RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2013/2022 **ATAS/54/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 janvier 2023

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à GENÈVE	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1962, divorcée, est de nationalité portugaise et titulaire d'une autorisation d'établissement C.

b. L'assurée est sans formation professionnelle et n'exerce plus d'activité professionnelle depuis le 5 février 2020. Elle a exercé une activité principalement en tant que vendeuse et en dernier lieu en tant qu'employée de maison à temps partiel, engagée par C_____ (jusqu'au 5 février 2020) et nettoyeuse à temps partiel pour D_____ (jusqu'au 30 septembre 2019).

c. L'assurée a été victime de trois accidents (entrainant des douleurs lombaires irradiant à la face externe et au pli inguinal droit et à l'épaule droite) et a perçu des prestations de l'assurance-accident jusqu'au 30 juin 2019. L'assurée a ensuite bénéficié des prestations de l'assurance-chômage du 11 novembre 2019 au 10 août 2022.

B. **a.** Le 22 juin 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en mentionnant une atteinte à la santé depuis 2017 à la suite d'un accident.

b. Le 24 juin 2021, le docteur E_____, FMH médecine interne générale et rhumatologie, a indiqué que l'assurée refusait catégoriquement des infiltrations. Une réduction de poids ainsi qu'une consultation du dos en rhumatologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pouvaient être proposées mais l'assurée était peu motivée à la reprise de son travail ou à une réorientation professionnelle.

c. Dans un rapport médical sur questions de l'OAI du 3 août 2021, le docteur F_____, FMH médecine interne générale, intervenant depuis 2017 en qualité de médecin traitant de l'assurée, a indiqué que l'assurée ne pouvait plus exercer son métier de femme de ménage avec des charges lourdes. Il a précisé avoir diagnostiqué chez l'assurée des lombocruralgies droites chroniques, une discopathie L3-L4-L5 et une bursite trobatérienne droite.

d. Par questionnaire de l'OAI du 28 septembre 2021, C_____ a mentionné que le rapport de travail avait pris fin le 5 février 2020, date du dernier jour de travail effectif de l'assurée. Celle-ci avait travaillé dans son entreprise environ 15 heures par semaine avant et après l'atteinte à sa santé. Selon son appréciation, l'assurée pouvait exercer un métier qui ne demandait pas d'effort physique.

e. D_____ a indiqué le 2 novembre 2021, également sur questions de l'OAI, que l'assurée avait travaillé dans son entreprise jusqu'au 30 septembre 2019. Elle réalisait 10 heures de travail par semaine depuis le 26 février 2016. Le travail que pouvait exercer l'assurée dépendait de son état physique.

f. Dans leur avis médical du 19 novembre 2021, la doctoresse G_____ et la doctoresse H_____, FMH médecine interne générale, du service médical

régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR), ont indiqué que l'activité habituelle d'employée de maison n'était plus exigible. Elles ne pouvaient toutefois pas se prononcer sur une activité adaptée.

g. Le 7 décembre 2021, le Dr F_____ a mentionné, sur questions du SMR, que l'assurée avait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de femme de ménage, qu'elle ne pouvait pas assumer un travail physique, mais qu'elle pouvait en revanche exercer à 100% une activité adaptée en travaillant, en tant que vendeuse ou caissière.

h. Par rapport du 10 décembre 2021, le Dr E_____ a mentionné que l'assurée pouvait probablement travailler à 50% en tant que réceptionniste, vendeuse ou caissière. Les diagnostics de l'assurée avec répercussion sur la capacité de travail étaient des lombocruralgies droites chroniques sur surcharge pondérale / mécanique L3-L4-L5 et discrète bursite trochantérienne droite.

i. Par rapport SMR du 16 mars 2022, les Dresses G_____ et H_____ ont proposé de suivre l'avis du Dr F_____ et de s'écarter de l'avis du Dr E_____. Un entretien téléphonique avec le Dr F_____ s'était tenu le 14 mars 2022, lors duquel le Dr F_____ avait confirmé la capacité de travail de 100% de l'assurée dans une activité adaptée, sans efforts physiques, dès le 15 juillet 2019 et avait indiqué ne pas avoir attesté d'incapacité de travail de longue durée avant octobre 2018.

