

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3787/2025

ATAS/692/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2026

Chambre 16

En la cause

A. _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1992, célibataire, père de trois enfants nés en 2016, 2022 et 2024, a collaboré en tant que monteur électricien en 2011, puis en dernier lieu en qualité de manœuvre à plein temps dans une entreprise de construction du 1^{er} février 2016 au 31 mai 2017, date de la fin des rapports de travail consécutivement à son licenciement.
- b.** Le 19 septembre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), en invoquant une incapacité de travail totale depuis le 18 janvier 2017.
- B.** **a.** L'OAI a recueilli des rapports médicaux, dont notamment :
- un rapport de protocole opératoire relatif à une intervention réalisée le 25 août 2015 par le docteur B_____, spécialiste en chirurgie de la main, posant le diagnostic de pseudarthrose du pôle proximal du scaphoïde gauche et indiquant que l'assuré avait été victime d'une chute de 4 m avec réception sur le poignet gauche en 2011 ;
 - un rapport d'examen final du 16 octobre 2017 établi par le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, constatant que la pseudarthrose avait été opérée au niveau du poignet gauche avec un résultat satisfaisant à ce jour, que l'activité professionnelle dans la maçonnerie ou le montage d'électricité n'était plus exigible, mais que dans une activité professionnelle en position assise ou debout, avec un port de charges limitées à 2 kg de façon ponctuelle sur le côté gauche, sans limitation au niveau de la mobilité des doigts, sans limitation au niveau des membres inférieurs ni au niveau du membre supérieur droit, la capacité de travail de l'assuré était entière sans baisse de rendement ;
 - un rapport du 14 décembre 2017 du Dr B_____, estimant que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était de 0% mais de 100% dans une activité adaptée (bureau), évitant les travaux lourds et les mouvements répétitifs compte tenu de la perte de force.
- b.** L'OAI a pris en charge les coûts d'un reclassement sous forme de :
- formation duale en tant qu'assistant administratif et gestionnaire de stock, du 1^{er} septembre 2018 au 22 mars 2019 (communication du 7 août 2018) ;
 - cours d'anglais, du 30 octobre 2018 au 22 mars 2019 (communication du 20 novembre 2018) ;
 - cursus certificat d'assistant administratif et de gestionnaire de stock (niveau II avec rédaction), du 5 novembre 2018 au 30 avril 2019 (communication du 10 décembre 2018) ;

- formation pour l'obtention du permis de conduire pour chariots élévateurs à mât frontal, à mât rétractable et gerbeurs à timon, du 11 au 14 mars 2019 (communication du 6 février 2019) ;
- cours de base de conducteur de plate-forme élévatrice mobile de personne, du 17 au 18 avril 2019 (communication du 22 mars 2019) ;
- prolongation pour terminer le cursus de certificat d'assistant administratif et de gestionnaire de stock (niveau II avec rédaction), du 1^{er} au 31 mai 2019 (communication du 29 avril 2019) ;
- prolongation de la mesure professionnelle dans l'attente des résultats du certificat d'assistant administratif et de gestionnaire de stock, ainsi que pendant la période suivante pour constituer un dossier de candidature pour trouver un stage pratique en entreprise, du 1^{er} juin au 31 août 2019 (communication du 27 juin 2019) ;
- coach professionnel dans l'objectif de rechercher un stage professionnel pratique, du 27 juin au 31 août 2019 (communication du 3 juillet 2019) ;
- stage de formation en tant qu'assistant administratif et commercial auprès d'une entreprise active dans le domaine de l'immobilier, du 26 août 2019 au 26 février 2020 (communication du 22 août 2019) ;
- formation complémentaire dispensée en interne dans cette entreprise, du 26 au 30 août 2019 (communication du 10 octobre 2019) ;
- formation import/export, accompagnement sur site et formation immobilière diffusée en interne auprès de cette entreprise, du 1^{er} septembre au 31 octobre 2019 (communication du 25 mars 2020), prolongée du 1^{er} novembre au 19 décembre 2019 (communication du 15 mai 2020) ;
- formation dans l'immobilier, diffusée en interne auprès de cette entreprise, du 5 janvier au 29 février 2020 (communication du 2 juin 2020) ;
- formation diffusée en interne auprès de cette entreprise, du 1^{er} mars au 30 mai 2020 (communication du 7 juillet 2020)

c. Du 27 février au 31 mai 2020, l'assuré a également été mis au bénéfice d'un placement à l'essai dans l'entreprise précitée (communication de l'OAI du 3 mars 2020).

