RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3229/2016 **ATAS/16/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 19 janvier 2021

3ème 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. S'y sont ajoutées des heures de nettoyage, depuis 1989, pour la société B_____ SA.

2. Dans un rapport du 16 octobre 1997, le docteur C_____, 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.

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 Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA), assureur-accidents, reconnaissant l'assuré inapte à exercer une profession impliquant une exposition aux poussières de bois ;

   - 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 D_____, spécialiste FMH en médecine interne, 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 E_____, 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 ;

- les conclusions de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 26 février 2002, concluant à un taux d'invalidité de 10% après comparaison d'un revenu avant invalidité de CHF 72'362.- à celui que l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité adaptée telle que celles de chauffeur-livreur, nettoyeur dans un milieu non poussiéreux (industrie de précision, hôpitaux, morgue), ou ouvrier dans un milieu non poussiéreux (alimentation, électricité, électronique, horlogerie), soit CHF 59'050.- ou CHF 57'995.- selon les conventions collectives, ou encore CHF 70'925.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2000, secteur 2, fabrication d'équipements électriques ; le degré d'invalidité oscillait ainsi entre 0% et 19.43% ; aucune mesure professionnelle n'était indiquée.

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 F_____, 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 G_____, 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 H_____, 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 de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 13 janvier 2010, retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles supplémentaires apparues en mai 2003 et l'inutilité de mettre sur pied des mesures de réadaptation au vu de l'inactivité de l'assuré ; le degré d'invalidité s'élevait à 29,1%, compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité de CHF 73'298.- en 2003 et d'un revenu d'invalide fondé sur l'ESS 2002 de CHF 51'971.- (4'557.- CHF/mois = 57'008.- CHF/an en 2002 = CHF 57'745.- en 2003 après indexation et prise en compte d'une durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures) après réduction de 10%,

- un rapport du 21 septembre 2010 du Dr F_____, 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 G_____, 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 H_____, dont les diagnostics étaient d'ailleurs corroborés par le Dr F_____. Il a cependant constaté

que de dernier, à l'inverse du Dr H_____, ne se prononçait pas clairement sur la capacité de l'assuré à exercer une activité adaptée.

Le degré d'invalidité, évalué à 31% (la comparaison du revenu sans invalidité, de CHF 74'358.- en 2004, à un revenu d'invalide de CHF 57'258.20 [4'588.- CHF/mois en 2004 selon l'ESS 2004, tableau TA1, niveau 4] à réduire de 10% pour tenir compte des limitations liées au handicap, conduisant à une perte de gain de CHF 22'826.-), restait insuffisant pour ouvrir droit à une rente, même en appliquant une réduction de 20%, ce qui conduirait à un degré d'invalidité de 38.40% au maximum.

En ce qui concernaient les mesures de réadaptation, le Tribunal a relevé que l'OAI n'avait pas examiné attentivement cette question, se bornant à relever que l'assuré était inactif, en s'appuyant à cet égard sur les informations recueillies lors de la première demande AI. Or, celles-ci ne pouvaient pas être utilisées telles quelles dans le cadre de la seconde demande, dès lors qu'il n'était pas exclu que l'assuré ait changé et évolué depuis lors, puisqu'il concluait expressément à l'octroi de telles mesures.

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 F_____, attestant de troubles fonctionnels digestifs aspécifiques d'origine indéterminée provoquant un inconfort avec des douleurs de façon récurrente et imprévisible ;

   - le rapport rendu le 14 juin 2012 par les ÉPI indiquant que, compte tenu de l'atonicité, 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 I_____, 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 F_____ 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 J_____, médecin au SMR, estimant que le Dr F_____ 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 H_____ s'était vu 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 F_____ 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'ÉPI, 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 F_____ 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 F_____ par écrit, le 11 juillet 2014, puis l'a relancé le 27 août, le 30 septembre et le 14 octobre 2014.

9. Dans un rapport du 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. Il a précisé que la compliance n'était pas optimale et qu'il n'y avait pas de bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. 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 ». À cet égard il a brièvement expliqué que l'hypothèse de troubles circulatoires mésentériques pouvait être évoquée.