L'assurée avait été en mesure de travailler, sans effort physique, 25 heures par semaine jusqu'en février 2020. L'atteinte principale à la santé incapacitante de l'assurée étaient des troubles dégénératifs du rachis lombaire : discopathies modérées / remaniement L3-L4-L5 et une discrète bursite trochantérienne hanche droite. Les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les suivantes : pas de travaux physiques, alternance des positions, pas de port de lourdes charges, pas de mouvement en porte-à-faux du rachis et des déplacements limités. Dès le 4 octobre 2018, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans toute activité et dès le 15 juillet 2019, elle présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

j. Dans une note de l'OAI du 21 mars 2022, il a été retenu que l'assurée avait un statut d'active car elle avait travaillé pour différents employeurs malgré son atteinte à la santé, et elle cherchait lors de son inscription à l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) un nouvel emploi à temps plein.

k. Par projet de décision du 23 mars 2022, l'OAI a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a retenu une incapacité de travail de 100% dans toute activité dès le 4 octobre 2018. Toutefois, au vu de l'amélioration de son état de santé à partir du 15 juillet 2019, sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les revenus sans et avec invalidité de l'assurée étaient calculés selon l'enquête suisse sur la structure des

salaires (ESS), avec une déduction de 10% en raison de son âge et de ses limitations fonctionnelles.

l. Par écriture du 12 mai 2022, l'assurée a contesté le projet de décision en indiquant qu'elle ne pouvait pas travailler dans le nettoyage et qu'il n'y avait pas eu d'amélioration de son état de santé en 2019. Son état de santé s'était même aggravé depuis fin 2021.

m. Par décision du 23 mai 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. **a.** Le 20 juin 2022, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de cette décision, en concluant, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, à une demi-rente d'invalidité. Son état de santé s'était aggravé. La déduction sur le revenu d'invalide devait tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge ainsi que du fait qu'elle ne pouvait travailler qu'à temps partiel, de sorte qu'elle devait être augmentée à 25%. En raison de son manque de formation professionnelle, de son âge, de ses problèmes de santé et de son statut d'étranger, il était irréaliste de considérer qu'elle puisse obtenir un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. La prise en compte d'un gain d'une activité adaptée contrevenait à la notion de marché équilibré du travail et à la loi. Elle a joint à son recours une attestation médicale du 5 mai 2022 du Dr F_____, indiquant que l'évolution clinique de l'assurée n'était pas satisfaisante et qu'elle allait en s'aggravant. Elle avait des difficultés à rester debout et à marcher même sur une courte distance. Elle avait aussi des douleurs nocturnes qui perturbaient son sommeil. Le Dr F_____ modifiait son appréciation de décembre 2021 et estimait désormais que l'assurée ne pouvait travailler qu'à 50%.

b. Selon un avis médical du 14 juillet 2022 de la doctoresse I_____, FMH médecine interne générale, du SMR, en l'absence de nouvel élément médical objectif, l'appréciation précédente du cas était maintenue.

c. Le 18 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'activité adaptée de la recourante était délimitée principalement par son atteinte lombaire. L'âge de la recourante ne constituait pas un empêchement pour la recherche d'une activité adaptée au sens de l'assurance-invalidité et les limitations fonctionnelles de l'assurée n'étaient pas suffisamment étendues pour justifier une déduction de 25%.

d. Par réplique du 8 août 2022, la recourante a sollicité sa comparution personnelle et l'audition du Dr F_____.

e. Le 19 septembre 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Dans le cadre de celle-ci, la recourante a expliqué avoir eu trois accidents en 2017 et 2018, lorsqu'elle travaillait pour D_____. Le dernier accident était le plus grave. Après ces accidents, elle avait retravaillé trois mois pour D_____, puis avait été licenciée. Elle avait également travaillé peu de temps pour C_____. Les accidents lui avaient créé des problèmes dorsaux, à

l'épaule droite et à la hanche droite. Elle ne travaillait plus et n'avait plus le droit aux indemnités de chômage depuis le 10 août 2022. Elle estimait ne pas pouvoir travailler à 100%. Lorsqu'elle effectuait ses propres tâches ménagères, elle ne se sentait pas bien. Elle devait prendre presque tous les jours du Dafalgan. Dans le cadre du chômage, elle avait recherché un emploi à 100% dans un autre domaine que le nettoyage. Elle estimait qu'un travail de vendeuse, sans port de charges lourdes, pouvait être compatible.

