RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/517/2021 **ATAS/446/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mai 2022

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LA CROIX-DE-ROZON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Caroline RENOLD — recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1972, marié et père d'un enfant né en 2018, est domicilié dans le canton de Genève depuis 2004, où il a travaillé, depuis lors, en qualité de maçon pour l'entreprise de construction B_____ SA. Souffrant par ailleurs d'une surdité de perception, l'assuré bénéficie d'un appareillage binaural, financé depuis 2006 par l'assurance-invalidité.

b. Le 28 août 2008, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré a subi une fracture du pilon tibial de la cheville droite, consécutive à une chute. Suite à cette fracture, l'intéressé a été opéré à diverses reprises aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (interventions des 28 août, 7, 15 septembre et 12 novembre 2008). Le cas a été pris en charge par la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA). Dans un rapport d'examen final, consécutif à un examen de l'assuré en juin 2010, le médecin d'arrondissement de la SUVA, le docteur D_____, est parvenu à la conclusion qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée, permettant d'éviter les longues marches, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, le port de charges supérieures à 10 kg, les travaux en position accroupie, agenouillée, ainsi que la position debout statique. En revanche, les professions du bâtiment impliquant des travaux lourds étaient désormais proscrites.

c. En mars 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

d. Dès le mois de février 2011, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'organisation romande pour la formation et l'intégration professionnelle (ci-après : l'ORIF), à l'issue de laquelle l'intéressé a entamé une formation d'opérateur en horlogerie.

e. Dans un rapport final, daté du 10 juillet 2013, le directeur de l'ORIF a indiqué qu'à l'issue de sa deuxième année de formation, l'assuré avait réussi ses examens et obtenu l'attestation d'opérateur en horlogerie AFP. Pendant le semestre, l'assuré avait fait preuve d'une appréhension des examens et d'une certaine passivité, mais il avait appliqué les conseils des formateurs et fait les efforts nécessaires pour résoudre ses problèmes. S'agissant de l'adéquation de la profession par rapport aux limitations, un ergothérapeute avait été sollicité en vue d'un aménagement de la place de travail. Grâce à un tabouret adapté, l'assuré pouvait faire des pauses et soulager sa jambe. Concernant la surdité, il lui avait été proposé des lunettes avec appareil auditif intégré, mais l'assuré rencontrait encore des problèmes d'adaptation. Il n'avait été relevé aucune autre difficulté

pour la position assise horlogère, et l'utilisation d'une loupe n'avait entraîné ni maux de tête, ni problèmes aux yeux.

f. À l'issue de sa formation d'opérateur en horlogerie, l'assuré a effectué un stage auprès de l'entreprise E_____ SA, avant d'obtenir un contrat de durée déterminée, d'octobre à décembre 2014, auprès de F_____ SA.

g. Par décision entrée en force du 16 avril 2015, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité, au motif qu'il présentait, à l'issue du délai d'attente d'un an, soit au 28 août 2009, une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de coffreur, mais de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En outre, à l'issue de son reclassement, il avait été engagé dans le cadre d'un contrat de durée déterminée, qui n'avait pas été reconduit pour des raisons économiques. De la comparaison des gains, il résultait un degré d'invalidité de 11 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

h. Par décision entrée en force du 29 avril 2016, la SUVA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 16 %, sur la base, notamment, de l'examen du Dr D_____ et de l'achèvement du reclassement.

i. Le 1er avril 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente, contresignée par son médecin généraliste, le docteur P_____, invoquant des vertiges, une hypertension artérielle, une apnée du sommeil sévère et une surdité (appareillée). Par décision entrée en force du 2 octobre 2017, l'OAI, après avoir recueilli l'avis de son service médical, a rejeté cette demande, au motif qu'aucun élément susceptible de modifier sa précédente évaluation n'avait été apporté.

j. Le 12 janvier 2018, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une demande tendant à l'octroi d'une mesure d'aide au placement, sur laquelle l'office a refusé d'entrer en matière, par décision entrée en force du 3 mai 2018.

k. Entre les mois de novembre 2018 et de janvier 2019, l'assuré a travaillé à 100 % en qualité d'employé de buanderie à l'hôpital de R_____. Il a toutefois souffert de problèmes cutanés au niveau de la cheville droite, lesquels ont donné lieu à une infection, puis à une hospitalisation, en vue d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse. L'intervention a été pratiquée par le Dr C_____ le 5 février 2019.

B. **a.** Le 23 janvier 2019, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de rente, en invoquant une péjoration de son état de santé, essentiellement au niveau de la jambe droite. Par ailleurs, il a précisé souffrir de vertiges, en lien avec sa perte auditive. À l'appui de sa nouvelle demande, il a transmis un rapport du Dr C_____ daté du 14 novembre 2018, dans lequel on pouvait lire :

« [l'assuré] m'explique qu'il n'arrive toujours pas à travailler debout de manière prolongée, principalement en raison d'une gêne et de douleurs au niveau de la cheville, mais aussi en raison de vertiges. La tentative de réinsertion chez Q_____ n'a pas pu aboutir. Actuellement, il travaille à la buanderie de R_____ à l'essai, mais ce travail semble aussi relativement lourd […]. D'un point de vue orthopédique, je ne pense pas qu'on puisse exiger de ce patient un travail de force.

