

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3176/2025

ATAS/211/2026

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 mars 2026**

**Chambre 5**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Mélissa GÜNDÜZ, avocate

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_1973, peintre et plâtrier, a déposé une demande de prestations invalidité, reçue le 9 novembre 2022 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en indiquant souffrir d'une blessure au niveau de l'épaule, avec déchirure et fissure du muscle, depuis un accident de travail du 12 mai 2022 lors duquel il avait chuté dans les escaliers et était tombé sur son bras droit.
- b.** Dans son rapport médical du 17 juin 2022, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé au département de chirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a exposé que le bilan d'imagerie confirmait la présence d'une rupture large rétractée du subscapulaire haut et a proposé une réinsertion chirurgicale du subscapulaire sous forme d'arthroscopie d'épaule avec ténodèse du biceps associé.
- c.** L'opération s'est déroulée aux HUG le 29 juillet 2022, soit une arthroscopie d'épaule droite sur un diagnostic de rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Selon le compte rendu opératoire du 12 août 2022, l'opération s'était déroulée sans complications, le patient s'était vu prescrire des antidouleurs, ainsi que des séances de physiothérapie de mobilisation du membre supérieur et avait pu regagner son domicile dès le 1<sup>er</sup> août 2022.
- d.** À trois mois de la réinsertion de la coiffe au niveau du subscapulaire, le Dr B\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 4 novembre 2022, a indiqué qu'à l'anamnèse, la situation était encore sensible, avec des douleurs marquées antérieures et des amplitudes qui restaient limitées.
- e.** Lors du contrôle effectué avec une IRM de l'épaule, en date du 15 mars 2023, le Dr B\_\_\_\_\_ a constaté une bonne cicatrisation à l'insertion du tendon subscapulaire, associé à l'apparition d'une rupture transfixiante du tendon du supra-épineux.
- f.** En date du 7 juin 2023, une nouvelle opération par arthroscopie a été effectuée, suite à un diagnostic de récurrence de rupture du subscapulaire, avec rupture partielle du sus-épineux et bursite sous-acromiale de l'épaule droite. Selon le compte rendu opératoire du 8 juin 2023 du Dr B\_\_\_\_\_, aucune difficulté opératoire n'était mentionnée et une rééducation était prévue, avec début à trois semaines.
- g.** Dans son rapport de la radiographie de l'épaule effectuée le 20 juillet 2023 auprès de la clinique générale Beaulieu, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a précisé qu'il s'agissait d'un contrôle à six semaines après l'arthroscopie et que les rapports articulaires étaient conservés.
- h.** Le médecin traitant de l'assuré, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en médecine du sport et médecine manuelle, a

décrit l'évolution de son patient dans son rapport du 29 novembre 2023. La situation était stagnante et les douleurs persistaient. L'examen clinique de l'épaule montrait des limitations de la mobilité articulaire en élévation, en abduction et en rotation externe ; il en résultait un pronostic défavorable chez un patient droitier, qui travaillait comme plâtrier et en arrêt de travail depuis le 12 mai 2022. Le traitement actuel consistait en la poursuite de la physiothérapie et du traitement anti-inflammatoire, avec un pronostic de durée de trois à six mois en fonction de l'évolution. À l'heure actuelle, une reprise du travail n'était pas d'actualité et au vu de l'évolution, on pouvait s'attendre à une limitation de la mobilité et de la force pour les mouvements au-dessus du niveau des omoplates. Lors de la consultation du 23 mars 2024, qui a donné lieu au rapport médical du 15 avril 2024, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé les limitations de l'épaule, ainsi qu'une évolution douloureuse.

**i.** Dans son rapport médical du 21 juin 2024, le docteur E\_\_\_\_\_, médecin-chef de clinique auprès du département de chirurgie des HUG, a fait le bilan d'une consultation de suivi du 13 juin 2024, exposant que le patient décrivait une persistance de douleurs au niveau antérolatéral, surtout lors des mouvements d'abduction et d'élévation antérieure, avec faiblesse mixte musculaire, avec une persistance des limitations en élévation et en rotation et un déficit de force *testing* de la coiffe antérieure. Lors de la discussion qui s'en était suivie, il avait été expliqué à l'assuré qu'il n'y avait pas de possibilité chirurgicale à lui proposer et qu'il devait opter pour une reconversion professionnelle, dès lors que la pathologie de son épaule était inadaptée à son activité manuelle lourde de plâtrier.