   Le médecin a joint:

   - 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 6 juin 2013, concluant à un syndrome de l'intestin irritable, bénin, et insistant sur le

rôle personnel de l'assuré, ayant une souffrance subjective considérable, à jouer dans l'amélioration progressive de son état;

- un rapport du 1er avril 2014 du docteur M_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, 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 aigüe; la dyslipidémie massive expliquait selon lui en elle-même les douleurs abdominales chez un patient à haut risque de faire une pancréatite aigüe; la problématique fonctionnelle et probablement psycho-organique était importante ;

- un rapport établi le 18 septembre 2014 par le docteur N_____, radiologue, suite à une échographie de l'abdomen effectuée la veille pour suspicion de hernie et douleurs localisées au niveau de la fosse iliaque droite, concluant à un foyer inflammatoire de l'hypochondrie gauche, pré-colique, évoquant en premier lieu une épiploïte focale provoquant et s'accompagnant d'un spasme colique et d'une dilation en amont surtout du caeco-asendant ;

- un rapport rédigé par le Dr M_____, après une coloscopie le 19 septembre 2014, concluant à une diverticulite sur un diverticule 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;

- un rapport du 19 septembre 2014 de la doctoresse O_____, 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) ;

- un rapport rédigé le 10 octobre 2014 par le Dr N_____, 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'épiploïte de l'hypochondre gauche bien résolu, à une stéatose hépatique et à une distension très sensible du côlon droit.

Interrogé par l'OAI, Dr F_____ a répondu que le status actuel consistait en une douleur abdominale diffuse à la palpation abdominale sans péritonisme. Le suivi

gastroentérologique était assuré par le Dr M_____. Selon lui, la colopathie dont souffrait son patient durant le stage effectué aux ÉPI en 2012 avait eu une incidence sur son rendement. Les polypes bien qu'opérés perduraient. Il lui était 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 M_____ a répondu en date du 24 octobre 2014 en concluant, sans effet sur la capacité de travail, à un syndrome de l'intestin irritable et à une diverticulose sur hypertension artérielle et hyperlipidémie. Il a émis un pronostic réservé en expliquant qu'il s'agissait d'un trouble de somatisation.

11. Ces documents ont été soumis au SMR. Le 27 novembre 2014, la doctoresse P_____ a constaté que l'état de santé était stationnaire depuis 2004 avec l'apparition de douleurs abdominales en 2012, et que le gastro-entérologue n'avait pas retenu d'atteinte à la santé incapacitante 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 Dr J_____, du SMR, a estimé pour sa part que le compte-rendu de colopathie de septembre 2014 confirmait l'absence d'atteintes pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse puisqu'on ne retrouvait à l'examen qu'une diverticulite nécessitant tout au plus un traitement antibiotique de quelques jours. Il a ajouté que selon le Dr M_____, l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante, mais uniquement un trouble de somatisation. Le Dr J_____ en a tiré la conclusion qu'il était manifeste que l'assuré ne souffrait que de troubles intestinaux « banaux » (sic) ne pouvant justifier d'une incapacité de travail, et suggéré la mise en place d'une expertise de psychiatrie.

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 relaté ses constatations cliniques, l'expert a indiqué n'avoir pas constaté la présence d'éléments psychopathologiques particuliers. Il a indiqué que ses conclusions étaient très proches de ce que l'expert précédent avait constaté à savoir, certes, la présence de troubles fonctionnels neurovégétatifs, surtout gastro-intestinaux, mais sans impact majeur sur le fonctionnement, voire sur la capacité de travail. Il a relevé que l'assuré ne prenait aucun médicament psychotrope et que son médecin traitant de famille de longue date n'avait jamais évoqué de troubles psychiatriques ni de suivi spécifique, ni de demandes en ce sens. L'expert a finalement conclu à une atteinte à la santé faible, avec troubles fonctionnels essentiellement au niveau gastro-intestinal. Sur le plan psychiatrique, il a estimé

qu'il n'y avait pas de diminution des capacités fonctionnelles. Les facteurs extra-médicaux étaient très importants (précarité, revendications, convictions personnelles très affirmées, dysfonctionnement, manque de motivation, plaintes relatives aux symptômes et autres), sans trouble de la personnalité. L'expert a également noté une nette amplification de tous les symptômes décrits. Au final, il n'a retenu aucun diagnostic au plan psychique. L'assuré présentait uniquement, de longue date, un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec prédominance du système intestinal (F45.32), sans incidence sur la capacité de travail.

14. Le dossier a été soumis au SMR, plus particulièrement aux docteurs R_____ et J_____ qui, par avis du 19 mai 2016, en ont conclu que l'atteinte psychiatrique n'était pas incapacitante, ce qui venait contredire les conclusions des ÉPI.

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 relevée par les maîtres des ÉPI n'avait pas été confirmée par des motifs médicaux.

