RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3229/2016 **ATAS/586/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juin 2022

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 ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1965, a été employé par diverses entreprises spécialisées dans la pose d'éléments de portes-fenêtres préfabriqués et de constructions métalliques. Depuis 1989, il a également effectué des heures de nettoyage pour la société B_____ SA.

b. En décembre 1998, l'assuré, atteint de rhino-conjonctivite, d'asthme et d'urticaire aéroportés à composante allergique (poussière de bois) et pollinose (aulne, bouleau, noisetier), a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), qui, après avoir recueilli des renseignements d'ordre médical et professionnel, 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).

c. À la suite d'un accident survenu en mai 2003, l'assuré s'est plaint de lombalgies chroniques sur discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1.

d. Le 30 octobre 2008, il 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.

B. **a.** Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal), alors compétent, l'a partiellement admis le 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 d'examen rhumatologique du 22 avril 2009 du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), qui concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle (menuiserie), mais totalement préservée dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ostéo-articulaires requises par la problématique lombaire et les contraintes imposées par la problématique allergique, depuis mai 2003.

Le degré d'invalidité, évalué à 31%, voire à 38.40% au maximum en appliquant une réduction de 20%, restait insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

S'agissant des mesures de réadaptation, le Tribunal a relevé que l'OAI n'avait pas examiné attentivement la question, se bornant à relever que l'assuré était inactif, 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 évolué depuis lors, puisqu'il concluait expressément à l'octroi de telles mesures.

b. L'OAI, après avoir mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'orientation auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après: ÉPI), du 5 mars au 3 juin 2012, a statué le 23 mai 2013 et lui a refusé l'octroi de mesures professionnelles.

c. L'assuré a déféré cette décision à la Cour de céans, qui, par arrêt du 4 juin 2014 (ATAS/678/2014) a admis partiellement son recours, annulé la décision du 23 mai 2013 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La Cour a constaté en particulier que le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, avait signalé en septembre 2011 une colopathie, puis une excision de polypes durant l'été 2012, troubles dont on ne pouvait exclure qu'ils aient eu une incidence sur la capacité de travail de l'intéressé durant le stage s'étant déroulé de mars à juin 2012 ; l'assuré s'était d'ailleurs plaint de douleurs abdominales auprès des maîtres de réadaptation.

Certes, le médecin traitant n'avait pas donné d'indications sur la sévérité de l'atteinte. Il incombait cependant 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 des 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 D_____ 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, afin d'élucider d'éventuelles divergences entre l'estimation de la capacité de travail médico-théorique et les conclusions des ÉPI.

C. **a.** L'OAI a alors interrogé le Dr D_____, recueilli divers rapports émanant d'autres spécialistes en lien avec les douleurs abdominales dont se plaignait l'assuré et mis en œuvre une expertise auprès du docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans un rapport du 12 mars 2016, n'a retenu aucun diagnostic au plan psychique, mais uniquement, de longue date, un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec prédominance du système intestinal (F45.32), sans incidence sur la capacité de travail.

b. 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.

D. **a.** Le 23 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, en concluant, 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.

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

c. Par écritures des 15 novembre 2016 et 21 juin 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Le 21 septembre 2017, la Cour de céans a entendu le docteur F_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, qui suivait l'assuré depuis septembre 2016 et qui avait posé le diagnostic probable de douleurs abdominales pariétales. Le témoin a défendu l'opinion qu'une expertise gastroentérologique serait utile pour évaluer la capacité de travail de son patient.

e. 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 telle expertise mais, cas échéant, sur une expertise en médecine interne, et qu'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.

f. Le 12 octobre 2017, 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.

g. À la demande de la Cour de céans, par courrier du 22 janvier 2018, l'intimé a indiqué n'avoir aucun expert à proposer. Quant au recourant, il ne s'est pas déterminé.

h. Par ordonnance du 31 janvier 2018 (ATAS/80/2018), la Cour de céans a ordonné la mise sur pied d'une expertise gastroentérologique et mandaté pour ce faire le docteur G_____. En substance, la Cour de céans a rappelé que, dans son

arrêt de renvoi du 4 juin 2014, la question 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 E_____, 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 C_____. Il en allait de même sur le plan allergologique, les limitations consistant simplement dans 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 de son patient en stage d'observation et se déclarait dans l'incapacité de se prononcer sur sa capacité de travail, tout comme le gastroentérologue traitant, qui, s'il reconnaissait que les douleurs étaient difficilement objectivables, se montrait néanmoins assez catégorique sur leur caractère pariétal 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.