**j.** Le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a pris position dans son rapport du 13 août 2024 et admis le diagnostic de rupture traumatique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite le 12 mai 2022 avec deux interventions, le 29 juillet 2022 et le 7 juin 2023, suite à une récurrence de rupture, avec persistance d'une limitation de la mobilité, des douleurs à l'abduction et à l'élévation antérieure. Le SMR considérait que les pièces au dossier étaient suffisantes pour estimer une capacité de travail dans l'activité habituelle de plâtrier de 0% depuis le 12 mai 2022 avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'épaule, depuis le 2 novembre 2023. Cette date correspondait à un délai de cinq mois après la deuxième intervention chirurgicale et le contrôle du Dr D\_\_\_\_\_ mettant en évidence une limitation de la mobilité de l'épaule droite dont les valeurs étaient restées stables depuis. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges limitées à 2 kg au-dessus du plan des épaules en force et en mouvement répété et prolongé.

**B. a.** Par projet de décision du 9 janvier 2025, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et le refus de mesures professionnelles. La rente s'élevait à 100% d'une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> mai 2023 au 29 février 2024, une incapacité de travail de 100% dans toute activité était reconnue dès le 12 mai

2022, date de début du délai d'attente d'un an. Toutefois, dans une activité adaptée à son état de santé, l'OAI considérait que la capacité de travail était de 100% depuis novembre 2023 correspondant à l'amélioration médicalement constatée. L'OAI avait effectué une comparaison des gains, dès le 2 novembre 2023, dont il ressortait un revenu de CHF 70'078.- dans une activité sans invalidité et de CHF 60'725.- dans une activité avec invalidité, ce dont il résultait une perte de gain de CHF 9'353.-, soit 13%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

**b.** Par courrier du 10 mars 2025, le conseil de l'assuré a, dans le cadre du délai d'audition, contesté la position de l'OAI, considérant notamment qu'il n'y avait pas d'amélioration médicalement constatée depuis le 2 novembre 2023 qui permettrait une capacité de gain à 100%, et ceci notamment en se fondant sur les rapports médicaux du Dr D\_\_\_\_\_ et du Dr E\_\_\_\_\_, étant précisé que les douleurs persistaient, selon le rapport de ce dernier du 21 juin 2024. L'OAI était informé qu'une consultation allait être effectuée auprès du docteur F\_\_\_\_\_ spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste en chirurgie de l'épaule et du coude, spécialiste en médecine du sport et chirurgien auprès du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital de la Tour.

**c.** Par courrier du 7 mai 2025, le conseil de l'assuré a transmis à l'OAI l'attestation « à qui de droit » du 2 avril 2025 rédigée par le Dr F\_\_\_\_\_. Ce dernier déclarait avoir revu ce patient à la lumière d'une nouvelle IRM qui révélait une rupture itérative de la coiffe des rotateurs, sans contre-indications absolues pour une nouvelle réparation. Il avait constaté une infiltration de stade 4, compatible avec une cicatrisation, bien que le moignon du tendon sous-scapulaire soit fin. Une discussion avait eu lieu avec le patient sur deux options qui s'offraient à lui, soit poursuivre un traitement conservateur, soit envisager une nouvelle révision chirurgicale. Il était important de noter que le médecin n'avait jamais réalisé de révision après une révision et qu'il s'agissait d'une situation complexe, avec un patient jeune qui éprouvait des difficultés à reprendre son activité professionnelle.

**d.** Le SMR a rendu un rapport du 22 mai 2025 et s'est prononcé sur l'attestation du Dr F\_\_\_\_\_ ; il était noté qu'il existait effectivement une infiltration de stade 4 compatible avec une cicatrisation, bien que le moignon du tendon sous-scapulaire soit fin. Se fondant sur le rapport médical du 21 juin 2024 du Dr E\_\_\_\_\_, le SMR considérait que la nouvelle IRM rapportée par le Dr F\_\_\_\_\_ montrait une récurrence de la rupture du sous-scapulaire, ce qui ne modifiait pas les limitations fonctionnelles retenues qui respectaient déjà la non guérison/atrophie de ce muscle. Par conséquent, le SMR estimait que son avis précédent du 13 août 2024 restait inchangé.

e. Par décision du 11 juillet 2025, l'OAI a confirmé intégralement son précédent projet de décision du 9 janvier 2025 et a fixé le montant de la rente, pour la durée allant du 1<sup>er</sup> mai 2023 au 29 février 2024.