16. Le 23 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

    Il conclut, sous suite de dépens, 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 F_____ 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 un nouveau calcul du degré d'invalidité.

    Le recourant souligne que :

- le Dr F_____, 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 M_____, 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 N_____, 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. Dans un rapport du 28 septembre 2016, versé au dossier, relatif au résultat d'une échographie de la paroi abdominale et adressé au Dr F_____, le docteur S_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, qui avait vu l'assuré pour la première fois le 14 septembre dernier, a indiqué que celui-ci présentait une tendance à la constipation depuis des années, associée à des ballonnements. Une coloscopie avait été effectuée avec ablation de plusieurs polypes. Depuis cette époque, le patient ressentait une douleur élective au niveau de la fosse iliaque droite, en un point. Cette douleur était renforcée par la pression, par la position couchée et assise, calmée par la position debout. Elle survenait la nuit et l'empêchait de dormir. Elle n'était pas toujours de même intensité, des fois absentes. Le caractère de la douleur était plutôt celui d'une brûlure. Le patient ne présentait pas de signes d'inquiétude, notamment pas de sang dans les selles. Une nouvelle coloscopie avait été réalisée en 2015 avec ablation de plusieurs polypes. Le scanner abdominal de 2015 était anamnestiquement sans particularités. À l'examen clinique du 28 septembre 2016, il n'existait pas de hernie. Au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen, du côté droit, la zone était douloureuse, élective faisant sursauter le patient, renforcée par la flexion de la nuque (« signe de Carnett »). L'échographie pariétale à la recherche d'une hernie de Spiegel ne montrait pas d'orifice herniaire. Dans le diagnostic différentiel, il convenait d'inclure un contexte fonctionnel de type

intestin irritable, qui existait certainement et pouvait expliquer certains symptômes du patient dont la constipation et les ballonnements mais pas cette douleur élective au niveau de la fosse iliaque droite. Celle-ci pourrait être liée à une douleur abdominale pariétale, notamment à une atteinte des nerfs cutanés abdominaux. Ces nerfs pouvaient être sujets à des microtraumatismes pouvant effectivement provoquer ce type de douleur. Les douleurs nerveuses de cet ordre répondaient à une infiltration de corticoïdes et d'anesthésiques locaux dans 60-90% des cas – la réponse thérapeutique constituait également un élément en faveur du diagnostic. Souvent, plusieurs infiltrations étaient nécessaires.

18. 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 F_____ et M_____ qui ont conduit le SMR à retenir que les troubles intestinaux dont souffrait le recourant ne justifiaient pas 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.

19. Par écriture du 15 novembre 2016, le recourant 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 J_____ a mis simplement sept mois à prendre le contrepied du premier avis émis par le SMR.

20. 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.

21. A été entendu en date du 21 septembre 2017, le Dr S_____, 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.

22. Par écriture du 21 septembre 2017, le recourant a indiqué qu'il ne remettait pas en question l'expertise psychiatrique, puisqu'il n'avait jamais prétendu que ses douleurs seraient d'origine psychologique.

23. Par écriture du 12 octobre 2017, l'intimé s'est opposé formellement à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, en faisant remarquer que l'arrêt de renvoi du 4 juin 2014 ne portait pas sur une expertise pluridisciplinaire mais, cas échéant, sur une expertise en médecine interne. 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 d'instruction ne s'avérait pas pertinente puisqu'aucune atteinte ayant une influence sur la capacité de travail au niveau gastroentérologique, rhumatologique ou allergologique n'avait été mise en évidence après l'arrêt de renvoi précité.

    Des déclarations du Dr S_____, 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 ayant une influence sur la capacité de travail, 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, l'expertise psychiatrique effectuée en mars 2016 s'est déjà prononcée sous cet angle. 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.

    S'agissant des volets allergologique et rhumatologique, l'intimé a relevé que les poly-allergies et les lombalgies ne constituaient pas les plaintes actuelles de l'intéressé.

    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'infirmer ou de confirmer le diagnostic évoqué par le Dr S_____, et suggérant la CRR (Clinique romande de réadaptation) ou le BEM (Bureau d'expertises médicales) à titre de centre d'expertises.

24. Le 12 octobre 2017 également, le recourant s'en est remis à la Cour de justice 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, le recourant s'est également opposé, sans les connaître, aux experts qui pourraient être suggérés par l'intimé.

25. À la demande de la Cour de céans, 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.

