

# **GE\_GERICHTE ATAS/446/2022 vom 19. Mai 2022**

GE Cour de justice, 2022-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_446\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_446_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/446/2022 du 19 mai 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/446/2022 del 19 maggio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

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

### **E. 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.

### **E. 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

A/517/2021 - 11/24 - 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.

### **E. 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.

### **E. 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.

## **E. 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).

## **E. 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

A/517/2021 - 12/24 - 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)

A/517/2021 - 13/24 - 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

A/517/2021 - 14/24 -

## **E. 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 LPG), 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

A/517/2021 - 15/24 - 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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

A/517/2021 - 16/24 - 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.

#### **E. 13**

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

##### **E. 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).

### **E. 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

### **E. 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

A/517/2021 - 17/24 - 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 distancie 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 adhère 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

A/517/2021 - 18/24 - 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 soutenant 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

A/517/2021 - 19/24 - 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

A/517/2021 - 20/24 - 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

A/517/2021 - 21/24 - 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.

### **E. 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

### **E. 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'invalidité, 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.

### **E. 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'invalidité, 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

A/517/2021 - 22/24 - 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'invalidité, 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'invalidité, le taux d'invalidité ne s'élèverait qu'à 33 % ( $\text{CHF } 69'361.- - [0.75 \times \text{CHF } 61'843.-] / \text{CHF } 69'361.- = 33 \%$ ). 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).

### **E. 16**

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

### **E. 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).

### **E. 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

A/517/2021 - 23/24 - professionnelle spécialisée (art. 15 LAI ; Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 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.

**E. 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.

**E. 18**

Mal fondé, le recours est rejeté.

**E. 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).

A/517/2021 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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