

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2631/2023

ATAS/295/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 avril 2024**

**Chambre 10**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Maurizio LOCCIOLA, avocat

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1977, originaire du Portugal, marié et père de deux enfants nés en 2004 et 2006, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1995. Il a travaillé en qualité d'ouvrier agricole puis, dès le 1<sup>er</sup> février 2000, en tant que pépiniériste auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_.
- b.** L'assuré a été victime de deux accidents professionnels les 6 février 2001 et 10 juin 2003, lesquels ont entraîné un traumatisme cranio-cérébral, respectivement un traumatisme oculaire sévère de l'œil droit avec une rupture cornéenne et une lésion du cristallin avec une cataracte, qui ont nécessité des opérations en juin et novembre 2003, mai 2004, décembre 2005 et mai 2012.
- c.** Le 7 février 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), mentionnant ne plus pouvoir travailler comme jardinier en raison des suites des accidents de 2001 et 2003.
- d.** Dans un avis du 5 octobre 2007, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a retenu que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans un métier ne requérant pas une vision stéréoscopique, l'utilisation de machines rotatives à haute vitesse et de scies motorisées, et ne l'exposant pas à une poussière excessive.
- e.** Le 23 février 2009, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité, fixé à 13%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, mais qu'une aide au placement pourrait être mise en œuvre s'il en faisait la demande.
- f.** Suite à un entretien avec l'intéressé le 3 mars 2009 l'OAI lui a accordé une mesure d'aide au placement.
- B.** **a.** Le 24 septembre 2010, suite à un accident de la circulation, l'assuré a notamment subi un traumatisme crânien, une fracture du tibia droit, une fracture de deux côtes et de nombreuses contusions, notamment de l'épaule et de l'omoplate droite.
- b.** Le 15 décembre 2010, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de prestations. Il a indiqué avoir continué à travailler comme jardinier à 100% pour l'entreprise B\_\_\_\_\_, jusqu'à son accident du 24 septembre 2010 qui avait entraîné une incapacité totale de travail.
- c.** L'OAI a confié une expertise multidisciplinaire comportant des volets en médecine interne, neuropsychologie, ophtalmologie, orthopédie, neurologie, psychiatrie et rhumatologie, à C\_\_\_\_\_.

Dans leur rapport du 14 juin 2016, les experts ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, un traumatisme de l'œil droit sévère

avec une plaie cornéenne et une cataracte traumatique le 10 juin 2003 (avec une suture de la lacération transfixiante du tiers supérieur de la cornée et une phakoémulsification de la cataracte sans implantation le 10 juin 2003, une implantation secondaire d'une lentille intraoculaire le 4 novembre 2003, un status après une greffe autologue et une rotation de greffon en raison d'une taie cornéenne post-traumatique le 13 mai 2004, une capsulotomie par laser le 15 décembre 2005, une vitrectomie antérieure le 7 mai 2012, un astigmatisme et une possible rétinopathie contusive), des omalgies droites depuis 2010, aggravées depuis 2013, avec une suture d'une lésion du sus-épineux et d'une lésion de SLAP (pour *Superior Labrum from Anterior to Posterior*) et une ténotomie du long chef du biceps en octobre 2015, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

Ils ont également retenu, à titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, des gonalgies gauches avec une arthroscopie en 2002 puis en novembre 2015 pour une méniscectomie itérative, une entorse du genou droit en mars 2009 avec une arthroscopie et une méniscectomie itérative en juin 2009 et en août 2010, un accident de la voie publique le 24 septembre 2010 avec une fracture du tiers distal de la diaphyse droite traitée par enclouage avec une ablation du matériel d'ostéosynthèse le 11 avril 2013, et des lombo-fessalgies depuis l'accident de 2010 traitées conservativement.

Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, l'assuré devait, sur le plan orthopédique, alterner les positions assise et debout, se déplacer régulièrement, ne pas travailler avec les bras au-dessus de 60° en élévation et ne pas porter pas des charges de plus de 10 kg, exceptionnellement 15 kg. Sur le plan neurologique, aucune restriction n'était retenue. Au niveau neuropsychologique, l'assuré présentait un trouble de la mémoire de travail, un ralentissement et des signes de fléchissement exécutif. Sur le plan ophtalmologique, il ne pouvait pas travailler dans la poussière, avoir une vision stéréoscopique, utiliser des machines dangereuses et travailler en hauteur. Au niveau psychique, des difficultés d'organisation, une labilité émotionnelle et une fatigabilité étaient retenues.

En cas de réalisation de l'intervention ophtalmologique proposée, une nouvelle évaluation clinique serait nécessaire afin d'examiner la nouvelle capacité visuelle de l'assuré et l'éventuelle récupération de sa fonction visuelle stéréoscopique.

D'un point de vue somatique, la capacité de travail était de 0% dans l'ancienne activité de pépiniériste/aide-jardinier en raison des problèmes ophtalmologiques depuis le 10 juin 2003, et de 50% dans une activité adaptée en raison des limitations neuropsychologiques mises en évidence depuis novembre 2001. De mai 2015 à janvier 2016, en raison de l'aggravation de l'état psychique, la capacité résiduelle avait été temporairement nulle, mais elle était estimée à 30% depuis février 2016, dans une activité adaptée aux limitations rhumato-orthopédiques et ophtalmologiques.

**d.** Dans un avis du 25 août 2016, le SMR a admis les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus dans le rapport d'expertise, et conclu que l'assuré présentait une aggravation de son état de santé somatique et psychique depuis le 24 septembre 2010. Il ne reviendrait en revanche pas sur l'évaluation de la capacité de travail antérieure à la première décision du 4 mars 2009, entrée en force. En conclusion, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 30% dans une activité adaptée. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au 14 mars 2011.

**e.** Par décision du 24 novembre 2016, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière de l'assurance-invalidité, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2011. En effet, ses atteintes à la santé entraînaient une incapacité totale de travail dans son activité habituelle de pépiniériste depuis le 24 septembre 2010, mais il conservait une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée à partir du 14 mars 2011. Après comparaison des revenus de valide (CHF 65'078.-) et d'invalidité (CHF 15'742.-), la perte de gain s'élevait à CHF 49'336.-, correspondant à un taux d'invalidité de 75.81%, arrondi à 76%.