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

27. Par ordonnance du 31 janvier 2018 (ATAS/80/2018), la Cour de céans a décidé la mise sur pied d'une expertise gastroentérologique et mandaté pour ce faire le docteur T_____. En substance, la Cour de céans a rappelé que, dans son arrêt de renvoi du 4 juin 2014, la question qui demeurait en suspens était de déterminer si les troubles intestinaux du recourant avaient une incidence sur sa capacité de travail et, dans l'affirmative, dans quelle mesure. Elle a relevé que, depuis lors, l'existence d'éventuels troubles psychiques avait été écartée par l'expertise du Dr Q_____, dont la valeur probante n'était contestée par aucune des parties. Par ailleurs, comme en 2014, aucun élément ou diagnostic nouveau sur le plan rhumatologique ne permettait de mettre en cause les conclusions de l'expert H_____. Il en allait de même sur le plan allergologique, qui se traduisait simplement par la nécessité d'éviter les poussières. En revanche, sur le plan gastroentérologique, la situation n'était pas claire. À cet égard, le médecin traitant mentionnait que l'atteinte avait influé sur les résultats du recourant en stage d'observation et se déclarait dans l'incapacité de se prononcer sur la capacité de travail de l'intéressé, tout comme le gastro-entérologue traitant, qui, s'il reconnaissait que les douleurs étaient difficilement objectivables, se montrait néanmoins assez catégorique sur le caractère pariétal des douleurs de son patient et le handicap qu'elles induisaient. Dans ces circonstances, il convenait d'éclaircir la question de l'atteinte gastroentérologique et de son influence sur la capacité de travail du recourant.

28. Par pli du 8 février 2018, l'intimé s'est encore une fois opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, tout en indiquant n'avoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert désigné et en soumettant à la Cour des questions supplémentaires selon un avis du SMR du 5 février 2018.

29. Par courrier du 22 février 2018, le Dr T_____ a finalement refusé le mandat.

30. Par ordonnance du 27 mars 2018 (ATAS/268/2018), la Cour de céans a mandaté le docteur U_____, spécialiste FMH en médecine interne, gastroentérologie et hépatologie, et médecin chef au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

31. Le 17 août 2018, le recourant a été examiné par le Dr U_____. Dans son rapport du même jour, ce dernier a retenu le diagnostic de douleurs abdominales chroniques d'origine multifactorielle, à savoir premièrement des douleurs pariétales dans la fosse iliaque droite, deuxièmement des douleurs abdominales chroniques diffuses d'intensité légère – diagnostic différentiel : syndrome de côlon irritable, diverticulose symptomatique, pullulation bactérienne du grêle, intolérance alimentaire −, et troisièmement obstructed defecation syndrom, soit un sentiment d'évacuation incomplète – diagnostic différentiel : rectocèle, entérocèle, anisme.

    L'expert a expliqué que la douleur dans la fosse iliaque droite était bien localisée avec une défense musculaire sur palpation profonde à l'examen clinique, évoquant un signe bien objectivé des plaintes. Les trois infiltrations précédemment effectuées avaient nettement réduit la douleur selon l'expertisé, laissant fortement suspecter

une origine pariétale. Le Dr U_____ proposait dans ce cas une cryothérapie par les anesthésistes du centre d'antalgie du CHUV, et en cas de manque d'efficacité, une laparoscopie diagnostique avec la question des adhérences et possible appendicectomie.

La deuxième composante des douleurs diffuses chroniques, qui ne « se laissaient pas objectiver », était en lien avec un gonflement du ventre accompagné parfois de flatulences et de ballonnements sans que l'expert puisse identifier un déclencheur clair dans les aliments – le recourant ne consommait ni de lait ni de fruits excessivement, ni de sucre artificiel et ni de chiclettes. Celui-ci allait environ une fois tous les deux jours à selle avec une consistance des selles Bristol II. L'expert proposait d'effectuer des tests respiratoires pour une recherche d'intolérance au lactose, au fructose et pullulation bactérienne de grêle.

La troisième composante des douleurs était que le patient souffrait depuis des années d'un sentiment d'évacuation incomplète, c'est-à-dire que celui-ci avait le sentiment que ses selles restaient dans son ampoule rectale, créant l'impression d'une constipation, avec pour conséquence que le patient restait jusqu'à trente minutes sur les toilettes afin d'expulser les selles, sans besoin jusqu'alors d'une aide digitale. Les conditions associées étaient une rectocèle, une entérocèle, un anisme (dysfonction musculaire du sphincter) et une intussusception du sigma dans le rectum. L'expert proposait une défécо-IRM et une manométrie anorectale.