Un poste en position plutôt assise, impliquant seulement l'utilisation des membres supérieurs, pourrait être envisagé dans un atelier protégé […] ».

b. Invité par l'OAI à compléter des rapports, le docteur G_____, médecin généraliste, a fait état, les 18 février et 6 septembre 2019, d'une infection de la jambe en novembre 2018, ainsi que d'une dépression, d'une surdité et de troubles mnésiques, respectivement attentionnels. L'assuré avait récemment développé une hypoesthésie du pied et était incapable de rester debout sans ressentir des douleurs. On pouvait néanmoins s'attendre à une reprise du travail à temps partiel (40 % à 50 %) dans un poste adapté, en position assise.

c. Dans un rapport transmis à l'OAI le 7 septembre 2019, le Dr C_____ a expliqué que l'activité d'employé de buanderie qu'exerçait actuellement l'assuré était inadaptée, en raison d'un œdème récidivant, de cicatrices instables et de douleurs en cas de charge prolongée. Sa peau avait toujours été fragile et avait été abîmée par des chaussures de sécurité. Il suggérait que la capacité de l'assuré à exercer ce poste soit réévaluée.

d. Depuis le mois d'octobre 2019, l'assuré travaille à 50 % aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI), dans le cadre d'un atelier protégé.

e. Dans un rapport adressé à l'OAI le 12 novembre 2019, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ainsi que de dépendance à l'alcool (F10.24). L'assuré déplorait des douleurs persistantes aux jambes, suite à son accident, des apnées du sommeil et de graves problèmes d'audition. Il disait boire deux verres de vin rouge par jour. Suite à sa formation dans l'horlogerie, il n'avait pas pu travailler à cause du stress, qu'il ne supportait pas. Le status mettait en évidence des douleurs, une fatigue, de l'anxiété, des ruminations, une irritabilité, une mauvaise estime de soi et des troubles de la concentration. L'assuré était limité par son état dépressif, mais également par ses accès de colère et ses troubles cognitifs. La Dresse H_____ concluait à une capacité de travail nulle depuis le début du suivi, en juillet 2018, et aussi longtemps que l'état dépressif ne se serait pas amélioré.

f. Par avis du 6 janvier 2020, la doctoresse I_____, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que l'état de santé s'était aggravé, vu les troubles orthopédiques survenus dès fin 2018 et ayant nécessité une opération. Une aggravation était également possible sous l'angle psychiatrique, au regard des diagnostics retenus par la Dresse H_____ (troubles anxieux et dépressifs, dépendance à l'alcool). La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était suggérée.

g. Dans un rapport daté du 26 février 2020, le docteur J_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie auprès des HUG, a fait état d'une péjoration de l'hypoacousie et de difficultés de compréhension en augmentation, malgré

l'appareillage. On pouvait néanmoins s'attendre à ce qu'une activité adaptée soit exercée huit heures par jour, dans un environnement calme.

h. L'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, psychiatrie et orthopédie. Dans leur rapport du 9 juillet 2020, les docteurs K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, L_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles de fracture du pilon tibial droit en 2008 (avec problèmes cutanés itératifs, améliorés depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2019), de séquelles d'une fracture de la jambe droite en 1990, avec défaut d'axe persistant, ainsi que de surdité de perception bilatérale appareillée. Ils ont également mentionné divers diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, dont ceux de troubles mixtes de la personnalité (avec traits de personnalité anankastiques et émotionnellement labiles de type impulsif), d'épisode dépressif actuellement en rémission, d'obésité de stade 1, de hernie hiatale et d'hypertension artérielle traitée, respectivement d'hypercholestérolémie traitée. Dans l'activité d'aide-maçon, la capacité de travail avait été déclarée nulle depuis le 31 décembre 2009, date de l'échec d'une reprise professionnelle à titre thérapeutique. Dans la dernière activité exercée d'employé de buanderie et dans celle de concierge – incompatibles avec les limitations fonctionnelles –, les experts concluaient également à une capacité de travail nulle. En revanche, dans l'activité d'opérateur en horlogerie, ils évaluaient la capacité de travail à 100 % depuis le 1er janvier 2010, sous réserve d'une période d'un mois après l'intervention d'ablation du matériel d'ostéosynthèse (réalisée en février 2019). Par ailleurs, depuis la décision entrée en force du 16 avril 2015, la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été entière (sous réserve d'une période d'un mois après l'opération de février 2019, ainsi que la période du 18 au 26 avril 2016, en raison des atteintes ORL).

i. Par avis du 20 juillet 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a retenu une capacité de travail nulle dans les activités antérieures de maçon, de concierge et d'employé de buanderie, mais entière, dès 2010, dans toute profession adaptée, essentiellement sédentaire et permettant de se mobiliser en cas de besoin, sans environnement bruyant, ni montée d'échelles ou d'escaliers, ni port de charges au-delà de 15 kg, ni position statique debout ou marches longues / sur du terrain irrégulier.

j. Le 7 octobre 2020, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision de refus d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel.

k. Le 27 octobre 2020, l'OAI a reçu deux rapports du Dr C_____ datés des 15 juin et 20 octobre 2020, à teneur desquels la situation clinique s'était péjorée en 2020, les douleurs de la cheville et du genou ayant augmenté, ce qui rendait probable la réalisation d'une ostéomie de correction. Vu l'augmentation de la

symptomatologie, l'assuré n'était plus capable de travailler à 50 % aux EPI, de sorte que sa capacité de travail était actuellement nulle.

l. Dans un avis daté du 5 novembre 2020, la Dresse I_____ a exposé que les rapports du Dr C_____ mettaient en évidence des douleurs au niveau du genou droit (en sus de celles affectant la cheville), survenues postérieurement au volet orthopédique de l'expertise. Le Dr C_____ avait préconisé une ostéomie tibiale correctrice, ce qui n'avait toutefois pas encore été confirmé par le spécialiste auquel le patient avait été adressé. Le limitations fonctionnelles retenues par le SMR, qui visaient l'épargne du membre inférieur droit, permettaient également de préserver le genou droit, de sorte que du point de vue du SMR, la capacité demeurait entière dans toute activité adaptée. En cas d'ostéomie de correction, on devait s'attendre à une totale incapacité de travail pendant au moins trois mois, à réévaluer en fonction de l'évolution orthopédique.

