

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2359/2024

ATAS/417/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 juin 2025

Chambre 15

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1980, qui exerçait la profession d'aide de cuisine, s'est plaint auprès de la docteure B_____, son médecin généraliste traitant, de douleurs au bras droit, vers l'épaule à force de faire des mouvements, surtout durant la nuit, en octobre 2022. Son médecin a délivré, le 4 octobre 2022, un arrêt de travail pour cause de maladie dès le 1^{er} octobre 2022.
 - b.** L'assurance collective de son employeur a versé des indemnités journalières maladie dès le 1^{er} octobre 2022.
 - c.** Interrogé par l'assurance de l'employeur, la Dre B_____ a indiqué que son patient avait subi une lésion de la coiffe des rotateurs, avec bursite, en mars 2022. Il était en traitement depuis début octobre 2022 pour des douleurs à l'épaule droite. Il ne pouvait plus continuer son travail, dans la mesure où il était amené à porter des charges de plus de 30 kg et ranger des étagères, ce qui aggravait la lésion de la coiffe droite. Il devait faire de la physiothérapie et le médecin avait prescrit de l'Ecofenac en réserve. L'assuré ne pouvait plus reprendre son activité habituelle, mais une autre activité était envisageable.
 - d.** Un examen échographique du 6 octobre 2022 indiquait une lésion partielle du versant articulaire du tendon sub-scapulaire. Une tendinopathie avec composante calcifiante du tendon supra-épineux et tendinopathie du tendon infra-épineux non fissuraire, des signes de bursites sous-acromiale et conflit sous-acromial direct associé.
- B.**
- a.** Le 15 février 2023, l'assuré a fait parvenir une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). À l'appui de sa demande, il a notamment joint son curriculum vitae à teneur duquel il était en possession d'un CFC de logisticien et avait travaillé comme logisticien en dernier lieu dans l'archivage à C_____, avant d'être engagé comme aide de cuisine à mi-temps dès le mois de février 2022.
 - b.** L'assuré a été licencié avec effet au 31 mai 2023.
 - c.** Il a consulté le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, spécialiste en chirurgie de l'épaule et du coude, spécialiste en médecine du sport, sur recommandation de la Dre B_____. Ce dernier a indiqué à sa consœur, le 17 octobre 2023, avoir reçu en consultation l'assuré, dans le cadre d'une tendinopathie fissuraire de la coiffe des rotateurs, d'une arthropathie acromio-claviculaire et d'une voussure sur la partie antérieure de l'épaule. D'un point de vue radiologique, bien que la description du radiologue semblait inquiétante, toutes les lésions étaient minimes et pour certaines compatibles avec l'âge. Il n'y avait donc rien, en ce qui le concernait, qui justifiait, d'une part, de pareilles douleurs et, d'autre part, un arrêt de travail de plus d'un an. Le patient avait déjà bénéficié d'une infiltration sous-acromiale. Afin

d'exclure une genèse acromio-claviculaire, il avait procédé à une infiltration acromio-claviculaire à droite qui n'avait pas eu d'effet salvateur. Le spécialiste notait en sus qu'il avait effectué une échographie qui confirmait un simple lipome sous-cutané qui expliquait la voussure et avait par ailleurs vérifié la coiffe des rotateurs qui présentait effectivement une petite lésion du tendon sus-épineux avec extension près de la jonction musculo-tendineuse. Il n'y avait pas d'atteinte importante du sous-scapulaire et le long chef du biceps semblait stable dans la gouttière. Ceci était donc extrêmement rassurant par rapport au rapport radiologique précédent. Le spécialiste avait ajouté qu'il avait eu une discussion avec le patient de type « serpent qui se mord la queue ». Le patient lui demandait pourquoi est-ce qu'il était à l'arrêt de travail depuis un an et le spécialiste avait tenté de lui expliquer qu'il était à l'arrêt de travail depuis un an simplement parce qu'il demandait des certificats médicaux. Il travaillait en tant que logisticien et avait tendance à soulever des poids importants de 50 kg. Le spécialiste estimait qu'il n'y avait pas de solution chirurgicale raisonnable à proposer à ce patient et proposait que les institutions adéquates, à savoir le service de son assurance-maladie et de l'assurance-invalidité se concertent afin d'envisager une reconversion.