C. a. Par acte de son conseil posté le 15 septembre 2025, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 11 juillet 2025 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée, à même de confirmer ou d'infirmer l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 2 novembre 2023 et à ce que les médecins traitants soient entendus. Sur le fond, la décision devait être annulée en ce qu'elle supprimait le droit à la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2024 et refusait les mesures professionnelles. Il devait être constaté que l'assuré était demeuré en incapacité totale de travailler depuis le 2 novembre 2023, le tout sous suite de frais et dépens. Selon l'assuré, il n'avait pu reprendre aucune activité professionnelle, ce que son médecin traitant, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, lui avait d'ailleurs interdit et ce qui était documenté par un rapport médical dudit médecin daté du 27 novembre 2025 joint au recours.

b. Par réponse du 15 octobre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. La teneur des rapports médicaux était reprise et résumée, conduisant à la confirmation de la décision entreprise. S'agissant de la pièce médicale du Dr G\_\_\_\_\_, cette dernière n'était pas de nature à remettre en doute les conclusions du SMR. Par ailleurs, l'OAI constatait que le recourant ne critiquait pas le choix de se fonder sur les statistiques pour la détermination de son revenu avec invalidité, pas plus qu'il ne contestait le montant retenu au titre de revenus sans invalidité, mais reprochait à l'OAI un manque de données concernant le calcul du degré d'invalidité. Sur ce dernier point, l'OAI considérait que la circulaire sur l'invalidité et les rentes de l'assurance-invalidité, ainsi que son annexe III, montraient un aperçu de l'ensemble des tableaux applicables ; dès lors que le recourant était assisté d'un mandataire professionnel qui avait un accès complet au dossier, l'OAI considérait que celui-ci avait obtenu les explications détaillées quant aux calculs effectués. Enfin, il était mentionné que les limitations fonctionnelles retenues n'aboutissaient pas à de telles restrictions et qu'il ne semblait pas exclu pour le recourant de trouver un emploi correspondant à sa capacité de travail. Enfin, la mise en œuvre de mesures d'investigations complémentaires était inutile dès lors que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause.

c. Par réplique du 10 décembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions, relevant notamment que le rapport du Dr D\_\_\_\_\_, mentionnait qu'aucune activité professionnelle n'était médicalement envisageable et que l'activité prétendument adaptée n'était pas précisée. Enfin, il était incompréhensible de prétendre que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée tout en excluant d'emblée la mise en place de mesures de réadaptation et de réformation. Dans une nouvelle conclusion, le recourant critiquait l'abattement appliqué de 10% qui lui

apparaissait comme manifestement arbitraire, car non motivé et insuffisant et faisait valoir qu'en 2022, le salaire horaire perçu était d'au moins CHF 36.88 par heure et que, compte tenu d'un temps de travail minimal de 42 heures par semaine, il fallait retenir un revenu annuel de CHF 80'485.49 par année.

**d.** Par duplique du 13 janvier 2026, l'OAI a produit un avis médical du SMR du 7 janvier 2026 qui considérait la teneur du rapport médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2025 et constatait que ce dernier n'avait apporté aucun nouvel élément, que ce soit sur le plan diagnostique ou thérapeutique, qui ne soit déjà connu, étant précisé que les limitations fonctionnelles du membre supérieur droit retenues dans l'avis du SMR du 18 avril 2024 respectaient l'atteinte. Sur le plan psychiatrique, il était constaté que le médecin rapportait un état anxiodépressif d'évolution légèrement favorable, mais qu'il n'existait aucune précision concernant la sévérité de l'épisode, son début et ses symptômes ; le suivi rapporté était psychothérapeutique et sans traitement psychotrope, ce qui parlait contre une atteinte incapacitante. Partant, le SMR persistait dans son évaluation du cas. L'OAI précisait la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les activités réalisées sur un marché de travail équilibré pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono manuel. S'agissant du taux d'abattement, il se fondait également sur la jurisprudence du Tribunal fédéral et correspondait aux limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, en ce qui concernait le montant retenu, l'OAI avait repris les données de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents dans la procédure parallèle (ci-après : SUVA) qui se fondait sur les informations fournies par l'employeur lors de la déclaration de sinistre du 16 mai 2022, étant précisé que cette dernière mentionnait une durée de 40 heures par semaine et non pas de 42 heures. Faute d'autres éléments fournis par l'employeur ou le recourant, l'OAI considérait que c'était à juste titre qu'il s'était fondé sur le salaire retenu par la SUVA dans la procédure parallèle, pour la fixation des indemnités journalières.

