

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3229/2016

ATAS/80/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 31 janvier 2018**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à COINTRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente.**

---

## **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1965, a été employé par diverses entreprises spécialisées dans la pose d'éléments de portes-fenêtres préfabriquées et de constructions métalliques.
2. Le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a posé les diagnostics de rhino-conjonctivite, asthme et urticaire aéroportés à composante allergique (poussière de bois) et pollinose (aulne, bouleau, noisetier), et attesté d'un totale incapacité de travail depuis le 8 octobre 1997 (cf. rapport du 16 octobre 1997).
3. Le 3 décembre 1998, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), qui, par décision du 15 avril 2002, lui a nié le droit à toute prestation, au motif que le degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 0.05% - 1.9% (activité dans l'horlogerie ou l'électricité, assortie d'un travail accessoire de surveillant). Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de réunir, notamment, les éléments suivants :
  - la décision rendue le 17 décembre 1998 par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), assureur-accidents, reconnaissant l'assuré inapte à exercer une profession impliquant une exposition aux poussières de bois ;
  - la décision rendue le 19 novembre 1999 par la SUVA, octroyant à l'assuré une indemnité pour changement d'occupation (ICO) dès le 1er mai 1999 et pour quatre ans au maximum ;
  - le rapport rendu en date du 22 novembre 2000 par le Centre d'intégration professionnelle (CIP), à l'issue d'un stage s'étant déroulé du 28 août au 24 novembre 2000, concluant à la nécessité d'interrompre la mesure, en raison du comportement oppositionnel et inadapté de l'assuré ;
  - le rapport rédigé le 27 avril 2001 par le Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI) suite à un stage, du 5 mars au 1er avril 2001, déclarant arriver au même constat que le CIP : l'assuré était en mesure d'exercer avec un rendement tout à fait normal un emploi dans le circuit économique, mais son comportement faisait obstacle à un reclassement dans un poste adapté à ses allergies ;
  - un rapport rédigé le 8 avril 2001 par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil du COPAI, concluant qu'une activité était objectivement exigible à plein temps ;
  - le rapport d'expertise rendu le 28 août 2001 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ne retenant aucun diagnostic psychiatrique avec incidence sur la capacité de travail ; l'expert concluait à une légère hypochondrie (F.45.2) et à un status post brève dépression réactionnelle (F43.20), en précisant qu'il n'y avait pas de

limitation du point de vue psychiatrique et que la capacité de travail était totale et l'exigibilité non réduite ; il relevait un manque de motivation de la part de l'assuré, dont il estimait qu'il pouvait exercer d'autres activités adaptées.

4. Le 24 octobre 2008, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, que l'OAI a rejetée par décision du 14 avril 2010, aux motifs que le degré d'invalidité était insuffisant pour ouvrir droit à une rente et que la nouvelle atteinte à la santé alléguée ne remettait pas en cause les orientations professionnelles retenues en avril 2002. Cette décision s'appuyait sur un dossier auquel avaient notamment été versés :

- un rapport du 2 février 2009 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré depuis octobre 2004, concluant à des lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1 déclenchées par un accident de la route survenu le 5 mai 2003, ainsi qu'à des poly-allergies (aux poussières de bois en particulier, poils de chats, acariens, pollens et arbres) depuis 1997 ; le médecin mentionnait également une hypertension artérielle, une dyslipidémie avec hypertriglycéridémie familiale et une hypercholestérolémie sans effet sur la capacité de travail ; l'incapacité de travail en raison des lombalgies était totale depuis le 5 mai 2003 ; si la reprise d'une activité était envisageable, elle ne pourrait l'être à 100% ;
- un rapport rédigé le 25 novembre 2008 par le docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), concluant à des disques dégénérés en L4-L5 et L5-S1, avec une légère coparticipation des douleurs au niveau du disque L4-L5 et une discordance entre tests de simulation et inhibition ; ce médecin ne préconisait pas de solution chirurgicale ;
- un rapport d'examen du 22 avril 2009 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), retenant après examen de l'assuré les diagnostics de lombalgies chroniques persistantes, discopathies L4-L5 et L5-S1 et allergies multiples ; l'hypertriglycéridémie et l'excès pondéral étaient quant à eux sans répercussion sur la capacité de travail ; en mai 2003, l'assuré avait été impliqué dans un banal accident d'intensité mineure (son véhicule avait été heurté par l'arrière) dans les 48 heures duquel étaient survenues des douleurs d'une intensité extrême que rien n'avait permis de diminuer ; l'assuré décrivait une symptomatologie douloureuse envahissante, diurne et nocturne, irritante, stressante, inquiétante, intéressant la région lombaire basse, irradiant quelque peu vers la région inguinale gauche, mais s'étendant aussi à l'ensemble du rachis, jusque vers la région cervico-scapulaire, lui donnant l'impression de devoir soutenir perpétuellement un poids de plusieurs dizaines de kilos ; il passait l'essentiel de son temps étendu ; objectivement, l'assuré présentait des lombalgies communes dans le cadre de troubles dégénératifs rachidiens modérés ; en tenant compte de la réalité de la pathologie lombaire - qui pouvait être considérée comme bénigne - une activité professionnelle respectueuse des limitations fonctionnelles aurait dû être possible depuis le printemps 2003 déjà ; si la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, elle était restée