d. Une expertise a été réalisée à la demande de l'assurance perte de gain maladie par la docteure E_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui a été versée au dossier de l'OAI. Il ressort de ce document que l'évolution de la situation de l'assuré est marquée par la persistance des douleurs mécaniques malgré le traitement conservateur basé sur 18 séances de physiothérapie, mais axé principalement sur des thérapies passives. Le bilan clinique retrouvait une légère hypomyopathie de l'épaule droite avec une mobilité active à peine à l'horizontal en raison des douleurs. Il n'y avait pas de signe de capsulite rétractile. L'arthro IRM n'objectivait pas de signe de rupture massive et l'orthopédiste spécialiste de l'épaule, le Dr D_____, n'avait pas retenu d'indication opératoire, mentionnant par ailleurs que le rapport radiologique avait surinterprété certaines lésions. Le traitement conservateur pouvait encore être amélioré avec une physiothérapie plus active. Au vu de la symptomatologie et de la chronicisation des douleurs, bien que l'intensité des plaintes paraissait surdimensionnée par rapport aux constatations objectives cliniques et radiologiques, des limitations fonctionnelles de l'épaule droite étaient retenues et l'activité dans la restauration n'était pas adaptée, car ne respectait pas ces limitations. La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% depuis l'examen par le Dr D_____, lors de sa consultation d'octobre 2023. En résumé, l'experte a retenu à titre de diagnostic une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (supra-épineux et subscapulaire) de l'épaule droite avec omalgie mécanique. Les troubles subjectifs dont le patient se plaignait pouvaient être objectivés sur la base de la clinique et de l'imagerie réalisée. Toutefois, l'intensité des douleurs paraissait surdimensionnée par rapport aux constatations objectives ; trophicité musculaire conservée, autonome dans les actes de la vie quotidienne, utilisation non quotidienne d'antalgie, imagerie avec

lésions partielles. La situation était chronicisée depuis plus d'un an, mais le pronostic était favorable sous physiothérapie active. L'évolution s'était toutefois chronicisée et des exacerbations douloureuses étaient prévisibles à l'exposition au stress ostéoarticulaire. La capacité de travail est nulle dans l'activité d'aide de cuisine depuis la décompensation des douleurs fin 2022. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : pas de surélévation de l'épaule droite au-delà de l'horizontal, pas de mouvement répétitif avec le membre supérieur droit. Pas de port répété de charge supérieure à 5 kg avec le membre supérieur droit. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100% depuis l'examen par le Dr D_____ en octobre 2023. Elle était entière dans une activité sans surutilisation du membre supérieur droit. L'expertisé était satisfait de son activité de logisticien à l'hospice, car il n'y avait pas de port de charge répété. L'environnement social paraissait favorable. L'expertisé était soutenu par son épouse et par l'hospice.

e. Le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a rendu son rapport le 4 avril 2024. Il rappelait que dans son rapport du 28 février 2023, la Dre B_____, médecin traitante, avait rapporté une bursite sous acromiale droite sévère. Comme autres diagnostics non incapacitants, elle avait noté un anévrysme de l'aorte ascendante suivi aux HUG, un syndrome des apnées du sommeil, des lombalgies communes et une cervicalgie droite, une capacité de travail nulle, des limitations dues au port de charges lourdes, aux mouvements répétitifs du bras droit. À la question de savoir si l'état de santé empêchait son patient d'exercer une activité adaptée à l'atteinte incapacitante, la docteure traitante avait répondu non. À la lecture du rapport d'échographie de l'épaule du 13 mai 2022, il existait des signes importants de tendinopathie insertionnelle du tendon supra-épineux avec signes importants également de bursite sous-acromiale. L'échographie de l'épaule du 6 octobre 2022 indiquait une lésion partielle du versant articulaire du tendon subscapulaire, une tendinopathie avec composante calcifiante du tendon supra-épineux et tendinopathie du tendon infra-épineux non fissuraire, des signes de bursite sous-acromiale avec conflit sous-acromial. Dans son rapport de la consultation du 12 octobre 2022, le Dr D_____ avait constaté une tendinopathie fissuraire de la coiffe et une arthropathie acromio-claviculaire qui ne nécessitaient pas de sanction chirurgicale. Une infiltration n'avait pas eu d'effet. Le spécialiste proposait une reconversion, l'assuré devant soulever des poids importants dans son activité habituelle. Le SMR poursuivait en résumant l'expertise 12 janvier 2024 de la Dre E_____.