**e.** Par courrier du 30 janvier 2026, le recourant a requis de pouvoir répondre à la duplique du 13 janvier 2026, ce qui lui a été accordé par la chambre de céans qui a fixé un délai échéant au 16 février 2026 pour formuler ses observations.

**f.** Par courrier du 16 février 2026, le recourant est revenu sur les manquements reprochés à l'OAI et a persisté dans ses conclusions.

**g.** Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

**h.** Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

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

**1.2** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu des fêtes du 15 juillet au 15 août, le recours est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56ss LPGA ; 89Bss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'étendre ses prestations au-delà du 29 février 2024.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> 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.

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 (*cf.* 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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, le litige porte, notamment, sur le paiement au-delà du 29 février 2025, de la rente d'invalidité dont il n'est pas contesté que le droit est né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.2** 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).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1<sup>bis</sup> et 1<sup>ter</sup> n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (*cf.* art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 et les références).

**3.3** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**3.4** 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).

**3.5** 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<sup>bis</sup> 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<sup>bis</sup>, p. 60].

**3.6** 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.

**3.7** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

**3.8** Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

**3.9** Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

**3.10** 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 ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

**3.11** 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 ; 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. Dans l'assurance-invalidité, l'invalidité est survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant de la détermination du droit à une rente d'invalidité, il faut ainsi examiner si les conditions de l'art. 28 al. 1 LAI sont remplies. Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est, quant à elle, chargée du traitement de l'atteinte à la santé (*cf.* art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la

---

capacité de gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

**5.**

**5.1** En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2); pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (al. 4).

La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (*cf.* art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**5.2** Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Selon l'art. 24<sup>septies</sup> RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a).

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a); des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b).

Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI).

Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être

utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

**5.3** La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 2.3 et les références ; 129 V 222 ; 128 V 174).

**5.4** Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1).

Afin de comparer le salaire effectivement réalisé à celui fondé sur les ESS, ce dernier doit être adapté à l'horaire de travail usuel de la branche, et indexé à l'année déterminante en tenant compte des valeurs spécifiques au sexe (ATF 129 V 408).

Pour déterminer le revenu sans invalidité, il convient d'établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas devenu invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références). Toutefois, lorsque la perte de l'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité, le salaire doit être établi sur la base de valeurs moyennes. Autrement dit, dans un tel cas, n'est pas déterminant pour la fixation du revenu hypothétique de la personne valide le salaire que la personne assurée réaliserait actuellement auprès de son ancien employeur, mais bien plutôt celui qu'elle réaliserait si elle n'était pas

devenue invalide. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un tel cas d'exception se présente par exemple lorsque le poste de travail que l'assuré occupait avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment de l'évaluation de l'invalidité, lorsqu'il n'aurait pas pu conserver son poste en raison des difficultés économiques, en cas de faillite ou de restructuration de l'entreprise (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_746/2023 du 7 juin 2024 consid. 4.3 et les références).

Tel sera le cas également lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (arrêts du Tribunal fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 ; B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2) ou lorsque l'assuré a quitté son emploi pour d'autres motifs que son état de santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_537/2023 du 17 avril 2024 consid. 4.2.3 et 5.1 et les références), ou dans les cas où le temps écoulé depuis l'obtention du dernier salaire et la naissance éventuelle du droit à la rente est important (par ex. huit ans : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_504/2023 du 28 février 2024 consid. 5.1.2 et la référence).

Le salaire réalisé en dernier lieu comprend tous les revenus d'une activité lucrative (y compris les gains accessoires, la rémunération des heures supplémentaires effectuées de manière régulière) soumis aux cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants. À cet effet, on se fondera en principe sur les renseignements fournis par l'employeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_434/2023 du 30 novembre 2023 consid. 3 et la référence).

**5.5** Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). On considère que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité lucrative lorsque le revenu qui en découle correspond approximativement à la valeur statistique médiane (OFAS, CIRAI, ch. 3408).

Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26bis al. 2 RAI).