**C. a.** Par courrier du 19 juillet 2017, le service de police, du commerce et de lutte contre le travail au noir (ci-après : PCTN) a informé l'OAI que des investigations avaient été menées dans le domaine de l'apiculture à Genève et qu'il en ressortait que l'assuré était propriétaire de 289 ruches en 2016, ne déclarerait aucun revenu en rapport avec une activité d'apiculteur à l'administration fiscale cantonale (ci-après : AFC), établirait certaines factures au nom de son épouse lors de la vente de sa production de miel pour ne pas apparaître officiellement. Selon les spécialistes de la branche, la possession et l'exploitation de plus de 100 ruches était considérée comme une activité à plein temps, la production annuelle d'une ruche était en moyenne estimée à 20 kg de miel et le prix de gros d'un kilo de miel se négociait entre CHF 18.- et CHF 30.- selon la qualité.

**b.** L'OAI a adressé à l'assuré un questionnaire pour la révision de sa rente, initialement prévue en septembre 2021. L'intéressé y a répondu le 11 octobre 2017, indiquant que son état de santé n'avait pas évolué et qu'il n'exerçait aucune activité lucrative, mais qu'il s'occupait parfois des abeilles de son épouse.

**c.** Par rapport du 6 novembre 2017, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des épisodes dépressifs récurrents sévères sans symptômes psychotiques (F33.2) ayant une influence sur la capacité de travail, ainsi que des traits de la personnalité anxieuse (Z73.1), sans effet sur ladite capacité. L'évolution était stationnaire et l'incapacité de travail totale depuis 2015. Il avait constaté un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration, une aboulie et un isolement social. Malgré une bonne compliance, l'anamnèse était marquée par des rechutes dépressives sévères, entrecoupées d'épisodes moyens.

**d.** Par rapport du 10 décembre 2017, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin, a fait état de la persistance des douleurs et des limitations articulaires rendant difficiles les activités de la vie quotidienne et impossible une activité professionnelle de force. Il n'était pas compétent pour se déterminer sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

**e.** Le 20 décembre 2017, l'assuré a été opéré par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a procédé à une réinsertion-suture du tendon sus épineux de l'épaule droite, à une réinsertion-suture du labrum postéro-supérieur, à une résection du flaps cartilagineux instable et à une chondroplastie de la tête humérale en postéro-supérieur, à des synovectomies étendues, à une résection des adhésions fibro-cicatricielles sous-acromiales et à une reprise de l'acromioplastie, ainsi qu'à une résection étendue des ostéophytes et à une reprise de la résection de la clavicule latérale.

**f.** Le 12 avril 2018, lors d'un entretien dans les locaux de l'OAI, l'assuré a notamment indiqué qu'il n'avait aucune activité rémunérée, ni occupationnelle régulière, ni de loisirs. Il n'avait pas tenté de reprendre une activité professionnelle, ni une activité de bénévolat. Il sortait parfois et se rendait au jardin de son frère à Confignon, où il y avait des poules. Ses revenus et ceux de son épouse étaient composés du salaire de sa femme qui travaillait à 50% comme assistante en pharmacie, et de ses rentes de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents, étant ajouté qu'il ne percevait pas d'autres revenus.

Après relecture et signature du procès-verbal de cet entretien, l'assuré a été interrogé sur l'activité d'apiculteur. Il a alors déclaré avoir commencé l'apiculture à la fin des années 2000 et avoir suivi un cours à Lullier sans certification en 2009. Cette activité était essentiellement exercée par son épouse, son frère et son beau-frère, et rapportait environ CHF 5'000.- à CHF 6'000.- par année. Il n'avait pour sa part jamais perçu d'argent, raison pour laquelle il n'en avait pas parlé. En moyenne, il consacrait entre deux et trois heures par semaine à cette activité, au maximum quatre heures par semaine. Tout était au nom de sa femme, mais il avait des cartes de visite à son nom. Il avait fait des marchés et tenu des stands avec son épouse. Les locaux aux G\_\_\_\_\_ étaient à son nom.

**g.** Par courrier du 4 mai 2018, l'assuré a écrit que son épouse et lui-même avaient 259 ruches dans le canton, à une trentaine d'endroits différents. Le travail était en grande partie effectué par son épouse, son frère, son neveu, lesquels pouvaient en outre compter sur l'aide de son beau-frère et de nombreux amis. Son activité était limitée, principalement à des tâches de surveillance et de conseils, et il formait progressivement son frère. Son médecin lui avait conseillé de sortir et de s'occuper un peu des ruches selon ses possibilités. Ils avaient toujours considéré que ce *hobby* ne représentait pas une activité professionnelle rémunérée, et aucune comptabilité n'avait été tenue. Les montants encaissés devaient couvrir leurs nombreuses dépenses, notamment les frais de sirop (CHF 11'000.-), le loyer du local (CHF 6'000.-), les frais de déplacements entre les ruches qui

---

représentaient en moyenne 15'000 km à 20'000 km par année (CHF 15'000.- à CHF 20'000.- de frais de voiture). En outre, ils offraient également à boire et à manger aux personnes qui les aidaient.

Il a joint à sa missive une copie des extraits de compte bancaire de son épouse faisant état des sommes reçues grâce à la vente de miel, copie du contrat de bail conclu par son épouse et lui-même avec les G\_\_\_\_\_, ainsi que le planning de l'activité exercée pour toute l'année 2016 par sa famille.

**h.** Par courriers des 24 juillet et 13 septembre 2018, et 7 mars 2019, l'assuré et son épouse ont demandé à l'AFC de rectifier leur avis de taxation pour les années 2016 et 2017, au motif que ces documents étaient erronés, car l'activité indépendante était exercée par l'épouse et non pas par l'époux.

**i.** Le 14 juin 2019, l'OAI a reçu l'assuré et sa fiduciaire. Cette dernière a expliqué que l'activité d'apiculteur était au départ un *hobby* exercé depuis plusieurs années par l'assuré. Le chiffre d'affaires étant devenu conséquent en 2016, une affiliation pour personne de condition indépendante avait été demandée auprès de la Caisse cantonale genevoise de compensation au mois de juin 2018 au nom de l'épouse de l'assuré. Une société à responsabilité limitée, « H\_\_\_\_\_ », avait été créée le 12 avril 2019, dont les parts étaient attribuées à l'épouse, qui était l'associée-gérante avec signature individuelle. L'AFC avait affilié l'assuré comme personne de condition indépendante et les époux lui avaient demandé la rectification.