f. Le 6 octobre 2022, sollicité par le chambre de céans, le Dr F_____ a indiqué que l'état de la recourante s'était dégradé entre décembre 2021 et mai 2022, ce qu'il avait constaté lors de sa consultation du 5 mai 2022. En décembre 2021, il avait estimé que, dans une activité plus légère, elle pouvait exercer un travail à 100%. En mai, la recourante n'arrivait même plus à effectuer les tâches de son propre ménage en raison de ses douleurs plus intenses. Il était d'accord avec les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, soit la nécessité d'épargner le rachis lombaire et l'exercice d'une activité sans effort, pour autant qu'on trouve une activité adaptée à la recourante et peut-être avec un début à 50%. Le Dr F_____ ne comprenait pas sur quoi se fondait l'appréciation de la Dresse I_____ pour faire remonter une capacité de travail dans une activité adaptée à 100%, que la recourante n'avait pas eu, trois ans plus tôt, soit le 15 juillet 2019.

g. Par écriture du 24 octobre 2022, la recourante a souligné que le courrier du 6 octobre 2022 du Dr F_____ confirmait ses déclarations lors de l'audience du 19 septembre 2022. En outre, elle a réitéré la demande d'audition du Dr F_____.

h. Par écriture du 27 octobre 2022, l'intimé a considéré que le Dr F_____ ne reportait que des éléments anamnestiques qui ne permettaient pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé. Cette conclusion était fondée sur l'avis médical du SMR du 27 octobre 2022, joint en annexe, selon lequel le courrier du 6 octobre 2022 du Dr F_____ relatait des faits subjectifs et ne reposait sur aucun élément médical objectif.

i. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. 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 est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'espèce, la décision a été rendue postérieurement au 1er janvier 2022. Cela étant, la recourant invoque une incapacité de travail depuis 2017 et un droit à une éventuelle rente d'invalidité antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions de la LAI et de son règlement s'appliquent dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4.

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

4.2 En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas

à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5.

5.1 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

5.2 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.

5.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.4 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.

6.1 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).

6.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé, pour déterminer la capacité de travail de la recourante exigible dans une activité adaptée, sur l'avis du SMR du 16 mars 2022, lequel reprenait l'avis du Dr F_____, médecin traitant de la recourante, du 7 décembre 2021. Selon celui-ci, la recourante présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle de femme de ménage (elle ne pouvait assumer un travail physique) mais pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, conclusion confirmée par un entretien téléphonique avec le Dr F_____ du 14 mars 2022.

La recourante a produit, en cours de procédure, une nouvelle pièce, soit le rapport du Dr F_____ du 5 mai 2022, dans lequel celui-ci a modifié son appréciation du 7 décembre 2021. Il a fait état d'une dégradation de l'état de santé de la recourante, celle-ci ne parvenant plus à faire ses tâches ménagères, entrainant une incapacité de travail de 50% même dans une activité adaptée. Il a ensuite confirmé cette aggravation de l'état de santé dans son rapport du 6 octobre 2022 adressé à la chambre de céans.

Dans son rapport du 16 mars 2022, sur lequel s'est fondée la décision de l'intimé du 23 mai 2022, le SMR s'est rallié à l'avis du 7 décembre 2021 du Dr F_____. Or, dans la mesure où celui-ci a été modifié, le SMR se devait d'en tenir compte. Sollicité par l'intimé pour se déterminer sur la nouvelle attestation du Dr F_____ du 5 mai 2022, le SMR s'est toutefois limité à reprendre le 27 octobre 2022 les anciennes conclusions du Dr F_____, sans examiner la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, laquelle, selon les explications du Dr F_____, est antérieure au 23 mai 2022, date de la décision litigieuse.

Par ailleurs, les conclusions du Dr F_____ du 5 mai 2022 et du 6 octobre 2022 rejoignent l'avis du Dr E_____, qui concluait à une capacité de travail de la recourante limitée à un taux de de 50% dans une activité adaptée.

Dans ces circonstances, une instruction médicale relative à l'aggravation de l'état de santé alléguée est nécessaire. Vu l'absence d'instruction médicale de la part de l'intimé, il se justifie de lui renvoyer la cause, pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision.

Au vu du renvoi de la cause à l'intimé, il ne se justifie pas d'examiner les autres griefs de la recourante.

8. Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision querellée annulée, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, n'est pas représentée par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 23 mai 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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