Il y a lieu de tenir compte de la formation professionnelle ou de la situation et de l'expérience professionnelles antérieures, pour autant que l'on puisse encore raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce les activités en question. Si l'activité précédente n'est plus raisonnablement exigible, il convient de déterminer le salaire statistique d'une activité qui l'est encore (OFAS, CIRAI, ch. 3412).

**5.6** Il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1\_tirage\_skill\_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 ; 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26bis al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49, al. 1bis, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

- 6.** 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
- 7.** 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 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).

8. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

9.

**9.1** En l'espèce, dans un premier grief, le recourant reproche à l'OAI d'avoir considéré, à tort, qu'il avait récupéré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, à partir du 2 novembre 2023.

Pour aboutir à cette conclusion, le SMR de l'OAI s'est fondé sur les rapports médicaux, comme cela ressort de son rapport du 13 août 2024.

Dans son rapport médical du 29 novembre 2023, le Dr D\_\_\_\_\_ ne mentionne pas de limitations fonctionnelles et constate que cinq mois après l'opération « le patient présente une évolution plutôt stagnante et la persistance de douleurs touchant la région du sus-épineux et du trapèze à droite, pour laquelle il prend de l'Ibuprofène 400mg 2 fois par jour en réserve ». Le médecin traitant précise encore que l'examen clinique de l'épaule montre une limitation de la mobilité articulaire avec une élévation active à 110°, stable depuis le mois d'octobre, marqué par des douleurs lors de la descente vers 80°, une abduction à 100° (stable), une rotation externe à 65° (gain de 15° comparé au mois d'octobre) et une rotation interne pouces/M4 (gain de 1 segment).

Le rapport de consultation de l'épaule et du coude du Dr E\_\_\_\_\_, daté du 2 mai 2024, relève qu'à l'examen clinique du jour, il y a un franc déficit de la coiffe antérieure. L'élévation antérieure active est à 160°. La rotation externe est à 60° et la rotation interne est à la fesse. Aucune autre limitation ou trouble n'est mentionné. Par ailleurs, le médecin précise que le rapport de radiologie du 18 avril 2024 confirme une guérison du subscapulaire.

Le même médecin, dans son rapport médical du 21 juin 2024, mentionne une persistance des douleurs en abduction et élévation antérieure, avec faiblesse musculaire, mais note une élévation antérieure active à 170°, une rotation externe à 70° et la rotation interne à la fesse.

La comparaison entre la situation en novembre 2023 et en juin 2024 montre que l'élévation antérieure active s'est améliorée, passant de 110° à 170° de même que la rotation externe qui est passée de 60° à 70°.

La lecture du rapport médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2023 permet d'admettre une relative stabilité de la situation et en tous les cas, la possibilité d'exercer une activité en respectant les limitations fonctionnelles fixées par le SMR, soit l'interdiction du port de charges de plus de 2 kg au-dessus du plan des épaules en force/répété/prolongé.

S'il est vrai que le médecin traitant mentionne dans son rapport que la reprise du travail n'est pas d'actualité, il n'est pas fait mention d'une activité adaptée. En tous les cas, on rappellera que 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). Partant, les constatations objectives mentionnées dans le rapport médical sont certes incompatibles avec l'activité habituelle de plâtrier, mais ne sont pas incompatibles avec une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles fixées par le SMR sont compatibles avec la situation médicale stabilisée qui ressort du rapport médical du 23 novembre 2023, étant précisé que, par la suite, l'élévation antérieure active s'est encore améliorée.

On relèvera que les limitations fonctionnelles fixées par le SMR sont très proches de celles retenues par le médecin-conseil de la SUVA. Le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, suite à son examen médical du 26 septembre 2024, a également retenu une capacité de travail de 100% sans perte de rendement et a mentionné la possibilité de porter des charges de 3 kg, voire parfois 5 kg, et a limité tout travail au-dessus du plan des épaules.

Les appréciations du SMR ne sont pas contredites par l'attestation du Dr F\_\_\_\_\_ du 2 avril 2025 qui se contente de confirmer avoir discuté avec le recourant des deux options qui s'offrent à lui, soit un traitement conservateur avec physiothérapie et prise de médicaments antidouleurs ou une nouvelle révision chirurgicale, le médecin précisant toutefois qu'il n'a jamais effectué de révision après une révision.