L'assuré a notamment remis à l'OAI le formulaire d'affiliation pour personne de condition indépendante de son épouse, ainsi que ses bilans et comptes de pertes et profit les années 2016 à 2018, desquels il ressort que l'activité avait rapporté un bénéfice de CHF 65'322.- en 2016, CHF 107'775.- pour 2017 et CHF 76'592.- pour 2018.

**j.** Sur demande de l'OAI, le service de la consommation et des affaires vétérinaires (ci-après : SCAV) lui a précisé que l'assuré avait annoncé une activité d'apiculteur depuis 2011, à son nom, que l'institution avait été informée que tous les ruchers de l'assuré étaient transférés au nom de son épouse par courrier du 12 octobre 2017 et que le 13 septembre 2018 l'épouse avait indiqué que certains ruchers étaient cédés à son beau-frère.

**k.** L'OAI a confié une expertise médicale pluridisciplinaire à I\_\_\_\_\_ (ci-après : I\_\_\_\_\_), avec des examens en médecine interne, neurologie, ophtalmologie, orthopédie et psychiatrie, afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'assuré dans une activité adaptée, plus particulièrement dans la profession d'apiculteur.

Dans leur rapport d'expertise du 14 février 2022, la docteure J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, et les docteurs K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie, ont retenu, à titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, un syndrome des apnées obstructives du sommeil de degré

sévère, une perte de vision de l'œil droit, une cornée opaque de l'œil droit par fibrose stromale et chirurgies multiples (avec un astigmatisme irrégulier, une amblyopie, une altération du champ visuel avec un scotome annulaire et une absence de stéréoscopie), une gonarthrose interne bilatérale avec un status après de multiples interventions des deux côtés pour méniscectomie et *shaving* micro-fracture, des lésions dégénératives des épaules opérées des deux côtés avec des réparations de la coiffe (le 7 octobre 2015 à droite et le 30 septembre 2020 à gauche, avec une suspicion de nouvelles lésions du sus-épineux qui serait peut-être opérée en janvier-février 2022), ainsi que des lombalgies chroniques.

Les experts ont également mentionné, à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, une dysthymie (F34.1), un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), un comblement isolé du sinus maxillaire gauche, un hémisyndrome sensitivo-moteur droit d'étiologie inconnue, une commotion cérébrale en 2001 et 2010, des céphalées sans caractéristique spécifique, une pseudophaquie de l'œil gauche, une tachycardie supraventriculaire paroxystique, un prolapsus mitral avec une régurgitation mitrale légère à modérée non traitée, une hypertension artérielle traitée et un déconditionnement physique avec une obésité de stade 2.

Dans leur appréciation du cas, les experts ont notamment expliqué, du point de vue psychiatrique, que le descriptif de la journée-type et l'examen clinique permettaient de poser le diagnostic de dysthymie depuis avril 2018, qui avait pu faire suite à des épisodes dépressifs. Depuis lors, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue pour ces troubles dépressifs. Au niveau neurologique, les troubles cognitifs étaient vraisemblablement en relation avec une somnolence importante consécutive à un syndrome des apnées du sommeil sévère qui n'était pas encore traité de façon optimale. L'IRM montrait un comblement du sinus maxillaire droit pouvant évoquer une aspergillose et qui pourrait être en relation avec des céphalées position dépendante. Sur le plan ophtalmologique, l'assuré présentait une amblyopie de l'œil droit avec une meilleure acuité visuelle de 1/20, une altération du champ visuel de l'œil droit avec un scotome annulaire et une absence de stéréoscopie (absence de vision du relief). Au niveau orthopédique, était constatée une gonarthrose interne bilatérale avec un status après de multiples interventions des deux côtés pour méniscectomie et *shaving* micro-fracture qui limitaient le profil d'effort. Par contre, il n'était pas observé d'atrophie musculaire des membres inférieurs, ce qui montrait que l'assuré bougeait normalement dans la vie quotidienne. Il n'y avait pas non plus d'atrophie musculaire nette au niveau des avant-bras. Il existait des lésions dégénératives des épaules opérées des deux côtés avec une réparation de la coiffe, ce qui excluait des activités au-dessus de l'horizontale et le port de charges de plus de 5 kg. Des interventions étaient prévues prochainement pour réviser la coiffe des rotateurs à gauche, puis une ostéotomie de valgisation du tibia gauche pour une gonarthrose interne, suivie après stabilisation d'un geste identique à droite. Ces interventions amélioreraient

probablement les limitations fonctionnelles au niveau des genoux et des épaules. Au niveau du rachis, le diagnostic de lombalgies chroniques pouvait être retenu et pour éviter une aggravation, une place de travail ergonomique était favorisée. Une réduction du poids permettrait une amélioration des douleurs ressenties. Du point de vue de la médecine interne, les examens cliniques mettaient en évidence un déconditionnement physique associant une obésité de stade 2, sans aucune limitation fonctionnelle. Au niveau interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, était léger en respectant le profil d'effort. La somnolence induite par le syndrome d'apnées du sommeil avait une gravité sévère avec un impact sur la capacité de travail.

Des points de vue psychiatrique et de la médecine interne, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue. Au niveau neurologique, devaient être évitées les activités nécessitant une capacité de concentration et d'attention soutenue en raison de la somnolence consécutive à un syndrome des apnées du sommeil, notamment la conduite d'un véhicule. Du point de vue ophtalmologique, compte tenu de la perte de la stéréoscopie, de la mauvaise appréciation des distances et de la profondeur, ainsi que de l'altération significative de l'œil droit, l'assuré devait éviter les travaux de précision, en hauteur, sur une échelle, un escabeau ou un escalier, les travaux nécessitant un champ visuel supérieur à 120°, et il devait porter des lunettes de protection incassables. Sur le plan orthopédique, l'intéressé était capable d'effectuer un travail assis et debout avec une place de travail ergonomique, mais ne devait pas porter des charges de plus de 5 kg, effectuer des mouvements au-dessus de la ceinture scapulaire ou en porte à faux lombaire, marcher en terrain inégal, s'accroupir, utiliser des échelles, échafaudages ou escaliers de manière itérative.