m. Par pli du 30 novembre 2020, l'assuré s'est formellement opposé au préavis de décision de l'OAI. À l'appui de ses objections au préavis, il a transmis de nombreux rapports, dont :

- un bref certificat non daté (mais reçu par l'OAI le 31 octobre 2019), rédigé par Monsieur N_____, physiothérapeute, attestant que les douleurs de la cheville droite persistaient, depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, en février 2019, que les mouvements de flexion / extension étaient réduits et que l'assuré présentait une peau très sensible dans la région des deux malléoles ; il se plaignait de picotements lorsqu'il restait debout ou assis longtemps ;
- un certificat daté du 24 mars 2020 et émanant du Dr C_____, à teneur duquel un travail en position statique debout n'était pas envisageable, en raison d'un œdème récidivant et d'une peau fragile. En revanche, un emploi en position assise, par exemple en tant qu'opérateur en horlogerie, pourrait être envisageable, à un taux que le Dr C_____ ne pouvait estimer, de sorte qu'une expertise était suggérée ;
- un certificat établi le 12 juin 2020 par le Dr C_____, attestant que l'assuré avait besoin de travailler debout et assis, avec une table mobile à hauteur adaptable, ainsi qu'une chaise à roulettes, pour des raisons de confort ;
- un rapport daté du 19 novembre 2020, par lequel le Dr C_____ refusait de répondre à un questionnaire que lui avait adressé l'avocate de l'assuré (« je n'entre pas en matière par rapport à une expertise médicale déjà effectuée ») ;
- un rapport rédigé par le Dr G_____ le 3 mars 2020, complété le 30 juin 2020. Une tentative de travail en juin 2019 s'était soldée par un échec, en raison de l'apparition de douleurs en position debout, ainsi que d'une hypoesthésie du pied droit. Actuellement, l'assuré était incapable de rester debout de manière prolongée, de monter des escaliers fréquemment, de porter des charges ou de plier les jambes. La position assise lui était également

désagréable, en raison d'une hypoesthésie et d'une sensation de blocage. Le « dérouillage » générait également des douleurs. Actuellement, l'assuré occupait difficilement un poste à 50 % aux EPI, mais un taux de 40 % serait plus adapté. Une nouvelle intervention chirurgicale (ostéosynthèse) était envisagée ;

- un rapport daté du 26 novembre 2020, dans lequel la Dresse H_____ reprochait notamment à l'experte-psychiatre d'avoir banalisé la consommation d'alcool et de ne pas lui avoir demandé de renseignements médicaux, ajoutant que, contrairement à ce l'experte avait retenu, l'assuré n'était « pas vraiment » en rémission, puisqu'il présentait encore des symptômes anxieux et dépressifs. Par ailleurs, elle n'avait mis en évidence aucun trouble de la personnalité chez l'assuré et rien ne prouvait qu'un tel trouble existait depuis l'adolescence ;
- un rapport rédigé le 30 novembre 2020 par le Dr J_____. Le patient voyait ses capacités de compréhension et de concentration limitées par son trouble auditif, tout particulièrement dans un environnement bruyant, de même que son « état de fatigue ». Il était également limité dans les mouvements nécessitant une hyperextension ou une flexion de la tête. Sous l'angle ORL, la capacité de travail était proche de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans un environnement calme, n'impliquant ni risque évident de chute, ni mouvements de flexion et d'hyperextension de la tête. Le Dr J_____ n'était pas en mesure de se prononcer sur l'expertise.

n. Invitée par l'OAI à se déterminer sur les nouveaux rapports produits par l'assuré à l'appui de ses objections au préavis, la Dresse I_____ a fait valoir, le 15 décembre 2020, que le Dr C_____ ne mettait en évidence aucun élément dont le SMR n'aurait pas déjà tenu compte. Le Dr J_____ évoquait un problème de surdité déjà connu du SMR et une « suspicion » de déficit vestibulaire, sans apporter d'élément clinique à l'appui du déficit suspecté. Le SMR était d'avis qu'un travail en horlogerie sollicitait certes la nuque, mais n'impliquait pas de mouvements répétés de la tête, susceptibles d'engendrer des vertiges. Le SMR maintenait donc qu'une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée, simple et exercée en position assise, permettant d'alterner les positions ainsi que d'éviter les positions extrêmes de la nuque. S'agissant enfin du rapport de la Dresse H_____, le SMR relevait que l'experte-psychiatre du centre d'expertises SMEX SA (ci-après : SMEX), après avoir pris connaissance de tous les rapports médicaux, n'avait pas retenu de dépendance à l'alcool. Il ressortait bien plutôt desdits rapports le caractère impulsif et irritable de l'assuré, ce qui avait permis à l'experte de définir sa personnalité. Le trouble de la personnalité n'avait cependant pas été considéré comme décompensé et n'avait pas empêché antérieurement l'assuré de travailler. Pour le reste, l'experte n'avait pas mis en évidence de trouble dépressif ou anxieux et le rapport de la psychiatre traitante ne décrivait pas le status psychiatrique, ni le dosage des médicaments, de sorte

qu'une aggravation ne pouvait être retenue. Sur la base des indicateurs jurisprudentiels qu'elle avait analysés et qui mettaient en évidence les ressources de l'assuré, l'experte-psychiatre avait retenu une pleine capacité de travail.