---

complète dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires et les contraintes imposées par la problématique allergique ; vu l'état de déconditionnement important, une activité, même adaptée biomécaniquement, ne pouvait être envisagée qu'à temps partiel d'abord, avec une augmentation progressive de l'exigence en parallèle avec un réentraînement à l'effort ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité d'alterner deux fois par heure les positions assise et debout, d'éviter le port de charges supérieures à 7 kg, le travail en porte-à-faux du tronc, le travail sur des engins vibrants, ainsi que l'exposition aux allergènes connus ;

- un rapport du 21 septembre 2010 du Dr E\_\_\_\_\_, retenant notamment les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et d'allergies multiples excluant la possibilité de travailler en position statique plus d'une heure ainsi que l'exposition à la poussière ;
- un rapport du 5 octobre 2010 du Dr F\_\_\_\_\_, indiquant l'absence d'évolution par rapport à 2008 et répétant qu'une intervention chirurgicale n'était pas opportune.

5. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal), alors compétent, l'a partiellement admis en date du 14 septembre 2011 (ATAS/859/2011), en ce sens qu'il a renvoyé la cause à l'OAI pour examen des mesures de réadaptation et nouvelle décision.

Le Tribunal a reconnu pleine valeur probante au rapport du Dr G\_\_\_\_\_, dont les diagnostics étaient d'ailleurs corroborés par le Dr E\_\_\_\_\_.

Le degré d'invalidité, évalué à 31%, restait insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

6. L'OAI, après avoir mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'orientation auprès des Établissements publics pour l'intégration (ÉPI), du 5 mars au 3 juin 2012, a statué en date du 23 mai 2013 et refusé à l'assuré l'octroi de mesures professionnelles, à l'issue d'une instruction supplémentaire ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants :

- une attestation du 29 mars 2012, du Dr E\_\_\_\_\_, concluant à des troubles fonctionnels digestifs provoquant un inconfort avec des douleurs récurrentes et imprévisibles ;
- le rapport rendu le 14 juin 2012 par les ÉPI indiquant que, compte tenu de l'atonie, du déconditionnement, de la faible réactivité de l'assuré et du fait que les rendements maximaux étaient inférieurs à 50%, un placement dans le circuit économique ordinaire était voué à l'échec : il n'y avait pas de poste suffisamment adapté à la situation de l'assuré, surtout en tant qu'ouvrier à l'établi, pour lequel un rendement élevé était important ; en conséquence, aucun projet professionnel n'était pour l'heure viable, vu le tonus très faible de l'assuré et son rythme de travail insuffisant ; l'intéressé présentait un important déconditionnement, ainsi qu'une grande fragilité, physique et psychologique ; il n'avait pas les capacités physiques suffisantes pour s'investir suffisamment pour atteindre les exigences minimales requises pour obtenir et conserver un poste de travail ; seule une activité dans un atelier (de préparation à une activité

industrielle légère [APAIL]) ou en atelier adapté était envisageable ; l'attitude de l'assuré était fortement atone : il restait parfois bloqué durant des dizaines de minutes sur le même objet sans évoluer ; il avait fait ce qui lui était demandé, s'était montré assidu à sa place de travail et à la tâche en atelier, avec une certaine application ; avait participé aux animations de groupe selon ses aptitudes, mais n'envisageait pas de reprise d'activité avant d'être guéri ; il n'était pas apte à affronter les exigences du marché du travail et avait besoin d'une période de réentraînement à l'effort ; lors du stage en atelier de réentraînement, son rendement n'avait pas dépassé 46% ; en conclusion, l'assuré n'était pas insérable en entreprise ;