i. Après que le Dr G_____ a refusé le mandat, la Cour de céans, par ordonnance du 27 mars 2018 (ATAS/268/2018), a mandaté le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne, gastroentérologie et hépatologie, au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV).

j. Dans un rapport du 17 août 2018, le Dr H_____ 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, un « obstructed defecation syndrom », soit un sentiment d'évacuation incomplète – diagnostic différentiel : rectocèle, entérocèle, anisme. L'expert 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.

k. 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.

l. 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 considérait que l'expertise ne fournissait pas d'éléments concrets permettant de retenir un diagnostic au niveau gastroentérologique et n'était donc pas susceptible de remettre en cause ses conclusions précédentes.

m. Le 6 décembre 2018, la Cour de céans a entendu le Dr H_____.

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.

n. Dans un rapport du 19 décembre 2019, Dr H_____ 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 d'intolérance au lactose, fructose et pullulation bactérienne du grêle) étaient négatifs. La déféco-imagerie par résonance magnétique (ci-après: 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 de l'expertisé.

o. Dans ses observations du 21 janvier 2020, le recourant a sollicité un nouvel expert, au motif que le Dr H_____ avait confondu mandat d'expertise et mandat de traitement et que son médecin traitant, le Dr F_____, 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 a en outre invoqué une aggravation de ses lombalgies à la suite des infiltrations subies à la demande de l'expert.

p. Dans un courrier du 22 janvier 2020 adressé aux parties, la Cour de céans, après avoir relevé que le Dr H_____ 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 déjà consultés.

q. Par écriture du 31 janvier 2020, l'intimé s'est opposé à la mise en place d'une nouvelle expertise gastroentérologique, en l'absence d'éléments médicaux objectifs au dossier justifiant une telle mesure d'instruction.

r. Par écriture du 21 février 2020, le recourant a quant à lui défendu l'opinion qu'une nouvelle expertise s'imposait, quand bien même il était difficile de désigner un expert. Il s'en est remis à la Cour de justice s'agissant du choix de celui-ci.

s. Le 28 avril 2020, la Cour de céans a reçu un rapport du 21 avril écoulé du Dr H_____ qui répétait les diagnostics retenus dans son rapport du 19 décembre 2019 et mentionnait 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.

t. À la demande de la Cour de céans, dans un rapport du 26 octobre 2020, le docteur I_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, qui avait examiné le recourant en 2014, a répondu à diverses questions.

u. Dans ses observations du 11 novembre 2020, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du SMR du 6 novembre 2020, dans lequel ce dernier concluait que le rapport du Dr I_____ précité n'amenait pas d'élément médical objectif nouveau permettant de remettre en question son appréciation du cas.

v. Dans sa détermination du 30 novembre 2020, le recourant a affirmé n'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 priait la Cour de céans d'interpeller le Dr I_____, afin qu'il se prononce sur l'impact des douleurs objectivées sur sa capacité de travail. Il ajoutait qu'à moins que l'intimé n'admette l'existence de douleurs pariétales, la question d'une nouvelle expertise devrait être posée, sans quoi il s'exposait à se voir objecter que l'origine de ses douleurs était insuffisamment établie et que, par conséquent, on ne pouvait les retenir comme invalidantes.

w. Par ordonnance du 14 décembre 2020 (ATAS/1207/2020), la Cour de céans a ordonné une expertise, qu'elle a confiée à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et médecine interne.

x. Après que ce médecin s'est désisté, la Cour de céans a rendu en date du 19 janvier 2021 une nouvelle ordonnance d'expertise, dont elle a confié le mandat au docteur K_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie (ATAS/16/2021).

y. Le 15 février 2021, le Dr K_____ a « récusé l'expertise », tout en faisant part à la Cour de céans de quelques réflexions relatives aux douleurs abdominales dont souffrait le recourant.

z. Par écriture du 3 mars 2021, le recourant a indiqué demander le remboursement des frais dont il s'était acquitté à hauteur de 10% à la suite des factures que lui avait adressées le Dr H_____, soit au total CHF 708.40. Il a ajouté que ses lombalgies chroniques s'étaient péjorées postérieurement aux infiltrations effectuées par l'expert.