Il concluait qu'eu égard à ces éléments, il pouvait suivre l'avis de l'experte et retenir une capacité de travail nulle depuis le 1^{er} octobre 2022 dans l'activité précédente et une capacité de travail entière dès le 12 octobre 2023 dans une activité adaptée aux limitations suivantes : pas de port de charge supérieur à 5kg avec le membre supérieur droit, pas d'activité avec le membre supérieur droit au-

dessus du plan des épaules ni de mouvement répétitif/en force du membre supérieur droit.

f. Par projet de décision du 29 avril 2024, l'OAI a informé l'assuré de son refus de lui allouer une rente ou d'autres mesures. Le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, il était reconnu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 1^{er} octobre 2022 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, il fallait en revanche admettre que sa capacité de travail était de 100% dès le 12 octobre 2023. Au vu de l'exigibilité à 100% dans une activité adaptée, il ressortait de la comparaison des gains effectuée par le service spécialisé de l'OAI que le taux d'invalidité se calculait de la manière suivante :

Salaire sans invalidité : CHF 52'414.00

Salaire avec invalidité : CHF 72'615.00

Il n'y avait dès lors pas de perte de gain.

Le taux d'invalidité était de 0%.

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité et le degré d'invalidité inférieur à 20% n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles de reclassement.

g. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par courrier du 13 mai 2024, invoquant une épaule gelée et des avis de ses médecins, le docteur F_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, la docteure G_____, médecin cheffe au sein de la Clinique H_____, et de son nouveau médecin généraliste traitant, le docteur I_____ (lequel évoquait une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail à raison de 8 heures par jour dans une activité adaptée).

h. Le SMR a été amené à se prononcer sur l'opposition en date du 23 mai 2024 et a constaté que les certificats de la Dre G_____ mentionnaient un traitement de paracétamol 3x500mg par jour, Irfen 400mg en réserve au maximum 3x par jour et de la radiofréquence (rapport du 8 avril 2024), un soulagement H_____ à 50% grâce à la radiofréquence et une infiltration de lidocaïne sans incidence ainsi qu'une proposition de thérapie régénérative (rapports des 13 et 17 mai 2024). Ces éléments n'indiquaient pas de modification notable et durable de l'état de santé de l'assuré, de sorte que le SMR maintenait son avis.

i. Par décision du 10 juin 2024, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré.

C. a. Par lettre du 5 juillet 2024, transmise par l'OAI à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans), l'assuré a recouru contre cette décision, au motif que le diagnostic d'épaule gelée posé par son

généraliste I_____ et pour lequel le Dr F_____ l'avait adressé à la Clinique H_____ imposait de retenir une incapacité de travail de 100%.

b. Par acte du 23 juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le médecin traitant de l'assuré mentionnait une capacité de travail de 8 heures par jour dans une activité adaptée, ce qui confirmait les éléments médicaux au dossier retenu par l'OAI dans sa décision, les médecins interrogés dans le cadre de la procédure y compris les médecins de l'assuré confirmaient que ce dernier conservait une capacité de travailler dans une activité adaptée à l'état de son épaule.

c. Le 27 août 2024, l'assuré a produit une réplique en s'appuyant sur des rapports médicaux de la Clinique H_____ à l'hôpital de la Tour postérieurs aux rapports médicaux pris en compte dans la décision attaquée.

d. L'OAI s'est prononcé sur ces pièces en se référant à l'avis du SMR joint à la duplique. Le SMR constatait que le médecin généraliste de l'assuré (I_____) indiquait, dans un formulaire à l'attention de l'OAI, que son patient ressentait « une douleur intermittente (surtout la nuit) localisée au niveau de la face antérieure de l'épaule droite, décrite comme « tirement, irradiée jusqu'à l'avant-bras ». L'intensité H_____ était évaluée à 6/10, soit au minimum à 5/10 et au maximum à 9/10.