S'agissant de l'évolution desdites limitations, les experts ont indiqué qu'il n'y avait pas de changement à craindre aux niveaux psychiatrique et de la médecine interne. Du point de vue neurologique, la découverte d'un hémisyndrome sensitivomoteur droit d'étiologie indéterminée nécessitait un suivi neurologique. Un pronostic n'était pas possible en l'absence d'une cause expliquant cette découverte. Toutefois, après un traitement optimal concernant le syndrome d'apnées du sommeil, la situation devrait être réévaluée et il n'y aurait plus de limitations fonctionnelles. Sur le plan orthopédique, les opérations aux niveaux des genoux et de l'épaule gauche devraient améliorer le profil d'effort, et la situation devrait être réévaluée à la fin du traitement.

La capacité de travail dans l'activité exercée avait été de 30% du point de vue psychiatrique depuis la dernière décision du 24 novembre 2016, puis de 100% dès le mois d'avril 2018, date à partir de laquelle l'intéressé ne prenait que du Wellbutrin 150 mg par jour et avait arrêté le Trittico. Selon les déclarations de l'assuré, il aurait repris ce médicament depuis huit jours, mais les dosages sanguins l'infirmait. Sur le plan neurologique, depuis la décision du 24 novembre 2016, la capacité de travail avait toujours été de 100% en dehors des

périodes d'hospitalisation et de réhabilitation consécutives aux accidents de 2010 et 2015. La baisse de rendement due à la somnolence ne pouvait pas être datée, mais remontait au plus tard au 18 octobre 2021, date de la polygraphie, de sorte que la capacité de travail était de 80% depuis lors. Au niveau ophtalmologique, ladite capacité comme pépiniériste et apiculteur était de 100% depuis le 24 novembre 2016, en respectant les limitations fonctionnelles, hormis les périodes préopératoires et post-opératoires, avec une capacité de travail de 0% pour trois à quatre semaines. Sur le plan orthopédique, la capacité de travail comme pépiniériste était restée de 0% depuis la dernière décision. Du point de vue de la médecine interne, ladite capacité avait toujours été de 100%. Au niveau interdisciplinaire, la capacité de travail dans l'activité habituelle resterait à 0%.

Ces conclusions valaient également pour la capacité de travail dans une activité adaptée, hormis pour le volet orthopédique. À ce niveau, ladite capacité avait selon toute vraisemblance toujours été de 100% depuis la décision de 2016, sauf après les interventions chirurgicales des épaules et des genoux. L'incapacité de travail était d'environ six mois après chaque intervention. Partant, en l'état, la capacité de travail était de 100% du point de vue psychiatrique, de 80% du point de vue neurologique (performance réduite de 20% en raison des troubles dus à la somnolence), de 100% du point de vue ophtalmologique, de 100% du point de vue orthopédique et de 100% du point de vue de la médecine interne. Du point de vue interdisciplinaire, elle était de 80% compte tenu de la performance réduite de 20% en raison des troubles dus à la somnolence. L'évolution de la capacité de travail dépendrait de celle de l'hémisyndrome sensitivomoteur droit et d'un traitement efficace du sévère syndrome des apnées du sommeil et de la réversibilité de la somnolence. La capacité de travail serait en outre nulle, du point de vue orthopédique, pour une durée de six mois après les opérations envisagées.

Les experts se sont enfin déterminés sur une éventuelle modification de l'état de santé de l'assuré depuis la décision de l'OAI du 24 novembre 2016. Ils ont retenu une amélioration psychiatrique depuis au moins le mois d'avril 2018, puisque les troubles dépressifs récurrents notés avant cette date avaient laissé place à un fonctionnement dysthymique non incapacitant. Au niveau neurologique, le sévère syndrome des apnées du sommeil n'avait pas été diagnostiqué en 2016, alors qu'il devait être ancien au vu des facteurs anatomiques des voies respiratoires supérieures qui constituaient un facteur de risque majeur pour développer un syndrome des apnées obstructives. Du point de vue ophtalmologique, l'assuré avait été opéré de l'œil gauche et le choix d'implant avait dégradé la qualité du champ visuel de son bon œil. Du point de vue orthopédique, il y avait eu une probable aggravation de la situation avec une intervention au niveau du genou gauche en 2018 et de l'épaule gauche en 2020, et de nouvelles interventions étaient prévues en 2022 tant pour l'épaule que pour les genoux.

I. Dans un avis du 2 mars 2022, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé concernant les volets orthopédique et neurologique, de sorte

qu'il ne pouvait pas suivre les conclusions des experts qui retenaient une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès le 18 octobre 2021. Il a suggéré la réévaluation de la situation dans six mois.

**m.** Par rapport du 7 septembre 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a signalé des douleurs à l'effort aux genoux et aux épaules, mentionné qu'une opération de l'épaule gauche était proposée, que l'incapacité travail avait été totale du 1<sup>er</sup> mai 2015 au 4 mars 2022 et par la suite attestée par le médecin-traitant, et qu'une activité strictement adaptée était théoriquement possible. Il a remis des rapports opératoires concernant ses interventions réalisées entre 2015 et 2020.

**n.** Le 15 décembre 2022 l'OAI a reçu un rapport de l'ophtalmologue traitant faisant état d'une évolution stable. Sous « constat », il a noté une greffe de cornée de l'œil droit.

**o.** Dans un nouvel avis du 18 janvier 2023, le SMR a constaté qu'aucun nouvel élément médical n'était versé au dossier concernant le syndrome d'apnées du sommeil, traité par appareillage nocturne, ni concernant le syndrome sensitivomoteur. Les interventions prévues en 2022, à savoir une révision de la coiffe des rotateurs à gauche et une ostéotomie de valgisation du tibia gauche, n'avaient « semble-t-il pas été réalisées ». La dernière intervention datait du 30 septembre 2020. En conclusion, l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis la dernière décision d'octroi de rente. Les atteintes principales ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient le syndrome des apnées obstructives du sommeil de degré sévère responsable de somnolence, la perte de vision de l'œil droit, la gonarthrose interne bilatérale, les lésions dégénératives des deux épaules et les lombalgies chroniques. La capacité de travail était restée nulle dans l'activité habituelle, mais était de 100% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018 et de 80% dès le 18 octobre 2021, dans une activité adaptée.

**p.** Par décision du 19 juin 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 mai 2023 et informé l'assuré que son droit à la rente serait supprimé le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, étant précisé qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif. Il a retenu que l'intéressé avait présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> avril 2018. Il résultait de la comparaison des revenus sans invalidité (CHF 67'746.-) et avec invalidité (CHF 64'378.-) un degré d'invalidité de 5%, de sorte que la rente devait être supprimée. Dès le 18 octobre 2021, la capacité de travail était de 100% avec toutefois une baisse de rendement de 20%. Après nouvelle comparaison des revenus sans invalidité (CHF 68'375.-) et avec invalidité (CHF 49'649.-), la perte de gain, fixé à 27%, ne donnait pas le droit à une rente.

