. Pour ce faire, il convient de procéder à une analyse comparative de la situation prévalant en 2009 et en 2015. a) En 2009, l'intimé a rejeté la première demande de prestations (degré d'invalidité de 10%) en se fondant sur l'avis du Dr C_____, du SMR, du 10 novembre 2008, qui concluait à une incapacité totale à exercer l'activité habituelle et à une capacité de travail de 100% s'agissant d'une activité adaptée. Cet avis validait les conclusions du rapport du 30 octobre 2008 du Dr B_____. b) En 2015, l'intimé retient que le recourant a une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, en dehors de la période du 5 décembre 2011 à fin novembre 2012. L'incapacité de travail ayant duré moins d'une année, l'intimé considère que le droit aux prestations du recourant doit être nié. Pour parvenir à cette conclusion, il se fonde sur l'expertise de la Clinique Corela du 16 mai 2014 et l'avis du SMR du 18 août 2014 y relatif. Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise, lui préférant les conclusions de ses médecins traitants. En réalité, la majeure partie de l'argumentation du recourant consiste à substituer sa propre appréciation et celles des Drs B_____ et D_____ à celles des experts de la Clinique Corela. Or, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). c) En l'occurrence, l'expertise de la Clinique Corela est fondée sur un

examen rhumatologique de la Dresse F_____, un examen de chirurgie viscérale du Dr H_____, un examen psychiatrique du Dr G_____, un examen du dossier sous l'angle de la médecine interne générale du Dr I_____ et une étude approfondie du dossier. Elle expose l'anamnèse du recourant et tient compte de ses plaintes. L'ensemble des conclusions des médecins traitants, en particulier les Drs B_____ et D_____, a été pris en compte et analysé à la lumière des résultats des examens cliniques, des documents d'imagerie, des déclarations du recourant et de l'ensemble des éléments du dossier. Contrairement à ce que soutient l'intéressé, les experts n'ont pas omis d'investiguer l'impact conjoint des atteintes à sa santé sur son état général et sa capacité de travail. En effet, s'ils ont dans un premier temps procédé à une analyse par diagnostics, ils ont systématiquement pris en considération les différentes atteintes et leurs effets sur le diagnostic discuté. En tout état de cause, à la fin de leur analyse, les experts ont pris le soin de procéder à la synthèse du cas et de poser des conclusions communes. S'ajoute à cela que les diagnostics, retenus ou non, sont clairs et discutés en détails et que les conclusions des experts sont motivées à satisfaction de droit. Les appréciations des experts permettent de comprendre les troubles affectant le recourant et leurs conséquences ou non sur sa capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, force est de constater que l'expertise en question doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, toute instruction complémentaire, notamment sous la forme d'une expertise judiciaire est inutile, la Chambre de céans disposant des éléments nécessaires pour trancher le litige. d) S'agissant des différents rapports des Drs B_____ et D_____, outre le fait qu'ils émanent des médecins traitants du recourant, ce dont il faut tenir compte, ils sont entachés d'un défaut manifeste de motivation. En effet, ces médecins ne justifient pas ou peu les diagnostics retenus, leurs conséquences sur la capacité de travail de leur patient ou les limitations fonctionnelles qu'ils induisent. Quoiqu'il en soit, leurs conclusions ont été intégralement analysées et discutées par les experts, de sorte qu'aucun élément objectif apporté par ces médecins n'a été ignoré dans le cadre de l'expertise. On rappellera également que le simple fait que leurs conclusions diffèrent de celles des experts ne suffit pas pour remettre en cause l'expertise. e) Le recourant ne saurait être suivi non plus dans son argumentation, lorsqu'il soutient que l'intimé a reconnu son incapacité de travail dans le cadre du mandat d'aide au placement, en mettant fin au dit mandat. Comme le souligne à juste titre l'intimé, la fin du mandat de placement était justifiée par un arrêt de travail délivré par le médecin traitant et la perspective d'une intervention chirurgicale. Ce faisant, l'intimé s'est borné à constater que le mandat ne pouvait être poursuivi, sans que l'on puisse déduire de cette constatation une quelconque reconnaissance d'une incapacité de travail valant invalidité. Quant à la mention de la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations en cas d'aggravation, il s'agit là d'une information usuelle transmise par l'office à ses assurés dans des situations similaires. f) En ce qui concerne les documents médicaux produits par le recourant les 23 décembre 2015 et 8 février 2016, de l'aveu même de ce dernier, ils ne sont pas en lien avec l'objet du litige, dans la mesure où ils sont postérieurs à la décision querellée et semblent concerner des atteintes différentes de celles qui opposent les parties dans la présente procédure. On rappellera à cet égard que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). g) Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise de la Clinique Corela.

Entre 2009 et 2015, il apparaît donc que l'état de santé du recourant a fluctué. Entre fin mars 2009 et le 4 décembre 2011, il s'est maintenu, avant de se péjorer entre le 5 décembre 2011 et le 30 novembre 2012, puis de s'améliorer dès le 1^{er} décembre 2012. A teneur de l'expertise, entre le 5 décembre 2011 et le 30 novembre 2012, le recourant a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité. Dès décembre 2012, il a recouvré une capacité de travail pleine et entière, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, ce qui constitue une amélioration de son état de santé par rapport à la situation en 2009. Cela étant, la période d'incapacité de travail ayant duré moins d'une année, c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations du 5 janvier 2011 (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.