o. Le 21 décembre 2020, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du Dr G_____ daté du 8 décembre 2020, faisant état d'une péjoration des douleurs de la jambe lorsque le patient se levait ou restait debout de manière prolongée. En outre, le Dr C_____ avait proposé une intervention visant un réalignement de la jambe par ostéosynthèse et l'assuré déplorait une aggravation de son hypoacousie. Enfin, l'assuré était suivi par une psychiatre en raison d'un trouble anxio-dépressif et se plaignait de problèmes familiaux.

p. Par avis du 8 janvier 2021, la Dresse I_____ a exposé que le rapport du Dr G_____ ne modifiait pas son appréciation. Sous l'angle orthopédique, l'atteinte restait la même et avait été jugée non incapacitante par l'experte, tandis que le Dr C_____ avait renoncé à se prononcer sur la capacité de travail. Dans l'hypothèse où une nouvelle intervention chirurgicale était pratiquée, on pourrait s'attendre à une incapacité de travail transitoire de trois à six mois dans toute profession. S'agissant de l'hypoacousie, l'exercice d'une profession était exigible, pour autant que l'environnement de travail ne soit pas bruyant, comme l'avaient retenu les experts et le SMR. Enfin, sous l'angle psychiatrique, les experts n'avaient pas retenu d'affection psychiatrique incapacitante et il ne ressortait pas du rapport du Dr G_____ que le status clinique se serait modifié. Le SMR avait au demeurant déjà pris position sur le dernier rapport de la Dresse H_____.

q. Par décision du « 21 décembre 2020 », annulée le lendemain à réception du rapport du Dr G_____, puis réexpédiée le 12 janvier 2021 et distribuée via case postale le 13 janvier 2021, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, au motif que les éléments médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande ne permettaient pas de mettre en évidence une péjoration de l'état de santé, partant une diminution de la capacité de gain. Selon l'office, l'état de santé était demeuré inchangé depuis les décisions des 16 avril 2015 et 2 octobre 2017, de sorte que le degré d'invalidité s'élevait toujours à 11 %.

C. **a.** Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours, le 12 février 2021, concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 21 décembre 2020 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2019. L'assuré a préalablement requis l'audition de ses médecins et la mise en œuvre d'une expertise en médecine orthopédique et en psychiatrie.

L'assuré a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, pour le motif que la décision attaquée ne prenait pas position sur les rapports transmis à l'appui de ses objections au préavis de décision. Sur le fond, il a contesté la valeur probante de l'expertise du SMEX, laquelle lui paraissait contradictoire dans la mesure où

l'experte-psychiatre avait constaté l'absence d'une baisse de la concentration, d'une diminution de l'estime de soi et d'idées suicidaires, alors que d'autres passages de l'expertise laissaient penser que ces symptômes étaient présents.

Sous l'angle orthopédique, l'expertise reposait sur des examens incomplets, faute pour l'expert d'avoir pris en compte les rapports postérieurs au mois de septembre 2019, notamment ceux des Drs G_____, C_____ ainsi que de M. N_____ (cf. attestation de M. N_____ du 31 octobre 2019, rapports et certificats du Dr G_____ des 3 mars, 12 et 30 juin 2020, rapport de consultation du Dr C_____ du 15 juin 2020). Elle ne tenait pas davantage compte des rapports du Dr C_____ produits à l'appui de l'opposition (cf. rapports des 20 octobre et 19 novembre 2020), dont il ressortait que le maintien des positions assise / debout était inenvisageable. C'était donc sans tenir compte de tous les éléments pertinents que les experts avaient retenu une pleine capacité de travail et des limitations similaires à celles fixées par la SUVA.

Enfin, l'expertise se contentait d'assimiler ses troubles auditifs à de simples désagréments, quand bien même il était médicalement attesté que ces troubles se répercutaient sur sa santé psychique en entravant ses facultés de communication et de compréhension. Cet aspect n'ayant pas été exploré dans l'expertise, on ne pouvait aboutir à une conclusion satisfaisante sur son état de santé en général. L'interaction entre les troubles n'avait pas davantage été examinée et les EPI n'avaient pas été invités à se déterminer sur sa capacité de travail. L'expertise était dénuée de valeur probante et il convenait de lui reconnaître une totale incapacité de travail, conformément aux conclusions de ses médecins, subsidiairement de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Pour le reste, il sollicitait la prise en compte d'un abattement de 25 % sur son revenu d'invalide et l'octroi de mesures d'ordre professionnel, dans l'hypothèse où une invalidité de 100 % ne devait pas lui être reconnue.

b. Dans sa réponse du 15 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

L'office avait respecté son devoir de motivation, la décision attaquée permettant de comprendre qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force. Le SMR s'était au demeurant déterminé sur les rapports produits à l'appui des objections au préavis de décision. Par ailleurs, sous l'angle médical et dans le cadre d'une procédure de révision, il était nécessaire de mettre en évidence un changement important au niveau de l'état de santé ou de la capacité de gain, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. L'expertise était probante et il n'appartenait pas au recourant de poser de son propre chef des conclusions relevant de la science médicale. L'abattement de 15 % retenu par l'office était conforme au droit, les limitations fonctionnelles n'empêchant pas la mise en valeur de la capacité de travail. S'agissant enfin des mesures de réadaptation professionnelle, on devait convenir qu'un nombre significatif d'activités étaient adaptées aux empêchements du recourant et son aptitude subjective à les suivre paraissait douteuse.

c. Le 8 juillet 2021, l'intimé a transmis à la chambre de céans, pour information, copie de deux rapports adressés par le docteur O_____ au médecin d'arrondissement de la SUVA et au Dr G_____, évoquant une intervention chirurgicale de correction du trouble axial de la cheville.

d. Les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives, par écritures des 27 avril, 13 et 21 septembre 2021.