La quatrième composante des douleurs était en lien avec la diverticulose, mais aucune hospitalisation n'avait eu lieu pour diverticulite aiguë nécessitant la prise d'antibiotique.

L'expert a estimé que le problème principal du patient était la forte douleur dans la fosse iliaque droite qui le limitait pour la marche – celui-ci faisait toutefois deux heures de marche environ pendant la journée et aidait sa femme à faire le ménage –, ainsi que pour le port de charges supérieures à 10 kg. Le spécialiste n'avait pas l'impression que le recourant exagérait les symptômes.

Le Dr U_____ a conclu qu'il était impossible d'évaluer les répercussions des douleurs abdominales sur la capacité de travail du recourant avant qu'un diagnostic gastroentérologique approfondi ne soit établi. L'avis d'un chirurgien viscéral pourrait être utile dans l'éventualité où une laparoscopie diagnostique serait jugée nécessaire.

32. Dans ses observations du 7 septembre 2018, le recourant a demandé à la Cour de céans de bien vouloir inviter l'expert à procéder à tous les examens opportuns pour être en mesure d'indiquer l'impact des douleurs abdominales sur sa capacité de travail.

33. Dans sa détermination du 1er octobre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a joint un avis du 12 septembre 2018 du SMR, dans lequel ce dernier considère que l'expertise ne fournit pas d'éléments concrets permettant de retenir un diagnostic au niveau gastroentérologique et n'est donc pas susceptible de remettre

en cause ses conclusions précédentes. Le SMR constate en particulier que l'expert a formulé de possibles diagnostics sans avoir réalisé les examens complémentaires qu'il proposait pour pouvoir poser un diagnostic définitif. Ainsi, le Dr U_____ n'a pas rempli sa mission d'expertise. Le SMR rappelle également que l'expertise psychiatrique du 12 mars 2016 concluait au caractère non invalidant du trouble somatoforme de la sphère intestinale.

L'intimé ajoute que la légalité des décisions attaquées est appréciée d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, et que les faits survenus postérieurement doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Sur cette base, et dans la mesure où aucun diagnostic gastroentérologique n'est posé et que le recourant souffre de douleurs chroniques, l'intimé invite la Cour de céans à se référer à l'expertise psychiatrique du 12 mars 2016, qui s'est déjà prononcée sur l'influence des douleurs sur la capacité de travail.

34. Le 6 décembre 2018, la Cour de céans a entendu le Dr U_____.

    Ce dernier a indiqué qu'il rendrait son rapport final une fois les résultats des différents examens complémentaires préconisés, déjà effectués ou en cours, connus. Il a répété que la réponse positive aux infiltrations était un argument en faveur de douleurs pariétales, et précisé que l'infiltration sous cryothérapie pourrait apaiser les douleurs. Le problème secondaire (ballonnements) serait, quant à lui, investigué sous l'angle des intolérances.

35. Le 19 décembre 2019, la Cour de céans a reçu un rapport du Dr U_____ du même jour relatif à une consultation du 30 octobre 2019.

    L'expert a retenu les diagnostics de douleur pariétale de la fosse iliaque droite, de syndrome d'intestin irritable et d'obstructed defecation syndrom. Il a repris la teneur de son précédent rapport, et ajouté que les examens complémentaires (tests intolérance au lactose, fructose et pullulation bactérienne du grêle) étaient négatifs. La déféco-IRM du 14 septembre 2018 était dans la norme (absence de rectocèle, d'entérocèle, et d'intussusception du sigma dans le rectum). Étant donné les multiples infiltrations sous cryothérapie sans soulagement de la douleur pariétale, l'expert proposait d'effectuer une laparoscopie diagnostique avec appendicectomie, examen qui était indispensable – d'après un rapport joint qu'il a établi le 3 décembre 2019 − afin de pouvoir se déterminer clairement sur la nature organique ou fonctionnelle des douleurs, ainsi que sur la capacité de travail du patient. Le diagnostic différentiel incluait des adhérences et une appendicite neurogène. Le patient remplissait par ailleurs les critères d'un syndrome d'intestin irritable avec prédominance de constipation. L'expert recommandait une régulation de selles par le Métamucil. Enfin, la manométrie anorectale effectuée le 1er mars 2019 avait permis de poser le diagnostic d'un anisme. Il s'agissait d'une contraction paradoxicale du sphincter externe lors de la défécation, qui répondrait bien à un traitement par biofeedback.