- un rapport d'iléo-coloscopie du 21 août 2012, établi par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, mettant en évidence une diverticulose sigmoïdienne avec une sténose sigmoïdienne relative, préconisant une coloscopie de surveillance trois ans plus tard ;
- un rapport du 13 novembre 2012 du Dr E\_\_\_\_\_ faisant état d'une colopathie avec diverticulose sigmoïdienne depuis septembre 2011 : un volumineux polype avait été excisé par coloscopie, mais l'état du colon suggérait qu'une probable surinfection des diverticules avait eu lieu, ce qui avait provoqué une sténose relative ; cette situation provoquait d'importants troubles fonctionnels du transit, associés à des douleurs abdominales chroniques ne répondant pas aux thérapies ;
- l'avis émis le 5 avril 2013 par le docteur I\_\_\_\_\_, médecin au SMR, estimant que le Dr E\_\_\_\_\_ ne mentionnait aucun signe de sévérité pouvant expliquer une incapacité de travail durable s'agissant de la colopathie sigmoïdienne et qu'il n'y avait finalement aucun argument médical objectif permettant de comprendre l'incapacité de travail durable ; il préconisait dès lors de s'en tenir aux conclusions médicales précédentes.

7. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans a statué le 4 juin 2014 (ATAS/678/2014). Elle a admis partiellement le recours, annulé la décision du 23 mai 2013 et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La Cour a constaté que si le rapport des ÉPI faisait état d'un rendement trop faible pour envisager une réinsertion professionnelle sur le marché primaire du travail, il précisait aussi que cette insuffisance ne résultait pas d'un manque de motivation ou d'autres éléments subjectifs. Le déconditionnement majeur souligné par l'expert - et également évoqué par les spécialistes des ÉPI, qui avaient mentionné une atonicité et un manque de rythme - ne suffisait pas non plus à l'expliquer. D'ailleurs, les collaborateurs des ÉPI avaient préavisé défavorablement une possible augmentation de la cadence de travail, même après un temps d'adaptation et de réentraînement.

Au plan médical, l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ s'était vue reconnaître une pleine valeur probante en novembre 2011 et il n'y avait pas lieu de revenir sur cette appréciation. Il semblait en effet que, du point de vue rhumatologique, aucun élément ou diagnostic nouveau ne permettait de remettre en cause les conclusions

de l'expert. En particulier, les postures « paradoxales » signalées par les ÉPI ne relevaient pas d'une nouvelle atteinte, mais simplement du constat par les maîtres de réadaptation que les positions adoptées par l'intéressé durant le stage n'étaient pas adaptées à ses lombalgies.

En revanche, le Dr J\_\_\_\_\_ avait signalé en septembre 2011 une colopathie, puis une excision de polypes durant l'été 2012. Il n'était pas exclu que ces troubles aient eu une incidence sur la capacité de travail de l'intéressé durant le stage qui s'était déroulé de mars à juin 2012. L'assuré s'était d'ailleurs plaint de douleurs au ventre auprès des maîtres de réadaptation.

Certes, le médecin traitant n'avait pas donné d'indications sur la sévérité de l'atteinte. Il incombait cependant précisément à l'OAI d'instruire cette question, ce qu'il n'avait pas fait, pas plus qu'il n'avait investigué la fragilité et l'apparente souffrance psychologiques mises en évidence par les maîtres de stage. Dès lors que l'insuffisance de rendement n'était pas, selon les collaborateurs de l'EPI, imputable à un manque de volonté de l'assuré, il aurait été justifié de mettre sur pied un examen psychiatrique afin de déterminer si un trouble d'ordre psychique pouvait en être à l'origine.