**D. a.** Par acte du 22 août 2023, l'assuré, par l'intermédiaire de son avocat, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il persistait à avoir droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2018.

En substance, le recourant a reproché à l'intimé d'avoir initié une procédure de révision, alors que les rapports médicaux ne démontraient pas de motif la justifiant. De plus, le rapport d'expertise était dépourvu de toute force probante, dès lors que les experts n'avaient pas examiné l'évolution de son état de santé depuis la décision d'octroi de la rente, qui constituait pourtant le cadre formel de la procédure de révision. Au contraire, alors que les troubles neuropsychologiques constituaient l'un des éléments centraux de la première expertise, l'intimé faisait volontairement une lecture arbitraire de la seconde, qui témoignait d'une aggravation desdits troubles. Le rapport d'expertise ne permettait donc pas de remettre en cause l'appréciation médicale ayant fondé la décision originelle de rente, sauf à constituer une « seconde opinion ».

**b.** Dans sa réponse du 19 octobre 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Contrairement à ce que soutenait le recourant, les conditions matérielles de la révision étaient réunies, l'expertise démontrant une amélioration de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force.

Ainsi, du point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail antérieure de 70% avait évolué pour laisser place à une capacité de travail de 100% depuis le mois d'avril 2018, car les troubles dépressifs récurrents notés avant cette date avaient laissé place à un fonctionnement dysthymiquement non incapacitant. L'examen des indicateurs confirmait l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante. Le traitement était inchangé depuis au moins avril 2018, à base d'un antidépresseur à dose minimale efficace permettant de considérer qu'il n'y avait depuis lors plus d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. S'agissant des ressources et du contexte social, il ressortait de l'expertise que le recourant bénéficiait d'un grand soutien, notamment de la part de sa femme, de ses enfants et de ses frères. L'expert avait noté qu'il n'y avait aucun élément objectif sur la présence de limitations fonctionnelles dans la vie ménagère et les loisirs, étant rappelé que le recourant décrivait l'entretien régulier d'un potager avec son épouse, sa participation au moins de temps en temps à l'entretien des ruches. Il relatait également de manière régulière le suivi de programmes télévisés, la consultation d'Internet ou de son téléphone. L'analyse de la vie quotidienne indiquait qu'il n'existait pas de limitations uniformes dans toutes les activités de la vie quotidienne et montrait que le recourant disposait de ressources personnelles préservées.

Du point de vue neurologique, l'expert avait indiqué que depuis la dernière décision du 24 novembre 2016, la capacité de travail avait toujours été de 100% hormis les périodes d'hospitalisation et de réhabilitation consécutives aux accidents de 2010 et 2015. La baisse de rendement due à la somnolence ne pouvait pas être datée, mais était arrêtée au plus tard à partir du 18 octobre 2021, date de la polygraphie. L'expert avait ainsi conclu que la capacité de travail était de 80% depuis ce jour.

**c.** Dans sa réplique du 16 novembre 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions et maintenu qu'il n'existait strictement aucun motif permettant à l'intimé de procéder à la révision de sa rente.

Cette procédure avait été ouverte précocement au mois d'octobre 2017, alors qu'elle avait été initialement prévue à compter du 30 septembre 2021. Elle reposait sur le soupçon erroné qu'il avait entamé une activité d'apiculteur incompatible avec son état de santé. La pratique de l'apiculture ne constituait qu'un *hobby* dont il ne s'était jamais caché et qui était compatible avec la capacité de travail de 30% retenue par l'expert-psychiatre en 2016. Il n'existait donc aucun motif permettant à l'intimé d'entamer la procédure de révision, puisque son état de santé ne s'était pas amélioré entre le prononcé de la décision du 6 septembre 2016 et l'ouverture de la procédure de révision au mois d'octobre 2017. Par ailleurs, sa capacité de gain n'avait pas non plus subi de changement important malgré un état de santé stable. Le SMR avait retenu à tort qu'il aurait déclaré effectuer 15'000 à 20'000 km de déplacements par année. La procédure de révision avait pour origine le courrier du 19 juillet 2017 du PCTN. Au terme de l'enquête parfaitement légitime de l'intimé, au mois de novembre 2019, celui-ci aurait dû de bonne foi conclure que l'intéressé n'avait en aucun cas obtenu ou cherché à obtenir des prestations indues de l'assurance-invalidité et clore la procédure. Or, il avait inventé de toute pièce une prétendue amélioration de l'état de santé, qui n'existait tout simplement pas.

En définitive, la révision indue avait donné lieu au rapport du I\_\_\_\_\_ qui constituait au mieux une seconde opinion, pour autant qu'on lui accorde un quelconque caractère probant. À cet égard, le recourant a notamment souligné la défaillance de l'expertise au niveau neurologique. En effet, la première expertise avait conclu, d'un point de vue neuropsychologique, que le défaut d'attention, le trouble de la mémoire de travail, les signes de fléchissement exécutif, ainsi qu'un ralentissement, ne permettaient qu'une activité simple et routinière à raison de 50%. Son état de santé s'était aggravé, puisque le syndrome sévère des apnées du sommeil n'avait fait l'objet d'aucune investigation en 2016. Aucun bilan neuropsychologique n'avait été réalisé, alors qu'il faisait partie du mandat d'expertise. L'expert psychiatre n'avait selon toute vraisemblance pas lu le dossier médical ni même participé à un consilium avec son collègue neurologue. Aucune explication raisonnable ne permettait de justifier son appréciation, selon laquelle l'attention et la concentration étaient de très bonne qualité durant l'entretien.

**d.** Par courrier du 11 décembre 2023, l'intimé a maintenu ses conclusions.

---

## 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).

3. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

**3.1** En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

**3.2** En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, la modification des circonstances retenue par l'intimé serait survenue

avant cette date. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. 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 prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 19 juin 2023, par laquelle l'intimé a supprimé le droit à la rente d'invalidité octroyée au recourant par décision du 24 novembre 2016, plus particulièrement sur la question de savoir si sa capacité de gain s'est améliorée depuis lors.
6. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**6.1** L'art. 87 al. 1 RAI prévoit que la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a), ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Conformément à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

**6.2** Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la

capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; cf. également 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

**6.3** La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et

---

une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

7. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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.