e. Par écriture du 10 mars 2022, le recourant a exposé avoir subi une nouvelle intervention chirurgicale en décembre 2021 (arthrodèse tibio-talienne, dans le contexte d'une déformation post-traumatique du pilon tibial). Il a produit un rapport établi le 4 mars 2022 par le Dr O_____, à teneur duquel ce chirurgien jugeait que, suite à l'opération de décembre 2021, il était prématuré de se prononcer sur l'exercice d'une activité adaptée, mais qu'a priori, le patient devrait pouvoir effectuer une activité sédentaire, sans déplacements importants. Le recourant a également versé à la procédure un rapport des EPI daté du 28 février 2022, répondant à un questionnaire de son avocate, dans lequel il était notamment relaté que l'intéressé, quand il allait bien, était motivé et faisait preuve d'une attitude volontaire. Un retour sur le marché libre de l'emploi ne paraissait toutefois pas envisageable, une tentative de réinsertion dans l'atelier horlogerie des EPI ayant échoué. Il paraissait nécessaire qu'il y ait une cohérence entre le poste de travail et un milieu professionnel adapté.

f. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable.

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).

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).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées ci-après dans leur ancienne teneur.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'il a déposée en 2018.

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). 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.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. 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).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1).

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).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs sont classés comme suit :

- Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

  A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)

     Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3)

  B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

  C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

9.

9.1 Selon l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

9.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

9.3 Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

10. 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).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. En l'espèce, il convient tout d'abord de rappeler que dans sa décision entrée en force du 16 avril 2015, l'intimé avait rejeté une première demande de prestations, au motif que l'assuré, bien que totalement incapable d'exercer son activité antérieure de maçon, disposait néanmoins d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations, ce dont il résultait un degré d'invalidité de 11 %. L'intimé avait fondé sa décision, entre autres, sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement de la SUVA de juin 2010, ainsi que sur les rapports de réadaptation professionnelle de l'ORIF, dont il ressortait que l'assuré avait été reclassé en tant qu'opérateur en horlogerie et qu'il avait obtenu le diplôme correspondant (AFP).

Saisi en 2019 d'une nouvelle demande, en lien avec une péjoration alléguée de l'état de santé (cf. rapport du Dr C_____ du 14 novembre 2018), l'intimé a diligenté une expertise pluridisciplinaire en médecine interne, psychiatrie et orthopédie, à l'issue de laquelle les experts ont conclu que, depuis la décision entrée en force de 2015, la capacité de travail dans une activité adaptée était demeurée entière. Sur cette base, l'intimé, dans la décision attaquée, a rejeté la nouvelle demande.

Dans son recours, l'assuré fait valoir une violation du droit d'être entendu, pour le motif que l'intimé, dans sa décision, n'aurait pas pris position sur les rapports transmis à l'appui de ses objections au préavis de décision. Sur le fond, il conteste la valeur probante de l'expertise du SMEX, dont le volet psychiatrique lui paraît

contradictoire. Sous l'angle orthopédique, il soutient que l'expertise repose sur des examens incomplets, faute pour l'expert d'avoir pris en compte les rapports postérieurs au mois de septembre 2019, notamment ceux des Drs G_____ et C_____, ainsi que de M. N_____. Enfin, il reproche aux experts de ne pas avoir exploré la problématique de ses troubles auditifs et de ne pas avoir invité les EPI à se déterminer sur sa capacité de travail.

13. Il convient, en premier lieu, de se déterminer sur le grief du recourant tiré d'une violation du droit d'être entendu.

13.1 La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, consacré à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision ; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais elle peut au contraire se limiter à traiter ceux qui lui semblent pertinents (ATF 133 I 270 consid. 3 ; ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; 126 I 97 consid. 2b). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit l'autorité et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (cf. ATF 112 Ia 107 consid. 2b).

13.2 En l'espèce, contrairement à ce que soutient le recourant, la décision litigieuse est suffisamment motivée, dès lors qu'elle se réfère aux avis émis par le SMR, lequel s'est dûment déterminé sur les rapports produits à l'appui des objections au préavis de décision, en exposant pour quels motifs ces rapports ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions du SMEX (cf. avis des 15 décembre 2020 et 8 janvier 2021). De surcroît, le recourant a pu avoir accès au dossier administratif complet et prendre connaissance des prises de position du SMR, ainsi que de l'expertise du SMEX. Partant, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté.

14.

14.1 Sur le fond, la chambre de céans constate que l'expertise pluridisciplinaire du SMEX est fondée sur une anamnèse complète et détaillée, intégrant un résumé des pièces pertinentes versées au dossier, mais également sur les indications subjectives de l'assuré, des examens cliniques complets, ainsi qu'une discussion interdisciplinaire du cas. En outre, ses conclusions sont motivées, et les experts ont confronté leurs propres observations aux diagnostics de leurs confrères, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

14.2 Il ressort de cette expertise qu'au plan somatique, les experts ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles de fracture du pilon

tibial droit en 2008 (avec problèmes cutanés, améliorés depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2019), de séquelles d'une fracture de la jambe droite en 1990, avec défaut d'axe persistant, ainsi que de surdité de perception bilatérale appareillée. En substance, l'expert orthopédique a exposé que son examen clinique ne mettait en évidence ni œdème, ni atrophie au niveau des quadriceps et des muscles jumeaux, et que l'assuré était capable de marcher sur la pointe des pieds et les talons. L'arrière-pied présentait un discret varus, mais les callosités plantaires des deux pieds étaient identiques, ce qui démontrait que l'assuré était capable de se mouvoir « normalement » dans sa vie quotidienne (malgré une boiterie de la jambe droite). Il a précisé que les limitations fonctionnelles à respecter sous l'angle orthopédique se recoupaient avec celles énoncées par la SUVA en juin 2010. Pour sa part, l'experte en médecine interne a indiqué que l'assuré présentait une obésité modérée et un syndrome obstructif débutant (appareillé depuis 2016), atteintes sans répercussion sur la capacité de travail. Sous l'angle ORL, cette experte n'a pas retenu de syndrome vestibulaire central ou périphérique. Elle a précisé que son examen allait dans le même sens que celui du Dr J_____, à savoir qu'il fallait privilégier un environnement de travail calme (même si la compréhension de l'assuré durant l'entretien était bonne).