Cette symptomatologie avait déjà été rapportée par la Dre E_____, dans son rapport d'expertise du 12 janvier 2024. En effet, le médecin de l'assuré rapportait « une limitation importante de la mobilité de l'épaule droite, abduction limitée à 30°, antéflexion à 90°, test Neer+, Jobe+, Apley+ », alors qu'il ressortait de l'expertise, une limitation à l'élévation à partir de 45°, et qu'à l'examen, l'épaule avait pu être mobilisée activement à 80° en abduction, ainsi qu'en flexion et que les tests fonctionnels étaient également positifs. Le SMR pouvait ainsi constater que le status était similaire.

Bien que le médecin de l'assuré retenait à titre de diagnostics : « Épaule gelée. Déchirure partielle du tendon sus-épineux, sous-scapulaire, subluxation médiale du Ligament Coraco-Braquial (LOB) épaule D Déchirure du labrum - épaule D », le SMR rappelait que le diagnostic d' « épaule gelée » était l'équivalent d'une capsulite rétractile selon la nomenclature et que ce diagnostic n'avait pas été retenu par le Dr D_____, chirurgien spécialiste de l'épaule et du coude dans son rapport du 12 octobre 2023, ni par la Dre E_____ qui avait précisé spécifiquement : « Il n'y a pas de signe de capsulite rétractile ».

Concernant les diagnostics radiologiques, d'une part, le Dr D_____ avait écrit « bien que la description du radiologue semble inquiétante, toutes ces lésions sont minimales et pour certaines compatibles avec l'âge » et, d'autre part, la Dre E_____ avait écrit que « l'arthro IRM n'avait pas objectivé de signe de rupture massive ». Le SMR rappelait aussi que le dernier examen radiologique, soit l'échographie de l'épaule droite du 7 novembre 2023 montrait une « irrégularité du tendon supraspinatus compatible avec une lésion du 1/3 moyen.

Pas de calcification. Tout discret épaississement de la paroi de la bourse synoviales sous-acromiale sans signe d'épanchement significatif interne. Tendon long chef du biceps sans particularité significative à l'échographie du jour. Les autres tendons de la coiffe des rotateurs ne montrent pas d'anomalie visible. Absence de tendinopathie significative, de calcification interne ou de déchirure. Les muscles analysables de la coiffe des rotateurs ne montrent pas d'altération significative ».

Enfin, la médication rapportée par le médecin traitant soit : « Dafalgan 4x1g/j et Irfen 3x400mg/j » correspondait à une antalgie de palier 1, ce qui correspondait au palier le plus bas sur une échelle allant de 1 à 3.

Le SMR relevait également que le Dr I_____ estimait que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, mais que son patient était capable de travailler à raison de 8h par jour dans un travail non manuel.

Quant à la lettre de la Dre G_____ du 14 août 2024, elle indiquait que l'assuré avait reçu, le 22 juillet 2024, un traitement d'injection de PRP des tendons sus-épineux, sous-scapulaire et biceps droit, cadre sans complication. Le SMR rappelait que l'assuré avait eu en 2024 une injection de lidocaïne et un traitement de radiofréquence, lui ayant apporté un soulagement de 50%. L'injection de PRP était venue compléter ce traitement déjà pris en compte. Le SMR considérait que les rapports des Drs I_____ et G_____ n'étaient en conclusion pas de nature à remettre en question son appréciation du cas.

e. À la suite de l'échange d'écritures, 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 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.

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité dès le mois d'octobre 2023, singulièrement sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à son état de santé dès le mois d'octobre 2023.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

Les éléments pertinents de la présente cause étant postérieurs à l'entrée en vigueur desdites modifications, les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 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).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 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 ; 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).

3.4 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et

quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAD).