À teneur des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

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).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels

travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

---

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

- 10.** 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).

Lorsque l'effet suspensif est retiré à un recours dirigé contre une décision de révision supprimant ou diminuant une rente ou une allocation pour impotent, ce retrait perdure en cas de renvoi de la cause à l'administration pour instruction complémentaire, également pendant la procédure d'instruction jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1.1 ; 8C\_618/2014 du 19 décembre 2014 consid. 6.2). Dans cette dernière hypothèse, le tribunal cantonal des assurances doit restituer l'effet suspensif pour le temps correspondant à la durée d'une instruction formellement correcte du dossier de l'assuré ; cela permet de sanctionner l'assureur qui statue trop rapidement, uniquement pour avancer autant que possible l'effet de la révision (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1.1 ; 8C\_118/2017 du 28 août 2017 consid. 3.1, in SVR 2017 IV n° 90 p. 280). À ce propos, le Tribunal fédéral a rappelé que le renvoi pour instruction complémentaire ne signifiait pas nécessairement que les constatations originelles étaient fausses, mais seulement

---

que celles-ci ne pouvaient pas être confirmées sur la base des documents disponibles. Il a précisé que les nouvelles observations pouvaient intégralement confirmer celles réalisées initialement, y compris du point de vue temporel (par exemple la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit), auquel cas la première décision supprimant ou diminuant les prestations était correcte et pouvait être entérinée avec effet rétroactif (ATF 106 V 18 et ATF 129 V 370). Il découlait logiquement de ce qui précède que, si les résultats de l'instruction complémentaire infirmaient au moins partiellement le contenu de la décision originelle (par exemple quant à la date de l'amélioration de la capacité de travail justifiant la modification du droit survenue postérieurement à ce qui avait été retenu dans la première décision, toutes les autres conditions demeurant identiques), il ne saurait être question de faire remonter la suppression ou la réduction des prestations à une époque où les conditions pour le faire n'étaient pas remplies. Il apparaît donc que l'élément distinctif déterminant consiste dans le moment auquel survient le changement notable de circonstances influençant le droit aux prestations au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (soit durant la procédure initiale d'instruction, soit durant la procédure d'instruction complémentaire ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_739/2022 du 3 juillet 2023 consid. 5.1.1 ; 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 7.1).

11. En l'espèce, le recourant fait tout d'abord grief à l'intimé d'avoir initié une procédure de révision avant l'échéance initialement prévue. Il soutient qu'au terme de l'enquête, qui faisait suite au courrier du 19 juillet 2017 du PCTN, l'intimé aurait dû conclure qu'il n'avait en aucun cas obtenu ou cherché à obtenir des prestations indues, et clore cette procédure en novembre 2019, étant relevé que son *hobby* était compatible avec la capacité de travail limitée à 30% retenue par le spécialiste en psychiatrie à l'issue de la première expertise. Or, l'intimé avait inventé de toute pièce une prétendue amélioration de l'état de santé.

Le recourant invoque ensuite que le rapport du I\_\_\_\_\_, dépourvu de toute valeur probante, constitue une seconde opinion. Aucun bilan neuropsychologique n'avait été réalisé, alors qu'il était prévu dans le mandat d'expertise. En outre, la première expertise avait conclu que le défaut d'attention, le trouble de la mémoire de travail, les signes de fléchissement exécutif, ainsi qu'un ralentissement, ne permettaient qu'une activité simple et routinière à raison de 50%. Son état de santé s'était aggravé, puisque le syndrome sévère des apnées du sommeil n'avait fait l'objet d'aucune investigation en 2016. L'expert psychiatre n'avait selon toute vraisemblance pas lu son dossier médical ni même participé à un consilium avec son collègue neurologue. Aucune explication raisonnable ne permettait de justifier l'appréciation selon laquelle l'attention et la concentration étaient de très bonne qualité durant l'entretien.

**11.1** Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne s'est pas montré transparent avec son engagement dans le domaine de l'apiculture, puisqu'il a dans un premier temps affirmé, lors de l'entretien du 12 avril 2018, qu'il n'exerçait

aucune activité occupationnelle régulière, de loisirs ou de bénévolat, déclarant uniquement qu'il se rendait parfois au jardin de son frère, sans la moindre allusion à ses activités dans l'apiculture. Ce n'est qu'après avoir été spécifiquement interrogé sur cette occupation qu'il a reconnu consacrer une partie de son temps à des tâches de surveillance et de conseils, à hauteur de quatre heures par semaine au maximum, tout en précisant que l'activité était essentiellement exercée par son épouse, son frère et son beau-frère.

On pourra également relever que le recourant a écrit à l'intimé le 4 mai 2018 qu'aucune comptabilité n'avait été tenue, les membres de sa famille et lui-même ayant toujours considéré que ce *hobby* ne représentait pas une activité professionnelle rémunérée compte tenu des faibles montants perçus. Pourtant, le recourant a par la suite remis à l'intimé ses bilans et comptes de pertes et profit relatifs à cette activité indépendante qui révèlent des bénéfices à hauteur de CHF 65'322.- pour 2016, CHF 107'775.- pour 2017 et CHF 76'592.- pour 2018.

Il ressort en outre de l'instruction menée par l'intimé que la famille du recourant exploite 259 ruches dans le canton, réparties sur une trentaine de sites différents. Le recourant avait des cartes de visite à son nom, lequel apparaissait en outre sur des pots de miel et sur le site internet d' « espace-terroir.ch ». Il avait fait des marchés et tenu des stands avec son épouse, était co-titulaire du contrat de bail des locaux commerciaux, avait présenté une animation parascolaire aux enfants scolarisés à Vernier, ce qui avait été relayé dans la presse.

L'intimé était donc fondé à penser que l'intéressé avait repris une activité lucrative, ou du moins que son état de santé ou sa capacité de gain s'était amélioré depuis la décision du 24 novembre 2016. Il pouvait par conséquent procéder à la révision d'office, sans attendre le mois de septembre 2021, et mettre en œuvre une nouvelle expertise en vue de déterminer si le degré d'invalidité du recourant s'était notablement modifié depuis le prononcé de la décision d'octroi de rente.