14.3 En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise, qui a été complété par un examen neuropsychologique, l'experte-psychiatre a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité, avec des traits de personnalité anankastiques émotionnellement labiles de type impulsif (F61.0) et d'épisode dépressif en 2017, désormais en rémission (F32). Contrairement à ce que laisse entendre le recourant, l'experte a justifié ses diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 ; ATF 143 V 409 consid. 4.5.2), tout en expliquant pourquoi elle se distanciait de ceux évoqués par la Dresse H_____ (trouble anxieux et dépressif mixte ; dépendance à l'alcool), relevant à cet égard que l'intéressé ne présentait plus de symptômes de la lignée anxieuse et dépressive à la date de l'expertise – grâce au traitement médicamenteux et au suivi psychiatrique – et pas non plus de dépendance à l'alcool (la consommation de l'assuré étant limitée à un verre par jour). Au vu des constatations ressortant de l'expertise, notamment celles ayant trait à l'absence de symptômes de la lignée anxieuse et dépressive, on ne saurait déduire du diagnostic et des symptômes pertinents un degré de gravité important de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

S'agissant du traitement (consid. 4.3.1.2), l'experte-psychiatre a précisé que l'assuré adhérait à son suivi psychiatrique-psychothérapeutique auprès de la Dresse H_____ ainsi qu'à son traitement de Cymbalta, lequel avait permis d'obtenir une bonne réponse thérapeutique. L'expertise ne met donc pas en évidence l'échec de tout traitement conforme aux règles de l'art, pas plus que l'échec d'une réadaptation conduite de manière adéquate, étant rappelé que l'assuré a pu être reclassé en tant qu'opérateur en horlogerie et qu'il a obtenu le

diplôme correspondant (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). S'agissant des comorbidités, les experts ont analysé globalement, comme le préconise la jurisprudence (consid. 4.3.1.3), l'interaction entre les troubles psychiques et les pathologies concomitantes, en soulignant notamment que les troubles auditifs de l'assuré se répercutaient sur son comportement et étaient indissociables de ses limitations psychiques, puisqu'ils réduisaient légèrement ses capacités d'apprentissage, sans pour autant empêcher la reprise d'une activité adaptée. S'agissant du complexe « personnalité » (consid. 4.3.2), l'experte a expliqué les raisons pour lesquelles elle retenait le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité, avec traits de personnalité anankastique et émotionnellement labile de type impulsif (F61.0). Elle a également relevé que l'expression de ces traits de personnalité tendait à disparaître lorsque l'assuré se sentait en sécurité et comprenait clairement les attentes de son employeur. S'agissant du contexte social et familial (consid. 4.3.3), l'expertise indique que l'assuré vit à Genève avec son fils de deux ans et avec son épouse. Ses parents vivent au Portugal, tout comme l'un de ses frères, tandis qu'un autre frère vit à Genève. Les relations avec la fratrie sont jugées « plus ou moins bonnes » par l'assuré, qui indique néanmoins avoir plus de contacts avec la famille de son épouse. L'intéressé obtient du soutien de son épouse, mais décrit également de nombreuses disputes, tant avec cette dernière qu'avec sa belle-fille. Le réseau social est qualifié de « restreint ». Eu égard aux renseignements ressortant de l'expertise, le contexte social et familial n'apparaît ni particulièrement favorable, ni particulièrement défavorable.

S'agissant des ressources (consid. 4.3.2), il ressort de l'expertise que l'assuré est diminué en ce qui concerne ses facultés à contrôler ses impulsions, à nouer des contacts et à s'adapter aux règles, ceci notamment en raison de sa surdité. En revanche, sa capacité de jugement et son sens des réalités sont préservés, tout comme son estime de soi et son dynamisme. L'assuré ne présente pas non plus de problèmes en ce qui concerne la planification des tâches. Selon l'experte, ces quelques limitations impliquent la nécessité de privilégier des travaux simples au sein d'une structure soutenante et d'éviter les environnements de travail bruyants, ainsi que les activités impliquant des horaires irréguliers. Pour autant, ces limitations n'empêchent pas l'exercice, à plein temps, d'une profession adaptée, ce que confirme également le résultat de l'examen neuropsychologique. Enfin, sous l'angle de la cohérence (consid. 4.4), les experts relèvent l'absence de comportement d'exagération ou de simulation, mais voient néanmoins une incohérence dans le fait que l'assuré s'estime incapable de travailler à plus de 50 % en raison de douleurs de la jambe / cheville droite et des vertiges dont il se plaint, alors qu'il demeure parallèlement capable de conduire sa voiture et de s'occuper de son fils, respectivement de faire le ménage, les commissions, de préparer les repas, de laver, de sécher le linge, et de monter les escaliers de son immeuble sans ascenseur. Les experts notent également que l'assuré travaille à mi-temps aux ateliers des EPI, où il se sent à l'aise, et qu'il a été en mesure

d'accomplir une formation dans l'horlogerie à plein temps, sanctionnée par un diplôme.

La chambre de céans estime que ces éléments plaident, dans l'ensemble, contre une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, et qu'ils tendent à démontrer que le recourant dispose de ressources mobilisables dans le domaine professionnel. Il apparaît dès lors que les indicateurs standards analysés sur la base de l'expertise du SMEX conduisent à réfuter le caractère sévère des troubles psychiques, de sorte que les experts étaient fondés à en nier le caractère invalidant.