Il convenait dès lors de renvoyer la cause à l'OAI, à charge pour ce dernier de mener les investigations nécessaires concernant l'atteinte gastroentérologique, d'une part, la santé psychique de l'assuré, d'autre part. Instruction était donnée à l'OAI de recueillir des informations précises auprès du Dr E\_\_\_\_\_ sur l'incidence de la colopathie sur la capacité de travail, à compléter au besoin par une expertise en médecine interne. Une expertise psychiatrique devait également être mise en œuvre, visant en particulier à expliquer les éventuelles divergences entre l'estimation de la capacité de travail médico-théorique et les conclusions des ÉPI.

8. L'OAI a alors interrogé le Dr E\_\_\_\_\_ par écrit, le 11 juillet 2014, puis l'a relancé le 27 août, le 30 septembre et le 14 octobre 2014.
9. Le 19 octobre 2014, ce médecin a finalement répondu que l'état de santé de son patient était resté « approximativement stationnaire depuis 2004 ». Il y avait cependant eu changement dans les diagnostics : une colopathie fonctionnelle possible, en relation avec une hypotriglycémie et une infection épisodique de diverticulites était apparue depuis 2012, avec un handicap important.

Il a énoncé comme limitations fonctionnelles des difficultés à mobiliser le tronc et une fatigabilité importante. Quant à savoir si une reprise du travail était possible, il s'est déclaré dans l'incapacité de répondre, en mentionnant un « haut risque de maladie vasculaire », car l'hypothèse de troubles circulatoires mésentériques pouvait être évoquée.

Le médecin a produit :

- 
- un avis du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en infections digestives, du 22 avril 2013, soulignant l'existence d'un terrain anxieux sous-jacent chez un patient dont il a estimé qu'il était « essentiellement victime d'une constipation de type terminal » ;
  - un avis du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastro-entérologie et hépatologie, du 8 juin 2013, concluant à un syndrome de l'intestin irritable et insistant sur le rôle personnel de l'assuré à jouer dans l'amélioration progressive de son état ;
  - un rapport du 1er avril 2014, du Dr M\_\_\_\_\_, relevant que la coloscopie pratiquée en 2011 n'avait mis en évidence que quelques polypes bénins, que la seconde avait montré une diverticulose colique et que les médecins précédents avaient conclu à un syndrome de l'intestin irritable ; un scanner pratiqué en novembre 2013 n'avait pas non plus montré de pathologie abdomino-pelvienne, hormis une stéatose hépatique ; le bilan sanguin et coprologique montrait une calprotectine à moins de 10 et un bilan coprologique négatif permettant de conclure et de confirmer les troubles fonctionnels touchant le côlon ; le bilan étiopathogénique, quant à lui, avait mis en évidence un syndrome inflammatoire ; le médecin retenait, comme ses confrères précédents, le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable, compliqué par une diverticulose dont il a estimé qu'elle était probablement plutôt la conséquence que la cause ; il n'a pas relevé d'indices inflammatoires importants permettant de penser à une diverticulite aiguë ; la dyslipidémie massive expliquait selon lui en elle-même les douleurs abdominales chez un patient à haut risque de faire une pancréatite aiguë ; la problématique fonctionnelle et probablement psycho-organique était importante.
  - un rapport du 19 septembre 2014 du Dr N\_\_\_\_\_, suite à un examen anatomopathologique, concluant à une diverticulite sur diverticule sigmoïdien sans sténose, ni autre signe inflammatoire avec un examen, pour le reste, dans les limites de la norme (diagnostics : fragments de muqueuse iléale sans lésion et muqueuse colique dans les limites histologiques de la norme) ;
  - le rapport rédigé par le Dr O\_\_\_\_\_ après une coloscopie le 19 septembre 2014, concluant à une diverticulite dont il a estimé qu'il était fort peu probable qu'elle explique les douleurs abdominales diffuses ; le patient présentait incontestablement des troubles d'allure somatoforme, caractérisés par un bilan digestif complet normal dans son ensemble, un stress sous-jacent indiscutable et le refus de faire le lien entre les plaintes et le stress ;
  - le rapport rédigé le 10 octobre 2014 par le Dr M\_\_\_\_\_, suite à une échographie de contrôle de l'abdomen, concluant à une spasticité et à une maladie diverticulaire du sigmoïde parfaitement calme, à un foyer d'épiloïte de l'hypochondre gauche bien résolu, à une stéatose hépatique et à une distension très sensible du côlon droit ;