Enfin, il sera rappelé qu'à réception du rapport d'expertise, l'intimé a suivi la proposition du SMR du 2 mars 2022 consistant à réévaluer la situation à six mois, dès lors que l'état de santé du recourant ne semblait pas stabilisé sur les plans orthopédique et neurologique. Le 7 septembre 2022, le Dr F\_\_\_\_\_ a remis à l'intimé différents protocoles opératoires antérieurs à l'expertise, et lui a indiqué qu'une intervention de l'épaule gauche avait été proposée et qu'il avait attesté d'une incapacité de travail jusqu'au 4 mars 2022, ce qui suggère, d'une part, que la chirurgie envisagée et mentionnée dans le rapport d'expertise n'avait pas eu lieu et, d'autre part, qu'il n'avait pas revu le patient depuis le mois de mars 2022. L'intimé a également reçu un rapport de l'ophtalmologue, mais aucun document émanant d'un spécialiste en psychiatrie ou en neurologie, et le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas répondu à la demande de renseignements de l'intimé du 30 août 2022. Dans ces conditions, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir statué trop rapidement, uniquement pour avancer autant que possible l'effet de la révision. Les conditions pour la restitution de l'effet suspensif ne sont pas donc pas réalisées, étant au

demeurant relevé que le recourant n'a pas formellement pris de conclusions en ce sens.

**11.2** S'agissant de la valeur probante du rapport du I\_\_\_\_\_, la chambre de céans observe en premier lieu que les experts ont indiqué « partir du principe » qu'ils avaient reçu tous les documents médicaux pertinents, sans toutefois énumérer les pièces à leur disposition. Partant, il n'est pas possible de savoir s'ils ont eu accès au dossier médical complet du recourant, en particulier à l'intégralité du rapport d'expertise du 14 juin 2016, ou si leur évaluation repose en réalité sur le résumé du dossier effectué par l'intimé (Annexe 1).

Elle relève ensuite que l'« appréciation générale interdisciplinaire » des experts (rapport p. 4 à 17) n'en est pas réellement une, puisque chaque spécialiste y a résumé sa propre évaluation, sans aucune discussion commune quant aux éventuelles interférences des différentes atteintes à la santé. Il en résulte même des différences, voire des contradictions, l'expert neurologue ayant par exemple retenu une capacité de concentration et d'attention soutenue limitée en raison de la somnolence consécutive à un syndrome d'apnées du sommeil (rapport p. 11), alors que le psychiatre a indiqué ne pas avoir noté de ralentissement psychomoteur, de trouble de la cognition ou de la concentration, de fatigabilité (rapport p. 7). L'affirmation selon laquelle « d'un point de vue interdisciplinaire, le degré global d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considéré léger en respectant le profil d'effort » (rapport p. 10) est dépourvue de toute analyse ou motivation. Il en va de même de l'évaluation interdisciplinaire de la capacité de travail (rapport p. 13 et 14), dès lors que les experts se sont contentés de reprendre l'évaluation du neurologue, seul médecin à avoir conclu à une diminution de la capacité de travail, sans la moindre discussion.

Le chapitre « Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge » (rapport p. 11 à 16) est pour l'essentiel consacré aux limitations fonctionnelles et à l'estimation de la capacité de travail, et ne correspond pas à une analyse des critères d'évaluation des indicateurs développés par la jurisprudence, contrairement à ce que semble soutenir l'intimé.

Les experts n'ont pas consacré une partie de leur rapport aux plaintes de l'intéressé, lesquelles ont été très brièvement énoncées par chaque spécialiste sous la rubrique « Affections actuelles » de leur partie.

**11.3** En outre, la chambre de céans relèvera que les experts ne se sont pas livrés à un examen approfondi du dossier, qu'ils ne se sont pas déterminés en pleine connaissance du cas, que leurs évaluations comportent des incohérences et que leurs conclusions sont insuffisamment motivées.

D'ailleurs, dans un premier temps, le SMR a indiqué s'écarter des conclusions des experts, la situation ne semblant pas stabilisée.

**11.3.1** Ainsi, contrairement à ce que mentionne le neurologue (rapport p. 16), le syndrome des apnées du sommeil avait bien été mentionné à l'époque de la

première expertise, même si ce trouble n'avait pas été répertorié parmi les diagnostics (cf. rapport d'expertise de 2016 p. 45).

Le neurologue a considéré que ce syndrome d'apnées obstructives du sommeil était « de degré sévère » et qu'il restreignait les capacités de concentration et d'attention soutenue, sans le moindre développement. On ignore donc sur quel élément il s'est basé pour retenir une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20%. À cet égard, il est rappelé que le rapport de 2016 avait conclu que les troubles neurologiques limitaient la capacité de travail résiduelle à 50% et qu'une consultation en neuropsychologie, partiellement effectuée dans la langue maternelle de l'intéressé, avait mis en évidence un ralentissement, un défaut d'attention et en mémoire de travail, de légers signes dysexécutifs associés, ainsi que des performances déficitaires en mémoire antérograde (rapport d'expertise de 2016 p. 27). L'expert aurait dû expliquer les raisons pour lesquelles il estimait que ces troubles s'étaient améliorés ou influençaient dans une moindre mesure la capacité de travail de l'intéressé.

À ce propos encore, il est observé que le mandat d'expertise du I\_\_\_\_\_ prévoyait la réalisation d'un bilan neuropsychologique, mais que l'expert a indiqué y renoncer en raison de l'importante somnolence qui rendrait difficile l'appréciation des capacités mnésiques de l'intéressé. En l'absence de toute motivation, ses conclusions quant à une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 20%, ne sont pas convaincantes.

De plus, le neurologue a estimé que l'hémisynndrome sensitivomoteur droit n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail (rapport p. 10), tout en retenant que l'évolution de cette dernière dépendrait de celle de ce syndrome d'étiologie indéterminée (rapport p. 14), ce qui est peu compréhensible.

On peut également relever que l'expert a noté que l'intéressé « semblait » ne pas utiliser le CPAP (pour *Continuous Positive Airway Pressure*), qu'il n'était « pas clair » si l'intéressé « utilisait un CAP de façon régulière et pour une durée suffisante chaque jour » (rapport p. 63), ce qui était un facteur d'autolimitation, puisque l'absence de traitement ne permettait pas de diminuer deux des plaintes principales, soit les troubles cognitifs et la somnolence. Il incombait pourtant à l'expert d'apporter des réponses claires concernant l'efficacité du traitement suivi et l'adhésion du recourant. Une lecture attentive du rapport du 2 novembre 2021 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne, faisant suite à un examen de l'intéressé le jour même pour ses apnées du sommeil, aurait permis à l'expert de constater que le ré-appareillage par CPAP était prévu pour le 15 novembre 2021, soit quelques jours après son examen d'expertise qui a eu lieu le 8 novembre 2021 (rapport p. 4).