En ce qui concerne le certificat médical du médecin traitant G\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2025, la faiblesse décrite par le patient au niveau du subscapulaire a déjà été prise en compte par le SMR, de même que la présence de douleurs. S'agissant des troubles psychiatriques qui auraient été relevés par le psychiatre du recourant, l'absence de rapport médical circonstancié, notamment de diagnostic, de description des troubles et de leur sévérité ne permet pas de prendre en compte lesdits troubles dans l'évaluation de la capacité de travail.

Le recourant relève encore que son cas ne serait pas encore stabilisé ; on rappellera que les offices AI n'ont pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de

gain des assurés bien avant (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2).

Partant, l'appréciation de l'OAI consistant à considérer qu'il existe une capacité de travail de 100% du recourant, adaptée aux limitations fonctionnelles, à partir du mois de novembre 2023, ne prête pas le flanc à la critique.

Le recourant reproche encore à l'intimé de n'avoir pas précisé quel type d'activité était compatible avec ses limitations fonctionnelles. On relèvera que lesdites limitations sont relativement limitées dès lors qu'elles ne concernent que les mouvements du bras droit effectués, avec une charge, au-dessus du plan des omoplates. Dès lors que le recourant est droitier, il est évident qu'une activité de peintre ou de plâtrier n'est pas compatible avec de telles limitations. Néanmoins, on ne saurait admettre que des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'elles n'existent quasiment pas sur le marché général du travail ou que leur exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (*cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016).

En effet, les limitations fonctionnelles du recourant ne l'empêchent pas d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. À cet égard, l'appréciation de l'intimé selon laquelle il convient d'admettre que de nombreux emplois sont compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, lesquelles n'entravent pas, ni ne rendent difficile le choix d'une profession adaptée, peut être confirmée.

Dans ses ultimes observations du 16 février 2026, le recourant reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble de son contexte personnel et professionnel qui serait déterminant pour apprécier concrètement l'exigibilité d'une telle activité.

S'agissant du contexte personnel, il sied de rappeler qu'en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé.

Sur le plan professionnel, en ce qui concerne l'existence d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'intimé a déjà exposé dans ses écritures du 13 janvier 2026 que dans une jurisprudence constante, le Tribunal fédéral (*cf.* notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C\_418/2008 du 17 septembre 2008, 8C\_541/2011 du 17 juillet 2012 et 8C\_849/2017 du 5 juin 2018) avait confirmé qu'il se justifiait de calculer le revenu avec invalidité en se fondant sur les tableaux ESS, plus précisément le tableau TA1\_skill\_level, niveau de

compétence 1 et qu'il y avait suffisamment d'opportunités réalistes, sur un marché du travail équilibré, pour les personnes qui ne pouvaient exercer que des travaux légers de type mono manuel, à l'instar de simples activités de surveillance, d'essais et d'inspection, ainsi que du fonctionnement et de la surveillance de machines (semi-) automatique ou d'unités de production qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains.

Les critiques du recourant peuvent donc être écartées.

**9.2** Dans un deuxième grief soulevé au stade de la réplique, le recourant critique le montant du revenu sans invalidité retenu par l'OAI, ainsi que le taux d'abattement qu'il considère comme arbitraire.

Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1).

Le recourant allègue la prise en compte d'un revenu annuel de CHF 80'485.49 en se fondant sur une prétendue durée minimale de travail hebdomadaire de 42 heures.

Selon la déclaration de sinistre LAA du 16 mai 2022 remplie par son employeur L&L constructions Sàrl, le recourant a été engagé le 30 août 2021 et travaille à 100%, à un tarif horaire de CHF 31.-, à raison de 40 heures par semaine.

Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

Le recourant a la charge de la preuve en ce qui concerne la durée hebdomadaire ainsi que le montant de son revenu annuel allégués ; or, dans le cadre de la présente procédure, le recourant n'a communiqué aucune pièce comptable qui puisse soutenir ses allégations. Le fait que son employeur soit désormais en faillite n'est pas un élément pouvant justifier ce manquement, dès lors que le recourant devrait être en possession de certificats de salaire lui permettant de documenter ses prétentions, ce qu'il n'a pas produit.

Pour déterminer le montant du revenu sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur les chiffres qui ont été communiqués par l'employeur du recourant à la SUVA, dans la procédure parallèle (A/2990/2025) et qui correspondent au dernier revenu réalisé avant la survenance de l'accident.