Les limitations dues à l'atteinte à la santé au sens étroit, à savoir les restrictions à l'exercice d'une activité lucrative au sens de l'art. 8 LPGA de nature quantitative et qualitative, dues à l'invalidité et médicalement établies, doivent systématiquement être prises en compte pour l'appréciation de la capacité fonctionnelle. Il s'agit là de l'estimation du temps de présence médicalement justifié, d'une part, (capacités fonctionnelles quantitatives, par ex. en nombre d'heures par jour) et des capacités fonctionnelles qualitatives durant ce temps de présence, d'autre part (limitation de la charge de travail, limitations qualitatives, travail plus lent par rapport à une personne en bonne santé, etc.). En règle générale, ces deux composantes sont ensuite combinées pour obtenir une appréciation globale en pourcentage de la capacité de travail, autrement dit des capacités fonctionnelles. Ainsi, par exemple, une productivité réduite pendant le temps de présence exigible ou un besoin de pauses plus fréquentes doivent être systématiquement déduits lors de l'indication de la capacité fonctionnelle résiduelle. Cela permet également de tenir compte de la jurisprudence du Tribunal fédéral, selon laquelle la capacité de travail attestée par un médecin donne des indications sur l'effort pouvant être effectivement exigé, mais pas sur la présence éventuelle sur le lieu de travail. Dans certaines circonstances, il peut être nécessaire de demander des renseignements auprès du médecin traitant afin que le SMR puisse établir une évaluation globale et compréhensible de la capacité fonctionnelle résiduelle, qui tienne compte de tous les facteurs médicaux influents [OFAS, Dispositions d'exécution relatives à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (Développement continu de l'AI), rapport explicatif (après la procédure de consultation) du 3 novembre 2021 (ci-après : rapport explicatif), *ad* art. 49 al. 1^{bis}, p. 60].

3.5 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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 ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.6 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 ; 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).

4. En l'espèce, pour rendre la décision contestée, l'intimé s'est fondé sur l'avis des médecins de l'assuré et d'une expertise administrative versée à la procédure pour retenir les diagnostics pertinents et apprécier la capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu par le recourant d'aide de cuisine et sa capacité de travail dans une activité adaptée à son atteinte à l'épaule.

Le diagnostic d'épaule gelée, soit une capsulite rétractile, évoqué après la décision attaquée par le nouveau médecin généraliste du recourant ne saurait être retenu sur la base de nouveaux documents qui ne discutent pas les précédents avis médicaux concordants fondés sur des examens approfondis de spécialistes, en particulier le Dr D_____ consulté par le recourant et l'experte E_____, lesquels ont précisément été amenés à se prononcer sur le cas et ont pris le soin d'exposer les diagnostics retenus ainsi que les motifs pour lesquels le diagnostic de capsulite n'entraîne pas en ligne de compte. Sur ce point en effet, l'avis du Dr D_____ est rejoint par celui de l'experte et également par les autres avis de médecins ayant suivi le recourant jusqu'à la décision attaquée. Les diagnostics pertinents convergeaient à l'instar des avis des médecins sur les conséquences des diagnostics retenus sur la capacité de travail de l'assuré. L'intimé s'est ainsi

prononcé sur la base d'avis médicaux convergents, clairs et motivés, dont la valeur probante doit être reconnue par la chambre de céans.

Il sied au demeurant de préciser que le Dr I_____, malgré le diagnostic « d'épaule gelée », affirme que son patient peut travailler dans une activité adaptée, de sorte que l'éventuelle divergence d'opinion sur ce diagnostic ne modifie pas le résultat quant à la capacité de travail du recourant.

En effet, l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à l'état de son épaule ne fait pas apparaître de réelles divergences entre les avis médicaux exprimés, les médecins de l'assuré s'étant prononcés en faveur d'une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule droite. Le fait que la Dre G_____ atteste d'une incapacité de travail en raison des douleurs ne permet au demeurant pas de retenir que cette médecin consultée dès janvier 2024 à la Clinique H_____ ait exclu la possibilité d'exercer une activité adaptée à l'état de l'épaule du recourant. Enfin, les pièces relatives au traitement proposé par la Dre G_____ à la Clinique H_____ ne suffisent pas à remettre en doute les avis médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction médicale, en particulier les avis probants de spécialistes en la matière.

Il sera en fin de compte rappelé que le recourant exerçait, avant son activité d'aide cuisinier aujourd'hui incompatible avec son état de santé, une activité sans port de charge ni mouvement répétitif de logisticien qui serait adaptée à son état de santé actuel. Sa capacité de travail n'est ainsi pas uniquement théorique, mais pourrait réellement être exploitée.

Au vu de ce qui précède, la décision attaquée ne peut qu'être confirmée.

5. Le recours est dès lors rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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