À l'issue d'une discussion interdisciplinaire du cas, les experts ont conclu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans ses activités antérieures de maçon, d'employé de buanderie et de concierge. En revanche, depuis la décision entrée en force du 16 avril 2015, sa capacité de travail demeurait entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dont celle d'opérateur en horlogerie. La chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter de cette appréciation.

14.4 C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

En l'occurrence, ni le recourant, ni ses médecins ne mettent de tels éléments en évidence. Tout d'abord, contrairement à ce que soutient le recourant, on ne saurait valablement reprocher aux experts d'avoir omis de prendre en considération les rapports établis par les Drs G_____ et C_____, ainsi que par M. N_____ : la brève attestation rédigée par M. N_____, reçue par l'OAI le 31 octobre 2019, ne met pas en doute le point de vue des experts, dès lors qu'elle ne se prononce pas sur la capacité de travail, ceci à juste titre dans la mesure où c'est au médecin – et non au physiothérapeute – qu'il incombe d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). S'agissant des certificats du Dr G_____ des 12 et 30 juin 2020, respectivement des rapports du Dr C_____ des 15 juin, 20 octobre et 19 novembre 2020, ils n'ont été produits qu'au stade de l'opposition, soit postérieurement à l'expertise, et ne pouvaient donc être pris en compte par les experts au moment où ils ont rédigé leur rapport. En outre, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il prétend que ses troubles auditifs auraient été ignorés par les experts, cette problématique ayant été abordée aussi bien par l'experte en médecine interne que par l'expert-psychiatre. Quant au rapport du Dr G_____ du 3 mars 2020, il est résumé en p. 30 de l'expertise et n'a donc pas été omis par les

experts, à l'inverse de ce que prétend le recourant. Par ailleurs, dans la mesure où le recourant se prévaut d'une nouvelle intervention chirurgicale qu'il a subie en décembre 2021, soit postérieurement à la décision, il y a lieu de rappeler que 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). S'agissant des supposées « contradictions » invoquées, on relèvera que l'experte-psychiatre a bel et bien tenu compte de troubles cognitifs, contrairement à ce que semble croire le recourant, mais qu'elle a désigné ces troubles comme étant des « troubles de l'attention » plutôt que de « troubles de la concentration ». L'experte ne s'est donc pas contredite en retenant, dans son status clinique, la présence de troubles de l'attention (justifiée par le fait que l'assuré perd parfois le fil de la discussion) et l'absence de troubles de la concentration. Par ailleurs, l'experte a dûment justifié les raisons pour lesquelles elle ne retenait pas de diminution de l'estime de soi et le recourant tente de se substituer à l'experte lorsqu'il laisse entendre que cette dernière se devait de retenir la présence d'idées suicidaires, parce qu'il lui a indiqué qu'il « [pouvait] faire des menaces suicidaires ou violentes lorsqu'[il était] en colère ».

Enfin, il convient de relever qu'à l'exception de la Dresse H_____, les avis émis par les médecins de l'assuré ne s'écartent pas fondamentalement de ceux des experts du SMEX. Le Dr C_____, dans ses rapports des 24 mars et 12 juin 2020, a préconisé l'exercice d'un emploi en position assise, par exemple en tant qu'opérateur en horlogerie (moyennant certains aménagements). Dans un rapport subséquent, daté du 19 novembre 2020, il a refusé de se déterminer sur le contenu de l'expertise, après avoir été invité par la représentante de l'assuré à faire part de ses éventuelles critiques vis-à-vis de celle-ci. De son côté, le Dr J_____ a fait état, sous l'angle ORL, d'une capacité de travail « proche de 100 % » dans une activité adaptée, ce qui coïncide peu ou prou avec les conclusions des experts. Pour sa part, le Dr G_____ s'est essentiellement limité à relayer les plaintes de son patient pour en déduire que, dans l'activité actuellement exercée au sein des ateliers des EPI, un taux d'activité de 40 % serait préférable. Le médecin traitant n'a toutefois pas pris position sur les constatations et conclusions figurant dans l'expertise, de sorte que son appréciation ne remet pas en cause celle des experts. Quant à la Dresse H_____, elle a certes conclu à une capacité de travail nulle depuis le début de son suivi, en juillet 2018. Toutefois, cette praticienne n'a pas mis en évidence non plus d'élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré par les experts et serait suffisamment pertinent pour en remettre en cause leurs conclusions. En effet, la Dresse H_____ affirme en substance que contrairement à l'experte-psychiatre, elle n'a pas mis en évidence de trouble de la personnalité chez l'assuré, que l'intéressé n'est « pas vraiment en rémission » puisqu'il présente encore des symptômes anxieux et dépressifs, que l'experte-psychiatre aurait banalisé la consommation d'alcool et ne s'est pas entretenue avec elle. Ce faisant, cette praticienne se limite pour l'essentiel à fournir une appréciation

divergente de l'état de santé psychique de l'assuré, ce qui ne suffit pas à remettre en cause le résultat de l'expertise. En outre, dans la mesure où la Dresse H_____, respectivement le recourant, reprochent à l'experte-psychiatre de ne pas l'avoir contactée, et de ne pas avoir contacté non plus les EPI, on rappellera que le corps médical dispose d'une large autonomie dans la conduite de ses examens et que le juge n'intervient qu'avec retenue lorsqu'il s'agit de remettre en cause la méthodologie utilisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.2 et les références). Or, on ne saurait valablement faire grief aux experts de ne pas avoir pris contact avec les EPI et avec la Dresse H_____, alors que l'assuré les avait déjà suffisamment renseignés, durant l'expertise, au sujet du déroulement de son stage aux EPI, et que par ailleurs, ils avaient déjà connaissance du point de vue de la Dresse H_____, puisqu'ils avaient résumé son rapport en p. 39 de l'expertise.