36. Dans ses observations du 21 janvier 2020, le recourant a sollicité un nouvel expert, au motif que le Dr U_____ avait confondu mandat d'expertise et mandat de traitement, et que son médecin traitant, le Dr S_____, consulté le 2 décembre 2019, lui avait affirmé qu'une appendicectomie n'était pas nécessaire vu l'absence de problème à l'appendice sur l'IRM pratiquée. Le recourant allègue en outre une aggravation de ses lombalgies suite aux infiltrations subies à la demande de l'expert.

37. Dans un courrier du 22 janvier 2020 adressé aux parties, la Cour de céans, après avoir relevé que le Dr U_____ avait visiblement confondu son mandat d'expertise avec un mandat de thérapeute, a invité celles-ci, pour le cas où une nouvelle expertise devait s'avérer nécessaire, à lui envoyer des suggestions de médecins, en rappelant qu'il avait été extrêmement difficile de mandater un expert au vu du tourisme médical auquel s'était livré le recourant et du nombre de médecins d'ores et déjà consultés.

38. Dans son écriture du 31 janvier 2020, l'intimé expose que ni le rapport d'expertise ni son complément du 19 décembre 2019 ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante, dès lors que l'expert a confondu son mandat d'expertise avec un mandat de thérapeute. L'intimé ajoute que le Dr U_____ a confirmé la présence de douleurs chroniques de l'abdomen (paroi abdominale y comprise) sans qu'une atteinte structurelle organique ne soit clairement identifiée. Dans ce cas, le recourant, en l'absence d'atteinte pouvant justifier la symptomatologie douloureuse dont il souffre, doit être examiné par un psychiatre, examen que le Dr Q_____ a déjà effectué en mars 2016, et dont le rapport, qui conclut à un trouble somatoforme de la sphère intestinale non incapacitant, revêt pleine force probante. L'intimé s'oppose enfin à la mise en place d'une nouvelle expertise gastroentérologique, en l'absence d'élément médical objectif au dossier justifiant une telle mesure d'instruction. Il souligne qu'aucun médecin consulté, y compris dans le cadre de l'expertise judiciaire, n'a confirmé la présence d'une atteinte à la santé avec substrat organique.

39. Dans son écriture du 21 février 2020, le recourant fait valoir que le Dr U_____, bien que ses conclusions ne soient pas fiables quant à l'évaluation de la capacité de gain, a néanmoins mis en évidence l'existence de douleurs abdominales chroniques d'origine multifactorielle. Le recourant estime de ce fait qu'il y a lieu d'écarter les suspicions relatives à l'origine psychologique des maux dont il souffre ou à l'exagération des douleurs dont il se plaint. Selon lui, une nouvelle expertise s'impose, quand bien même il est difficile de désigner un expert. Il s'en est remis à la Cour de justice s'agissant du choix de l'expert.

40. Le 28 avril 2020, la Cour de céans a reçu un rapport du 21 avril écoulé établi par le Dr U_____ suite à une consultation du patient le 11 mars 2020. L'expert a répété les diagnostics retenus dans son rapport du 19 décembre 2019, et mentionné que le patient était résistant à l'idée d'une laparoscopie exploratrice, qui devrait clarifier la cause de ses douleurs dans la fosse iliaque droite. Le médecin a indiqué avoir été

conscient qu'il avait été mandaté pour une expertise et non pour une prise en charge thérapeutique.

41. Le 3 juin 2020, le recourant a versé au dossier un courrier du même jour qu'il a adressé au Dr U_____, dans lequel il critique les consultations des 30 octobre 2019 et 11 mars 2020. Il s'étonne que l'expert ne se soit pas prononcé sur son incapacité de travail.