Il a produit diverses factures, ainsi que deux décomptes de participation 2019 de son assureur-maladie.

aa. Sur demande de la Cour de céans, le 30 août 2021, le mandataire du recourant a suggéré en qualité d'expert le docteur L_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et en médecine interne, ce dont l'intimé a été informé.

bb. Ce dernier, par écriture du 15 septembre 2021, s'est opposé une nouvelle fois à la mise en place d'une expertise et a demandé la récusation du Dr L_____.

cc. Questionné par la Cour de céans et invité à indiquer en quoi avaient consisté exactement ses contacts avec l'expert, le conseil du recourant a répondu en date du 1er octobre 2021.

dd. Par ordonnance du 11 novembre 2021 (ATAS/1140/2021), la Cour de céans a confié le mandat d'expertise gastroentérologique au Dr L_____, après avoir relevé que les motifs invoqués par l'intimé pour récuser ce spécialiste étaient infondés. Elle a invité l'expert à se déterminer sans mettre en œuvre la laparoscopie exploratrice suggérée par le Dr K_____, considérant que cette dernière, en tant qu'elle se pratiquait à l'hôpital, qu'elle impliquait une anesthésie générale et consistait en une petite incision près du nombril afin d'insérer l'endoscope dans l'abdomen, constituait un examen invasif. Il était loisible au recourant, s'il le souhaitait, de s'y soumettre en dehors de l'expertise, de son propre chef et si son assureur-maladie consentait à la prise en charge, mais, de l'avis de la Cour de céans, un tel examen excédait le mandat d'une simple expertise.

ee. Dans un rapport du 20 janvier 2022, le Dr L_____ a posé les diagnostics de douleurs abdominales chroniques d'origine indéterminée, de côlon irritable, de lombalgies sur hernie discale, d'allergies aux poussières et pollinose, et de l'hypertension essentielle. Il a estimé que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle, mais de 50% au moins dans une activité adaptée. Il a retenu une diminution de rendement de 30% environ en raison des troubles de concentration et d'une certaine lenteur induits par les douleurs abdominales.

ff. Dans sa détermination du 22 février 2022, le recourant a requis l'audition du Dr L_____ afin qu'il clarifie sa capacité de travail résiduelle ainsi que le début de son incapacité de travail, et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2012, sous suite de dépens.

gg. Dans ses observations du 28 février 2022, l'intimé s'est rallié à l'avis joint du SMR du 7 février 2022, et a maintenu sa position.

hh. Le 14 mars 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions.

ii. Sur demande de la Cour de céans, par pli du 3 juin 2022, le recourant a indiqué que si les factures – qu'il avait produites – que lui avait adressées le Dr H_____ ne permettaient pas d'établir avec certitude le montant du remboursement qu'il réclamait, il renonçait à demander leur remboursement.

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. À teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

4. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

4.1 En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

4.2 En l'occurrence, la décision querellée (du 23 août 2016) a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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

6. 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).

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).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7.1 Les atteintes à la santé pertinentes au sens de l'assurance-invalidité peuvent être des atteintes à la santé physique, mentale ou psychique, y compris psychosomatique. Cette dernière catégorie d'atteintes comporte les symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (autrement appelées « troubles somatoformes douloureux ») et d'autres affections psychosomatiques assimilées (cf. ATAS/1010/2016 du 6 décembre 2016 consid. 7b).

7.2 Dans l'ATF 141 V 281 (du 3 juin 2015), le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon

laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs; ATAS/676/2019 du 26 juillet 2019 consid. 10a).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux

contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

9. 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).

10. En l'espèce, il y a lieu de rappeler que, sur le plan rhumatologique, la Cour de céans ne peut tenir compte de l'aggravation des lombalgies qu'allègue le recourant dans ses écritures des 21 janvier 2020 et 3 mars 2021 qui serait survenue consécutivement aux infiltrations effectuées à la demande du Dr H_____, le premier expert judiciaire, dans la mesure où il s'agit d'un fait nouveau postérieur à la décision litigieuse du 23 août 2016 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