Le Dr E\_\_\_\_\_ indiquait que le status actuel consistait en une douleur abdominale diffuse à la palpation abdominale sans péritonisme. Le suivi gastroentérologique était assuré par le Dr O\_\_\_\_\_. Selon lui, la colopathie dont souffrait son patient durant le stage effectué aux ÉPI en 2012 avait effectivement eu une incidence sur son rendement. Il lui était cependant impossible de se prononcer de façon objective

sur la capacité de travail de son patient et son aptitude à suivre un stage d'orientation.

10. Interrogé à son tour, le Dr O\_\_\_\_\_ a répondu en date du 24 octobre 2014 en concluant à un syndrome de l'intestin irritable et à une diverticulose sur hypertension artérielle et hyperlipidémie. Il a réservé son pronostic réservé en expliquant qu'il s'agissait d'un trouble de somatisation.
11. Ces documents ont été soumis au SMR. La doctoresse P\_\_\_\_\_ a constaté en date du 27 novembre 2014 que le gastro-entérologue n'avait pas retenu d'atteintes à la santé incapacitantes, mais un syndrome de l'intestin irritable et une diverticulose sur un status normal. Elle a suggéré, « afin de répondre aux questions précises posées par le Tribunal », de demander une expertise pluridisciplinaire avec volets de gastro-entérologie et de psychiatrie.
12. Le 16 juin 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé pour sa part que, puisque le compte rendu de colopathie de septembre 2014 confirmait l'absence d'atteinte pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse, il était manifeste que l'assuré ne souffrait que de troubles intestinaux « banaux » (sic) ne pouvant justifier une incapacité de travail, raison pour laquelle seule une expertise psychiatrique serait demandée.
13. Celle-ci a été confiée au docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 12 mars 2016.  
  
L'expert s'est prononcé sur la base du dossier mis à sa disposition, d'un examen de l'assuré, d'un questionnaire d'auto-évaluation, d'échelles de psychopathologie et de ralentissement et d'un entretien avec les ÉPI.  
  
Après s'être livré à des anamnèses détaillées ainsi qu'à un résumé du dossier médical et avoir consigné ses constatations cliniques, l'expert a conclu à l'absence d'éléments psychopathologiques particuliers et s'est rallié aux conclusions de l'expert précédent en relevant que l'assuré ne prenait aucun médicament psychotrope et que son médecin traitant de longue date n'avait jamais évoqué de trouble psychiatrique, ni recommandé de suivi spécifique.  
  
L'expert a finalement conclu à l'absence de limitations psychiques en relevant l'importance des facteurs extra-médicaux (précarité, revendications, convictions personnelles très affirmées, dysfonctionnement, manque de motivation, plaintes relatives aux symptômes et autres), ainsi qu'une nette amplification de tous les symptômes décrits. Au final il n'a retenu aucun diagnostic au plan psychique.
14. Le dossier a alors été soumis à nouveau au SMR, plus particulièrement aux docteurs R\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, qui en ont conclu que l'atteinte psychiatrique n'était pas incapacitante.
15. Par décision du 23 août 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit tant à des mesures professionnelles qu'à une rente.

L'OAI a considéré qu'au vu de l'expertise du 12 mars 2016, l'insuffisance de rendement relevé par les spécialistes de la réadaptation n'était pas imputable à une affection psychique, mais à des facteurs subjectifs. L'absence d'aptitude subjective à la réadaptation s'opposait à la réussite d'une réinsertion.

Quant au calcul du degré d'invalidité, il convenait de confirmer celui auquel il avait été procédé dans l'arrêt du 14 septembre 2011, dans la mesure où l'impossibilité de réinsertion par les maîtres des ÉPI n'avait pas été confirmée par des motifs médicaux.

16. Par écriture du 23 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Il conclut à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, gastroentérologique et allergologique), voire à une expertise gastroentérologique uniquement, et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à la mise sur pied d'un stage de réorientation professionnelle, voire à l'octroi d'un reclassement professionnel.