42. Interrogé par la Cour de céans, dans un rapport du 26 octobre 2020, le Dr M_____ a répondu que le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable, avalisé par tous les intervenants, était une forme à transit lent avec composante dysynergique. L'existence concomitante de douleurs pariétales lui semblait plus discutable en raison de la réponse non conclusive au traitement par infiltrations locales. De son expérience, les douleurs disparaissaient après infiltrations d'anesthésiques locaux suivies par une corticothérapie qui prolongeaient leur effet bénéfique sur des mois. En cas de réapparition des douleurs, une neurolyse par cryothérapie serait envisageable. Il était impossible d'écarter objectivement et pour l'heure une composante pariétale puisque les douleurs avaient répondu ne serait-ce que partiellement et brièvement aux infiltrations. Il était également possible que les douleurs chroniques lombaires majorent les douleurs abdominales. Le diagnostic de douleurs abdominales d'origine pariétale entraînerait des limitations fonctionnelles dans une activité adaptée si l'existence d'une composante pariétale aux douleurs de la fosse iliaque droite était confirmée. Ce diagnostic n'influençait pas, ou partiellement, sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ; la capacité de travail était bien plus impactée par les douleurs lombaires chroniques. Une douleur pariétale ne devrait pas empêcher le recourant à suivre une mesure de réadaptation professionnelle, en particulier un stage d'orientation, ce d'autant plus que toutes les mesures pour confirmer ce diagnostic n'avaient pas encore été effectuées (laparoscopie exploratrice, éventuelle adésiolyse et révision de la région herniaire suivie en cas de besoin d'une cryothérapie).

43. Dans ses observations du 11 novembre 2020, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du 6 novembre 2020 du SMR, dans lequel ce dernier conclut que le rapport du Dr M_____ précité n'amenait pas d'élément médical objectif nouveau permettant de remettre en question son appréciation du cas. Dans un rapport précédent du 24 octobre 2014, ce médecin avait déjà posé le diagnostic de syndrome de l'intestin irritable, évoqué une somatisation, et évalué la capacité de travail comme entière d'un point de vue gastroentérologique. Actuellement, il retenait le même diagnostic, qui devait être assimilé selon le SMR à un trouble somatoforme douloureux. Dans ce contexte, l'expertise psychiatrique mise sur pied n'avait retenu aucune atteinte incapacitante.

44. Dans sa détermination du 30 novembre 2020, le recourant a indiqué ne s'être pas opposé à une laparoscopie visant à déterminer l'origine organique ou fonctionnelle de la douleur dans la fosse iliaque droite, mais à une appendicectomie, son appendice ne présentant aucun problème particulier. Il allègue que ses réactions aux

infiltrations ont été différentes selon qu'elles ont été réalisées à la Clinique Beaulieu ou au CHUV. Dans le premier cas, les infiltrations, locales et ciblées à l'endroit exact où se manifestaient les douleurs, l'ont soulagé pendant sept à dix jours, la diminution de la douleur étant de l'ordre de 80 %. Dans le deuxième cas, les infiltrations, moins ciblées, ont accentué ses douleurs lombaires. Le recourant en conclut que le diagnostic de douleurs pariétales est établi, et que ses douleurs sont dues au syndrome de l'intestin irritable, aux douleurs pariétales et aux douleurs chroniques lombaires qui majorent vraisemblablement le syndrome de l'intestin irritable. Il prie la Cour de céans d'interpeller le Dr M_____ afin qu'il se prononce sur l'impact des douleurs objectivées sur sa capacité de travail. Il ajoute qu'à moins que l'intimé n'admette l'existence de douleurs pariétales, la question d'une nouvelle expertise devra être posée, sans quoi il s'expose à se voir objecter que l'origine de ses douleurs est insuffisamment établie et que par conséquent on ne peut les retenir comme invalidantes.

45. Par ordonnance du 14 décembre 2020 (ATAS/1207/2020), la Cour de céans a ordonné une expertise qu'elle a confiée à la doctoresse V_____, laquelle avait précédemment accepté le mandat.

46. Ce médecin s'étant désisté sans autre explication le 16 décembre 2020, la Cour de céans a approché différents autres praticiens. En définitive, le docteur X_____ a accepté le mandat par courriel du 18 janvier 2021.

47. Dans l'intervalle, l'intimé a manifesté une nouvelle fois son désaccord avec la mise sur pied d'une expertise supplémentaire.

EN DROIT

1. Les questions de la recevabilité du recours et de la compétence de la Cour de céans ayant d'ores et déjà été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 27 mars 2018 (ATAS/268/2018), il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel.

3. 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, mentale ou psychique 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 1er janvier 2008).

4. 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).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

   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. À 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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6. 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).

7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

8. a. En l'espèce, sur le plan rhumatologique, l'aggravation des lombalgies qu'allègue le recourant, qui serait apparue suite aux infiltrations réalisées en août 2018 à la demande du Dr U_____, expert judiciaire, constitue un fait nouveau postérieur à la décision querellée du 23 août 2016, et sort donc de l'objet de la contestation. Aussi la Cour de céans ne saurait-elle en tenir compte. En effet, 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).

b. En revanche, sur le plan gastroentérologique, on ne saurait, à ce stade, suivre l'intimé, en tant qu'il affirme que les troubles intestinaux du recourant doivent être assimilés à un trouble somatoforme douloureux et ne seraient pas invalidants sur le vu de l'expertise psychiatrique du 12 mars 2016, qui conclut à de troubles fonctionnels neurovégétatifs, surtout gastro-intestinaux, sans répercussion sur la capacité de travail.