10.1 Sur le plan gastroentérologique, la Cour de céans a dû mettre en œuvre une expertise, après avoir constaté que le Dr F_____, gastroentérologue traitant, distinguait – sans se prononcer sur la capacité de travail du recourant – le syndrome de l'intestin irritable (douleur fonctionnelle sans substrat organique) de la douleur élective au niveau de la fosse iliaque droite, dont se plaignait le recourant depuis 2012, qui pouvait, selon ce spécialiste, être liée à une douleur abdominale pariétale, notamment à une atteinte des nerfs cutanés abdominaux, soit une atteinte organique, en précisant que cette douleur handicapait le recourant

(rapport du 28 septembre 2016 ; procès-verbal d'enquêtes du 21 septembre 2017). Aussi, avant de pouvoir confirmer ou infirmer l'origine pariétale de la douleur abdominale, ne pouvait-on assimiler, comme le faisait valoir l'intimé, les troubles intestinaux du recourant à un trouble somatoforme douloureux. Cela étant, ni le Dr H_____, mandaté par la Cour de céans, ni son confrère, le Dr I_____ – interrogé par celle-ci – ne se sont déterminés de manière définitive sur les limitations fonctionnelles qu'induiraient les douleurs abdominales dans une activité adaptée et sur la capacité de travail résiduelle du recourant (rapports du Dr H_____ des 17 août 2018, 30 octobre 2019 et 21 avril 2020 ; rapport du Dr I_____ du 26 octobre 2020), le Dr H_____ ayant du reste visiblement confondu son mandat d'expertise avec un mandat de thérapeute (courrier de la Cour de céans aux parties du 22 janvier 2020).

10.2 La Cour de céans n'a alors eu d'autre choix que de confier l'expertise à un autre gastroentérologue, le Dr L_____.

10.2.1 Dans son rapport du 20 janvier 2022, cet expert pose, du point de vue de sa spécialité, les diagnostics de douleurs abdominales chroniques d'origine indéterminée et de côlon irritable (p. 4). Il explique que même s'il n'est pas exclu que le syndrome de côlon irritable soit dans certains cas associé à une cause organique, en l'occurrence, les diverses investigations médico-techniques effectuées n'ont pas pu démontrer l'origine organique de cette pathologie (p. 6-7). Il écarte le diagnostic de douleur abdominale pariétale au niveau de la fosse iliaque droite, au double motif que le test de Carnett, négatif à son examen, semble être inconstant (il a été positif lors de la consultation du Dr F_____) et que les infiltrations ont été inefficaces, en précisant que la présence de ces signes cliniques (test de Carnett positif et infiltrations efficaces) évoque en principe l'origine pariétale des douleurs abdominales (p. 7, 15). Après avoir déconseillé des interventions invasives (telles une laparoscopie) qui pourraient aggraver la symptomatique douloureuse du recourant (p. 8, 13), il relève que, de toute manière, la question de savoir si les douleurs sont pariétales ou non est plutôt d'intérêt académique, puisque les douleurs abdominales sont incapacitantes à l'aune des indicateurs jurisprudentiels (ATF 141 V 281; p. 9, 16-18).

10.2.2 Force est ainsi de conclure que le caractère – cas échéant – invalidant des douleurs abdominales du recourant sans substrat organique objectivable ne peut être examiné qu'à l'aide des indicateurs déterminants définis dans l'ATF 141 V 281 (consid. 7 ci-dessus).

Cela étant, on ne peut suivre l'appréciation du Dr L_____, selon laquelle les douleurs abdominales du recourant entraînent une limitation par rapport à la résistance, des troubles de concentration, une fatigabilité, et une certaine lenteur (p. 9, 11, 16), avec pour conséquence une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, depuis 2012, et une diminution de rendement de 30% environ en raison des troubles de concentration et de la lenteur (p. 12).

Comme le relève le SMR dans son avis du 7 février 2022, l'expert semble se fonder uniquement sur les déclarations du recourant pour retenir ces limitations fonctionnelles, dès lors que, dans le chapitre « statut clinique et constatations objectives », il ne fait pas état de ces restrictions (p. 4).

Quoi qu'il en soit, contrairement aux dires de l'expert, ces limitations fonctionnelles ne sont pas présentes depuis 2012, puisque, lors de l'expertise psychiatrique du 12 mars 2016, le Dr E_____, qui avait retenu un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec prédominance du système intestinal (F45.32) sans effet sur la capacité de travail (rapport de ce psychiatre du 12 mars 2016, p. 23), n'avait mis en évidence ni ralentissement (p. 9, 13), ni difficultés de concentration, ni fatigue (p. 14).