15.

15.1 Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise du SMEX, dont il résulte que, depuis la décision du 16 avril 2015, la capacité de travail du recourant est demeurée entière dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, dont celle d'opérateur en horlogerie (sous réserve d'une période d'un mois après l'opération de février 2019, ainsi que la période du 18 au 26 avril 2016, en raison des atteintes ORL).

15.2 Selon la décision entrée en force de 2015, le recourant, s'il était resté en bonne santé, aurait perçu un revenu sans invalidité de CHF 69'361.-, correspondant au salaire de maçon qu'il a perçu jusqu'en 2009, en tenant compte de l'évolution des salaires. Quant au revenu d'invalide, il a été fixé à CHF 61'843.-, montant correspondant au salaire pour lequel l'assuré a été engagé chez Rolex SA (en 2014), dans le cadre du contrat à durée déterminée obtenu à l'issue de sa formation d'opérateur en horlogerie. De la comparaison des revenus, il résulte un degré d'invalidité de 11 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

15.3 À juste titre, le recourant ne discute pas les détails de la comparaison des gains opérée en 2015, à laquelle on peut ici se référer en l'absence de modification significative de l'état de santé. Le recourant soutient néanmoins qu'un abattement de 25 % devrait être retranché de son revenu d'invalide, afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles (troubles de la concentration, incapacité à porter des charges, à fléchir les jambes et à marcher plus ou moins longtemps).

La chambre de céans constate que la situation du recourant au regard des éléments déterminants pour la prétention en cause n'a pas connu d'évolution significative depuis le refus de la rente d'invalidité en 2015 : les répercussions de l'état de santé sur la capacité de travail dans une activité adaptée - toujours exigible à un taux de 100 % -, sont restées les mêmes, et la profession d'opérateur en horlogerie demeure adaptée, conformément aux conclusions de l'expertise. En outre, le spectre des limitations fonctionnelles est similaire par rapport à la situation qui

prévalait en 2015. La capacité de gain (théorique) de l'assurée ne s'en trouve dès lors pas modifiée ni, en conséquence, le degré d'invalidité. À défaut d'une modification notable, le taux d'invalidité n'a pas à être fixé à nouveau (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_759/2019 du 31 juillet 2020 consid. 5).

De surcroît, en invoquant un abattement de 25 % sur le revenu d'invalide, le recourant n'établit pas que le taux d'invalidité en résultant serait suffisant pour justifier le droit à un quart de rente. En effet, même si l'on voulait tenir compte d'un abattement de 25 % sur le revenu d'invalide, le taux d'invalidité ne s'élèverait qu'à 33 % (CHF 69'361.- – [0.75 x CHF 61'843.-] / CHF 69'361.- = 33 %). En conclusion, il convient d'admettre que, depuis la décision de 2015, l'état de santé du recourant ne s'est pas péjoré dans une mesure suffisante pour ouvrir le droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI).

16. En dernier lieu, le recourant sollicite l'octroi de (nouvelles) mesures d'ordre professionnel, sans préciser lesquelles.

16.1 Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 139 V 399 consid. 5.4).

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3). La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité (ATF 139 V 399 consid. 5.6 et l'arrêt cité).

En l'occurrence, le recourant a déjà bénéficié d'une mesure de reclassement en tant qu'opérateur en horlogerie, laquelle a été sanctionnée par un diplôme (AFP). Quoi qu'en dise l'assuré, la profession d'opérateur en horlogerie lui demeure accessible (moyennant certains aménagements), selon les experts, et lui permettrait d'obtenir un revenu satisfaisant, du même ordre que celui qu'il percevait jadis en tant que maçon. Au vu du degré d'invalidité de 11 % qu'il présente depuis l'obtention de son diplôme, l'intéressé ne se trouve pas dans la situation où il pourrait prétendre à l'octroi de mesures supplémentaires de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_409/2014 du 7 novembre 2014 consid. 8).

16.2 En ce qui concerne l'orientation professionnelle, y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation

professionnelle spécialisée (art. 15 LAI ; Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, n^os^ 2001 et 2002). 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. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références).

Le Tribunal fédéral a jugé que lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées à l'état de santé de l'assuré et accessibles sans formation particulière, il n'existait guère d'obstacle à l'exercice d'un emploi adapté, de sorte que l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle apparaissait superflu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3).

En l'espèce, dans la mesure où le recourant pourrait, selon les experts, exercer aussi bien la profession d'opérateur en horlogerie, dans laquelle il a été reclassé, que toute autre profession adaptée à son handicap de la jambe droite et à ses troubles ORL, on peut raisonnablement considérer que le marché du travail lui offre un nombre suffisant d'activités physiquement peu astreignantes, compatibles avec les limitations énoncées et accessibles sans formation particulière. Cela rend superflu l'octroi d'une nouvelle mesure d'orientation professionnelle. Pour le reste, le recourant ne désigne aucune autre mesure d'ordre professionnel susceptible d'entrer en considération dans son cas, de sorte que l'intimé était fondé à refuser l'octroi de nouvelles mesures de réadaptation.

17. Le dossier permettant à la chambre de céans de se prononcer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il est inutile d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a). Par ailleurs, l'audition des médecins du recourant ne se justifie pas davantage, dans la mesure où ceux-ci ont déjà eu l'occasion de s'exprimer à maintes reprises par écrit, comme en témoignent les (très) nombreux rapports versés à la procédure.

18. Mal fondé, le recours est rejeté.

19. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de 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	Le président
Véronique SERAIN	Philippe KNUPFER

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