En effet, dans son rapport du 28 septembre 2016, le Dr S_____, gastroentérologue, distingue le syndrome de l'intestin irritable (douleur fonctionnelle) de la douleur élective au niveau de la fosse iliaque droite, dont se plaint le recourant depuis 2012, qui pourrait selon ce médecin être liée à une douleur abdominale pariétale, notamment à une atteinte des nerfs cutanés abdominaux, soit une atteinte organique. Dans son rapport du 18 septembre 2014, le Dr N_____, radiologue, évoque également la présence de douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, qui sont antérieures à la décision dont est recours.

Entendu par la Cour de céans, le Dr S_____ a confirmé le diagnostic de douleurs abdominales pariétales sur la base de l'examen clinique qu'il avait effectué : signe de Carnett positif chez le recourant, ainsi que douleurs localisées au même endroit (cf. le procès-verbal d'enquêtes du 21 septembre 2017).

Mandaté pour une expertise judiciaire, le Dr U_____, gastroentérologue, a également retenu en date du 17 août 2018 le diagnostic de douleurs pariétales dans la fosse iliaque droite, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail du recourant avant qu'un diagnostic gastroentérologique approfondi ne soit établi. Dans ce contexte, l'expert a procédé à divers examens (tests d'intolérance au lactose, fructose et pullulation bactérienne du grêle, déféco-IRM), sans rapport avec ces douleurs − principales du recourant −, puis le 30 octobre 2019, il a laissé ouverte la question de savoir si celles-ci sont d'origine organique ou fonctionnelle.

À défaut d'informations fiables et suffisantes sur le diagnostic de douleurs abdominales d'origine pariétale et son éventuel influence sur la capacité de travail du recourant, en particulier dans une activité adaptée, la Cour de céans a alors interpellé le Dr M_____, gastroentérologue, qui avait déjà examiné le recourant en 2014, de manière plus approfondie que son confrère, de même spécialité, le Dr L_____.

Dans son rapport du 26 octobre 2020, le Dr M_____ explique que, dans la mesure où les pièces médicales qui lui avaient été transmises indiquaient que les douleurs avaient partiellement et brièvement répondu aux infiltrations, il n'excluait pas la composante pariétale. Cela étant, il ne s'est pas déterminé de manière définitive sur les limitations fonctionnelles qu'entraîneraient ces douleurs dans une activité

adaptée ni sur la capacité de travail du recourant dans une telle activité, l'origine pariétale devant au préalable être confirmée ou infirmée au moyen d'examens complémentaires, tels qu'une laparoscopie exploratrice.

PAR CES MOTIFS,

LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise gastroentérologique.
2. Commet à ces fins le docteur X_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, route _____, _____ /VD.
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 entouré de tous les éléments utiles, au besoin d'avis d'autres spécialistes ;
   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 ?

      Veuillez en particulier vous prononcer sur les atteintes à la santé existantes entre 2012 et le 23 août 2016, date de la décision litigieuse.
   6. Les plaintes sont-elles objectivées ?
   7. En particulier, l'assuré souffre-t-il de douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite d'origine pariétale ou fonctionnelle? Veuillez motiver votre réponse.
   8. 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).
   9. 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) ?

10. Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

11. Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

12. L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ?

13. Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

14. 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 ?

15. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne,

    a) dans l'activité habituelle

    b) dans une activité adaptée.

16. 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.

17. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution, en particulier pendant la période comprise entre 2012 et le 23 août 2016.

18. 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.

19. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

20. Comment les différentes atteintes à la santé interagissent entre elles ?

21. Une expertise complémentaire à la vôtre est-elle nécessaire pour cerner l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail ?

22. 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.

23. En fonction de votre réponse au point 7 ci-dessus, c'est-à-dire votre détermination quant à l'origine des douleurs abdominales de l'assuré,

celles-ci ont-elles une incidence sur son aptitude à suivre une mesure de réadaptation professionnelle, en particulier un stage d'orientation et un reclassement professionnel ?

24. 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.
25. Formuler un pronostic global.
26. Toute remarque utile et proposition.
27. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
28. Réserve le fond.
29. 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 par le greffe le