À l'inverse de ce que mentionne le Dr L_____, les activités sociales du recourant ne sont pas non plus drastiquement réduites depuis au moins une bonne dizaine d'années (p. 11) – puisque l'intéressé a déclaré au Dr E_____ avoir gardé des contacts avec quelques connaissances (p. 7) –. Qui plus est, le recourant a continué à fréquenter les stades pour voir des matchs de football depuis son accident de voiture survenu en mai 2003 (rapport du Dr L_____, p. 11 qui nie ce fait; rapport du Dr E_____, p. 7, 15, qui indique en revanche que l'expertisé a du plaisir à accompagner son fils au football).

Par conséquent, l'aggravation des limitations fonctionnelles du recourant, si tant est qu'elle soit établie sur la base de constatations objectives, ne peut être admise, au plus tôt, qu'au moment de l'expertise du Dr L_____, après la décision dont est recours du 23 août 2016, car aucune pièce médicale postérieure au rapport d'expertise du Dr E_____ du 12 mars 2016 – dont la valeur probante a déjà été reconnue par la Cour de céans dans l'ordonnance d'expertise du 31 janvier 2018 (ATAS/80/2018 consid. 3) – n'atteste d'une telle péjoration avant le prononcé de la décision litigieuse, date déterminante pour l'examen du cas (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

Dans ces circonstances, on ne peut que nier le caractère invalidant des douleurs abdominales du recourant.

10.2.3 Aussi, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a), n'est-il point nécessaire d'entendre le Dr L_____, comme le sollicite le recourant.

11. Reste à déterminer si le recourant a droit à une mesure d'ordre professionnel, sous la forme d'une orientation professionnelle ou d'un reclassement professionnel.

11.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la

vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent. L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé. Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 3.2 et les références).

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

11.2 En l'occurrence, il convient de rappeler que, sur le plan somatique, le recourant est apte à exercer à plein temps une activité adaptée permettant l'alternance des positions assise et debout, sans port de charges supérieures à 7 kg, sans travail en porte-à-faux du tronc ou sur des engins vibrants, et évitant l'exposition aux allergènes connus (ATAS/859/2011 du 14 septembre 2011 consid. 7). Sur le plan psychiatrique, il ne présente pas de limitations fonctionnelles (ATAS/80/2018 du 31 janvier 2018 consid. 3).

Le recourant peut donc effectuer des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé (rapport de réadaptation professionnelle du 13 janvier 2010; ATAS/859/2011 du 14 septembre 2011 consid. 8). Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées

aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4) si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_766/2017, 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 et la référence). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

Dans ces circonstances, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflue, lorsque comme en l'espèce le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Il n'existe donc guère d'obstacles pour celui-ci à l'exercice d'un emploi adapté à son état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3).

Pour le même motif, le recourant n'a pas non plus droit à une mesure de reclassement. Les activités simples et répétitives qu'il est à même d'exercer ne nécessitent pas de formation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2; ATAS/596/2020 du 14 juillet 2020 consid. 16).

12. Reste encore à se prononcer sur les frais d'expertise.

12.1 Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3).

Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à

l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_580/2019 du 6 avril 2020 consid. 5.1).

12.2 En l'espèce, les frais de l'expertise judiciaire des Drs H_____ et L_____ seront laissés à la charge de l'État.

13. Le recourant réclame le remboursement des frais dont il allègue s'être acquitté à hauteur de 10% à la suite des factures que lui avait adressés le Dr H_____, au total CHF 708.40 (écriture du 3 mars 2021).

Cela étant, le recourant n'a pas produit les factures qui ont fait l'objet des décomptes de participations 2019 des 23 avril et 16 décembre 2019. Aussi la Cour de céans n'est-elle pas en mesure de saisir à quel examen particulier elles se rapportent (examen en lien avec l'expertise sollicitée ou examen thérapeutique).

Le recourant n'a pas non plus produit les décomptes de participations relatifs aux factures du CHUV qu'il a versées au dossier. Il n'a donc pas établi avoir payé à son assureur-maladie la quote-part de 10% à la suite des factures que lui avait transmises le Dr H_____.

Dans ces circonstances, l'État ne saurait rembourser au recourant le montant de CHF 708.40.

14. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al.1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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