Le recourant reproche à l'intimé de ne pas s'être conformé à la marche à suivre énoncée par la Cour dans son arrêt de juin 2014, consistant à :

- recueillir des informations auprès du Dr E\_\_\_\_\_ sur l'incidence de la colopathie sur sa capacité de travail et sur son aptitude à suivre un stage d'orientation, à compléter au besoin par une expertise en médecine interne ;
- mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour expliquer les éventuelles divergences entre l'estimation de la capacité de travail médico-théorique et les conclusions des ÉPI après s'être entretenu avec les maîtres de réadaptation ;
- rendre une nouvelle décision sur les mesures d'ordre professionnel et si besoin, procéder à nouveau calcul du degré d'invalidité.

Le recourant souligne que :

- le Dr E\_\_\_\_\_, dans son rapport du 11 juillet 2014, a mis en évidence l'apparition d'une problématique nouvelle, sous la forme d'une colopathie fonctionnelle possible, associée à une affection épisodique de diverticulites, à l'origine d'un handicap important depuis 2012 et a également évoqué l'hypothèse de troubles circulatoires ;
- le docteur O\_\_\_\_\_, en avril 2014, a confirmé l'existence de troubles fonctionnels touchant le côlon, en particulier d'un syndrome inflammatoire ; il a retenu le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable compliqué par une diverticulose, ce dont le recourant tire la conclusion que les maux de ventre dont il se plaint depuis plusieurs années ont été objectivés ;
- le docteur S\_\_\_\_\_, en septembre 2014, a mis en évidence un foyer inflammatoire de l'hypocondre gauche, pré-colique ;

- le 27 novembre 2014, le SMR lui-même a souligné qu'afin de répondre aux questions précises du tribunal, il y avait lieu de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire gastroentérologique et psychiatrique ;
- par la suite, le SMR s'est contenté d'une expertise psychiatrique simple qui, dans la mesure où elle a conclu à l'absence de trouble psychique particulier, a conduit au refus de prestations.

Le recourant fait remarquer qu'aucune expertise pluridisciplinaire n'a ainsi jamais été mise en place par l'intimé. Il demande que l'ensemble des atteintes dont il souffre (lombalgies, allergies à la poussière et problèmes intestinaux) soient investiguées correctement.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 octobre 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé allègue que, bien qu'il ait envisagé dans un premier temps une expertise pluridisciplinaire, il s'est rangé à l'avis de son SMR du 16 juin 2015, selon lequel seule une expertise psychiatrique était nécessaire.

Selon lui, ce sont les investigations complémentaires auxquelles il a été procédé auprès des docteurs E\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ qui ont conduit le SMR à retenir que les troubles intestinaux dont souffrait le recourant ne justifiaient une incapacité de travail. Dès lors, un volet de médecine interne était inutile.

Pour le reste, le rapport d'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

L'intimé en tire la conclusion que l'insuffisance de rendement de l'intéressé relevée par les spécialistes de la réadaptation n'est pas imputable à une affection psychique ou physique.

18. Par écriture du 15 novembre 2016, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Il répète que l'intimé ne s'est pas conformé aux indications de la Cour, alors même qu'un premier avis de son SMR allait dans le même sens.

Il souligne qu'aucun acte d'instruction supplémentaire n'a été mené à bien entre l'avis du SMR du 27 novembre 2014 et celui du 16 juin 2015. Le Dr I\_\_\_\_\_ a mis simplement sept mois à prendre le contrepied du premier avis émis par le SMR.

19. Par écriture du 21 juin 2017, le recourant a insisté sur la nécessité d'une expertise judiciaire, alléguant que renvoyer une fois de plus le dossier à l'intimé reviendrait à donner à celui-ci « une nouvelle opportunité de faire étalage de sa non-volonté d'instruire sérieusement » son dossier.

20. A été entendu en date du 21 septembre 2017, le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, qui suit l'assuré depuis septembre 2016.

Selon le témoin, il n'y a eu qu'une très faible amélioration, très temporaire, suite aux petites interventions qu'il a préconisées : deux infiltrations, en novembre 2016

et février 2017, n'ont apporté qu'une diminution des douleurs de quelques jours seulement. Cela dit, de nouvelles infiltrations pourraient être faites, mais le résultat des premières est peu probant.