**11.3.2** Sur le plan psychiatrique, l'expert a constaté qu'il n'y avait plus de rapport psychiatrique au dossier depuis celui du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 novembre 2017. Or, bien que le recourant lui a déclaré qu'il était toujours suivi par son psychiatre,

l'expert n'a pas sollicité de rapport récent ni contacté le psychiatre traitant. Son appréciation n'a donc pas été rendue en pleine connaissance de cause.

L'expert a noté que la concentration était de très bonne qualité durant tout l'entretien, que l'intéressé n'avait pas de trouble de raisonnement ni troubles de sommeil, qu'il était concentré (rapport p. 39), ce qui est en totale contradiction avec l'appréciation de son collègue neurologue, qui a mentionné que le sommeil n'était pas reposant (rapport p 55), que l'intéressé présentait une somnolence diurne si importante qu'il se justifiait de renoncer à l'examen neuropsychologique (rapport p. 61). Dans le même sens, l'expert orthopédique a observé que l'historique de l'état de santé était difficile à reconstituer, car l'expertisé ne se rappelait pas des dates des éventuels accidents ni des dates d'opérations ni même leurs conséquences, ce qui vient conforter l'existence de problèmes mnésiques.

L'appréciation de l'expert quant à la rémission du trouble dépressif récurrent repose essentiellement sur le traitement suivi par le recourant, soit un antidépresseur prescrit à la dose minimale efficace de manière stable (Wellbutrin à 150 mg), sans augmentation de dose, ni adjonction d'un autre médicament, depuis au moins avril 2018, ainsi que sur le descriptif de la journée-type et l'examen clinique. Ces éléments sont insuffisants pour s'écarter du diagnostic qui avait été posé non seulement par le psychiatre traitant, mais également par l'expert mandaté en 2016 et par d'autres médecins psychiatres, notamment dans le cadre d'un consilium psychiatrique de la Clinique romande de réadaptation du 22 février 2011.

**11.3.3** Les diagnostics posés par le spécialiste en orthopédie sont imprécis et incomplets. En effet, il s'est contenté de rapporter de « multiples interventions » concernant les genoux et a omis de signaler l'opération du 20 décembre 2017 de l'épaule droite.

Il n'a pas non plus détaillé les troubles présentés au niveau du rachis. Le diagnostic de « lombalgies chroniques » ne rend par exemple pas compte de la rupture de l'anneau fibreux L5-S1 foraminal gauche constatée lors d'une IRM du 25 juin 2019, mentionnée dans l'annexe de l'expertise

**11.3.4** Concernant le volet ophtalmologique, il peut également être relevé que l'expert n'a pas cherché à obtenir un dossier complet, dès lors qu'il a constaté qu'il ne disposait d'aucun rapport relatif à l'intervention de l'œil gauche, ce qui ne l'a pas empêché de critiquer l'implant choisi lors de cette opération (rapport p. 95). Il n'a pas non plus retenu de greffe de cornée à l'œil droit.

Il a constaté une dégradation du champ visuel du bon œil (rapport p. 16) avec notamment une baisse généralisée du contraste (rapport p. 93), tout en relevant que l'acuité visuelle était de 10/10 et que l'intéressé pouvait avoir une vie tout à fait normale et conserver son permis de conduire. En l'absence de toute explication, il n'est pas possible de comprendre en quoi consiste la dégradation précitée. On notera aussi que l'expert n'a fait aucune référence à ce trouble dans la

partie « évaluation consensuelle » (rapport p. 6 et 9), alors qu'il a bien diagnostiqué une pseudophaquie de l'œil gauche à titre d'atteinte sans effets sur la capacité de travail (rapport p. 10).

De plus, l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail manque de cohérence. Ce médecin a en effet noté que depuis la dernière décision du 24 novembre 2016, la capacité de travail comme pépiniériste et apiculteur en respectant les limitations fonctionnelles était restée de 100% hormis les périodes pré- et postopératoires dans la spécialisation avec une incapacité de travail de 0% pour trois à quatre semaines (rapport p. 13), alors que de l'avis de tous les spécialistes consultés avant lui, l'activité de pépiniériste-jardinier n'était pas adaptée à l'état de santé du recourant.

**11.3.5** Compte tenu de tout ce qui précède, aucune valeur probante ne saurait être reconnue au rapport du I\_\_\_\_\_.

Le SMR ne pouvait dès lors pas, sur la base de ce document, considérer que l'état de santé du recourant s'était amélioré et que ce dernier disposait d'une capacité de travail de 80% depuis le 18 octobre 2021.

Au contraire, il ressort de l'instruction médicale menée dans le cadre de la procédure de révision, confirmée par le rapport d'expertise, que le recourant a présenté de nombreuses nouvelles atteintes à la santé depuis le prononcé de la décision d'octroi de rente. Il a notamment subi des interventions chirurgicales, aux niveaux des deux épaules les 20 décembre 2017 et 30 septembre 2020, au genou gauche le 28 novembre 2018 et au genou droit le 13 septembre 2017. Il a également été opéré de son œil valide en 2018 et des troubles du rachis ont été mis en évidence lors d'un examen radiologique en 2019. Par ailleurs, son syndrome des apnées du sommeil a été considéré comme grave par l'expert neurologue, qui a constaté une somnolence diurne importante, ce qui n'avait pas été le cas en 2016. De même, l'expert a signalé un hémisyndrome droit, non mentionné par les experts en 2016, dont l'éventuelle incidence sur la capacité de travail n'est à ce stade pas claire. Enfin, il est rappelé que le rapport d'expertise ne permet pas de conclure que les troubles ayant justifié l'octroi d'une rente entière en 2016 se seraient amendés.

**11.3.6** Partant, il y a lieu de considérer que l'intimé a constaté les faits de manière sommaire, sur la base d'une expertise présentant de nombreuses lacunes. Dans de telles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. Il appartiendra alors aux nouveaux experts de se déterminer sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant depuis le prononcé de la décision d'octroi de rente du 24 novembre 2016.

- 12.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 19 juin 2023 annulée.

Le recourant, représenté, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses 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]), supportée par l'intimé.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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 19 juin 2023 et lui renvoie la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
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

Nathalie KOMAISKI

Joanna JODRY

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