Étant précisé que les indemnités journalières servies par la SUVA ont été calculées et fixées sur la base des chiffres transmis par l'employeur et que la quotité desdites indemnités n'a pas été remise en question par le recourant.

En l'absence de preuve du contraire, la décision de l'intimé de se fonder sur le revenu sans invalidité communiqué par l'ancien employeur du recourant et repris par la SUVA est pertinente et le grief du recourant doit donc être écarté.

En ce qui concerne le taux d'abattement de 10%, qualifié d'arbitraire par le recourant, il se fonde sur une disposition réglementaire, à savoir l'art. 26bis al. 3 RAI qui prévoit une déduction de 10% opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2 de la même disposition, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques, comme c'est le cas en l'espèce.

À cet égard, la chambre de céans relève qu'une réduction au titre du handicap dépend de la nature des limitations fonctionnelles présentées et n'entre en considération que si, sur un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C\_280/2022 du 1<sup>er</sup> mars 2023 consid. 7.2.3 ; 8C\_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.1 ; 8C\_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.1 ; 8C\_118/2021 du 21 décembre 2021 consid. 6.3.1).

En l'occurrence, les limitations fonctionnelles du recourant ne paraissent pas être de nature à empêcher le recourant d'exercer l'une des activités physiques ou manuelles simples que recouvrent les secteurs de la production et des services selon l'ESS 2020 (tableau TA1\_skill\_level et niveau de compétences 1). Un nombre suffisant d'entre elles correspondent à des travaux légers respectant les limitations fonctionnelles du recourant, de sorte que l'intimé était fondé à retenir un taux d'abattement de 10% sur le salaire statistique.

Il sera relevé que l'affirmation du recourant selon laquelle il aurait perdu une grande partie de la force de sa main droite et presque totalement l'usage de son bras droit ne ressort d'aucun document médical.

Par ailleurs, il n'y a pas lieu de tenir compte de circonstances étrangères à l'invalidité. En effet, l'absence de formation suisse du recourant n'est pas déterminante, dans la mesure où l'intimé s'est fondé sur un niveau de compétences 1 correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples et ne nécessitant aucune formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_90/2024 du 5 août 2024 consid. 5.4). Il en va de même s'agissant de la nationalité étrangère du recourant et de sa maîtrise limitée du français (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_682/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 et les références).

C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu un taux d'abattement de 10% sur le revenu d'invalidité du recourant ; à défaut d'élément étayant son caractère prétendument arbitraire, le grief du recourant doit également être écarté.

**9.3** Dans un ultime grief, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas ordonné de mesures de réadaptation.

On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_500/2020 du 1<sup>er</sup> mars 2021 consid. 2 et les références), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010).

En présence d'un assuré en début de carrière professionnelle et pour lequel les activités adaptées envisagées (sans mesure de réadaptation) relèvent de travaux ne requérant pas de formation ou connaissances particulières, le droit aux mesures de reclassement dans une nouvelle profession ne saurait être subordonné à la limite des 20%.

En l'occurrence, le taux d'invalidité retenu est bien inférieur à 20% et le recourant ne se trouve pas en début de carrière professionnelle et bénéficie déjà d'une formation technique sur machines (selon diplôme du 9 octobre 1999), raison pour laquelle il n'existe pas de motif pouvant justifier l'octroi de mesures de réadaptation.

De surcroît, l'évaluation du revenu avec invalidité a été effectuée en fonction de postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières et force est d'admettre que d'une façon générale, la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations fonctionnelles éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap du recourant et ne demandent pas de mesures de réadaptation particulière.

La décision de l'intimé de refuser des mesures de réadaptation est donc bien fondée.

- 10.** Le recourant demande qu'une expertise judiciaire soit ordonnée de même qu'il soit procédé à l'audition de ses médecins traitants.

Si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

Comme cela été vu *supra*, les pièces au dossier permettent à la chambre de céans de se déterminer sans qu'une expertise judiciaire portant sur « l'incapacité de travail » du recourant soit nécessaire. S'agissant de l'audition des médecins

traitants, elle est inutile dès lors que ces derniers ont eu largement l'occasion de s'exprimer dans leurs rapports médicaux versés au dossier.

Partant, en application du principe d'appréciation anticipée des preuves, les mesures d'instruction demandées sont rejetées.

**11.**

**11.1** Entièrement mal fondé, le recours sera rejeté.

**11.2** Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Philippe KNUPFER

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