Le témoin a rappelé que les douleurs du patient avaient été investiguées par plusieurs de ses confrères à de multiples reprises. Malheureusement, il est difficile d'objectiver une telle atteinte, car il n'existe que peu de signes cliniques. Le premier est le signe de Carnett (les douleurs s'intensifient lorsque l'on fait ployer la nuque du patient), positif chez l'assuré. Le second est la réponse aux infiltrations : lorsque la réponse est bonne, c'est un signe favorable pour le diagnostic. (Selon la littérature, dans 60 à 90% des cas, ce qui ne signifie pas encore que les 40% ne souffrent pas de la maladie). Un autre signe qui, dans le cas du recourant, incite le témoin à écarter le diagnostic de douleurs fonctionnelles (c'est-à-dire sans explications organiques), est le fait que, chez lui, la douleur est toujours localisée au même endroit, alors qu'en cas de douleurs fonctionnelles, la localisation change, ainsi que le caractère de la douleur, souvent.

Le témoin a précisé que le recourant a déjà fait l'objet de deux coloscopies, en 2012 et 2015, qui n'ont montré que quelques polypes ne pouvant expliquer les douleurs. Des causes nutritionnelles ont été recherchées, en vain. Une séance d'hypnose médicale - ayant pour objectif d'aider le patient à contrôler ses douleurs par des techniques de relaxation - a également été tentée, qui n'a pas été suivie d'autres : le patient n'a pas été convaincu.

Le témoin a souligné que les douleurs du recourant sont, pour lui, réelles et vraiment invalidantes.

Quant à savoir s'il existe des médecins spécialisés dans ce type d'atteintes, il a répondu par la négative.

Même si les douleurs sont difficilement objectivables, le témoin a émis l'avis qu'une expertise auprès d'un gastroentérologue pourrait s'avérer utile, dans la mesure où elle permettrait d'apporter un regard neuf sur l'histoire du patient. Cela permettrait de se livrer à une appréciation globale de la situation et de son influence sur la capacité de travail, étant précisé une fois encore que, que les douleurs soient pariétales ou fonctionnelles, elles sont invalidantes. On pourrait envisager également une expertise par un anesthésiste ou un neurologue pour les douleurs mais un gastroentérologue serait plus approprié, en raison des examens déjà effectués.

Le témoin a encore souligné que « douleurs fonctionnelles » n'est pas synonyme de « douleurs imaginaires ». De telles douleurs ne sont pas moins invalidantes. Chez l'assuré en particulier, elles ont pour conséquences des troubles du sommeil importants.

En l'occurrence, selon lui, le diagnostic probable est celui de douleurs abdominales pariétales.

21. Par écriture du 21 septembre 2017, le recourant a indiqué ne pas contester les conclusions de l'expertise psychiatrique, puisqu'il n'avait jamais prétendu que ses douleurs seraient d'origine psychologique.

22. Par écriture du 12 octobre 2017 l'intimé s'est opposé formellement à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire.

Il allègue que s'il a préconisé dans un premier temps - à tort - une expertise pluridisciplinaire en gastro-entérologie et psychiatrie, il a finalement réalisé qu'une telle mesure ne s'avérait pas pertinente, puisqu'aucune atteinte supplémentaire ayant une influence sur la capacité de travail au niveau gastroentérologique, rhumatologique ou allergologique n'avait été mise en évidence.

Des déclarations du Dr T\_\_\_\_\_, l'intimé retient que le recourant souffre de douleurs chroniques sans substrat organique et que jamais le médecin n'a objectivé le diagnostic qu'il a évoqué. Il considère que, dans la mesure où les gastro-entérologues qui sont intervenus ont déjà procédé à toutes les investigations nécessaires et n'ont rien objectivé, la mise en place d'une expertise dans ce domaine ne se justifie pas. Dans la mesure où les douleurs dont souffre le recourant ont un caractère somatoforme, il convient de se référer à l'expertise psychiatrique effectuée en mars 2016.

L'intimé s'est par ailleurs étonné qu'au vu de l'atteinte suspectée par le gastro-entérologue, aucune consultation auprès d'un chirurgien viscéral n'ait été effectuée.

À l'appui de sa position, l'intimé a produit un nouvel avis émis par le SMR le 22 septembre 2017, évoquant la possibilité d'une consultation auprès d'un chirurgien viscéral, afin d'infirmier ou de confirmer le diagnostic évoqué par le Dr T\_\_\_\_\_ et suggérant la Clinique romande de réadaptation ou encore le Bureau d'expertises médicales.

23. Le même jour, le recourant s'en est remis à la Cour quant au choix d'un expert « neutre choisi hors du cercle des médecins désignés par l'AI dans le cadre de la plateforme prévue à cet effet ou directement ».

Par principe, il s'est opposé, sans les connaître, aux experts que pourrait suggérer l'intimé.

24. Par courrier du 22 janvier 2018, l'intimé a indiqué n'avoir aucun expert à proposer et s'est à nouveau opposé à la mise sur pied d'une expertise.

25. Quant au recourant, il ne s'est pas déterminé.

## **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), 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. Le recours, déposé dans les formes et délai prévus par la loi est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA).
3. En l'espèce, ainsi que l'a déjà relevé la Cour de céans dans son arrêt du 4 juin 2014, la question préalable à l'examen d'éventuelles prestations est de déterminer si les troubles intestinaux du recourant ont une incidence sur sa capacité de travail et, dans l'affirmative, dans quelle mesure.

La question de l'existence d'éventuels troubles psychiques a quant à elle été écartée par l'expertise du Dr Q\_\_\_\_\_, dont la valeur probante n'est contestée par aucune des parties.

Pas plus qu'en 2014, il n'apparaît que la situation rhumatologique aurait évolué de manière défavorable. Comme alors, aucun élément ou diagnostic nouveau sur ce plan ne permet de mettre en cause les conclusions de l'expert G\_\_\_\_\_. Il en va de même sur le plan allergologique, qui se traduit simplement par la nécessité d'éviter les poussières.

Il n'en demeure pas moins que la situation sur le plan gastro-entérologique n'est pas claire. L'intimé tire la conclusion des brefs rapports des médecins qu'il n'y a aucune atteinte objective. Le médecin traitant mentionne toutefois que l'atteinte a influé sur les résultats du recourant en stage d'observation et se déclare dans l'incapacité de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé, tout comme le gastro-entérologue traitant, qui, s'il reconnaît que les douleurs sont difficilement objectivables, se montre néanmoins assez catégorique sur le caractère pariétal des douleurs de son patient et le handicap qu'elles induisent.

Il convient dès lors de tenter d'éclaircir une fois encore la question de l'atteinte gastroentérologique et de son influence sur la capacité de travail.

Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il 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. 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 ; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3), étant précisé que les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

Au vu des considérations qui précèdent, il convient en l'espèce d'ordonner une telle expertise.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise gastroentérologique.
2. Commet à ces fins le docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie.
3. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré ;
  - c) examiner et entendre l'assuré, après s'être entourés de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes (s'agissant d'éventuels troubles du sommeil ou cardiovasculaires, par exemple) ;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
4. Charge l'expert d'établir un rapport détaillé et de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Plaintes et données subjectives de l'assuré.
  3. Status clinique et constatations objectives.
  4. Diagnostics selon la classification internationale.
  5. Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?
  6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
  7. Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assuré).
  8. Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert,

allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

9. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?
10. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?
11. L'assuré a-t-il-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?
12. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?
13. Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?
14. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
15. Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré, en pourcent,
  - a) dans l'activité habituelle
  - b) dans une activité adaptée.
16. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.
17. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.
18. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
19. Comment les différentes atteintes à la santé interagissent entre elles ?
20. Une expertise complémentaire à la vôtre est-elle nécessaire pour cerner l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail ?
21. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.
22. Commenter et discuter les avis des médecins s'étant déjà prononcé sur le plan gastro-intestinal et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

23. Formuler un pronostic global.
24. Toute remarque utile et proposition.
5. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Chambre de céans.
6. Réserve le fond.
7. Fixe aux parties un délai **de 10 jours** dès réception de la présente pour une éventuelle récusation de l'expert nommé.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le