d. L'OAI a ensuite pris en charge les frais d'une allocation d'initiation au travail pendant la période d'initiation respectivement de mise au courant au sein d'une entreprise active dans le domaine du paysage, du 1^{er} juin au 30 novembre 2020 (communication du 11 juin 2020), d'où il a été licencié au 30 septembre 2020 pour des raisons économiques (courriel du 9 octobre 2020).

e. Du 2 juillet au 8 septembre 2020, l'assuré a bénéficié d'une formation (logiciel de dessin assisté par ordinateur) auprès d'un centre de formation continue, dans le cadre de l'octroi d'un reclassement par l'OAI (communication du 11 juin 2020).

f. Dans un rapport final du 5 novembre 2020, la division réadaptation professionnelle de l'OAI a considéré que l'assuré était dorénavant réadapté. Ce dernier avait été reclassé comme assistant administratif et gestionnaire de stock. Il avait réussi la formation et suivi deux mesures de « formation pratique terrain ».

g. Par décision du 25 janvier 2021, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité faute de perte de gain et a refusé l'octroi d'autres mesures professionnelles.

L'assuré n'a pas contesté cette décision.

C. a. Le 26 septembre 2023, il a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une atteinte à la santé due à un accident.

b. L'Hospice général accorde une aide financière à l'assuré depuis le 1^{er} octobre 2023.

c. Dans un rapport du 13 novembre 2023, le Dr B_____ a fait état d'un traumatisme de la main droite évoluant vers un syndrome douloureux persistant, sans substrat pathologique trouvé. La capacité de travail de l'assuré était nulle, sauf dans une activité mono-manuelle.

d. Le 20 février 2024, l'OAI a reçu un rapport du 22 septembre 2022 du docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, posant le diagnostic de douleurs persistantes de la face palmaire des métacarpo-phalangiennes de la main droite, après une chute à vélo survenue le 26 septembre 2021 avec réception sur la main droite. La symptomatologie était aggravée par la flexion des doigts notamment lors d'effort de préhension.

e. Dans un rapport du 14 mars 2025, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome douloureux de la main droite post-traumatique, pour lequel il n'a proposé à ce stade aucun traitement. La mobilisation du poignet était complète mais les douleurs empêchaient la force, l'agilité et l'endurance. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle, mais ce dernier pourrait exercer une activité adaptée ne nécessitant pas de force ni de mouvements répétitifs.

f. Par avis du 22 juillet 2025, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : le SMR) a retenu les atteintes à la santé incapacitantes (préexistantes et nouvelles) suivantes : une pseudarthrose du scaphoïde gauche opéré le 25 août 2015 (atteinte principale) et un syndrome douloureux de la main droite post-traumatique depuis le 26 septembre 2021 (autre atteinte). La capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de manœuvre depuis le 18 janvier 2017. En revanche, dans une activité adaptée d'assistant administratif/gestionnaire de stock, sa capacité de travail était de 0% dès le 18 janvier 2017, de 100% dès le 1^{er} janvier 2018, de 0% dès le 26 septembre 2021 et de 100% dès le 26 octobre 2021. Les limitations fonctionnelles étaient les mouvements fins, en force et répétitifs des mains.

g. Dans un projet de décision du 22 août 2025, l'OAI a annoncé à l'assuré qu'il entendait rejeter sa nouvelle demande de prestations.

Le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. L'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle dès le 18 janvier 2017, mais de 0% dans une activité adaptée à son état de santé à compter du 1^{er} janvier 2018, puis une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 26 septembre 2021 pour un mois, jusqu'au 26 octobre 2021. L'activité d'assistant administratif/gestionnaire de stock pour laquelle l'assuré avait été reclassé était adaptée à son état de santé. La comparaison des revenus sans (CHF 59'124.-) et avec (CHF 65'302.-) invalidité n'aboutissait à aucune perte de gain, de sorte que l'assuré n'avait pas droit à une rente.

h. Par courrier du 15 septembre 2025, l'assuré a contesté ce projet de décision.

Il a joint :

- un rapport de l'échographie de la main droite du 5 octobre 2021 ;
- un rapport de l'IRM de la main droite du 11 avril 2022 ;
- un rapport de la scintigraphie osseuse - spect - scan du 16 juin 2022 ;
- le rapport d'analyses sanguines du 2 novembre 2022 ;
- un rapport du 17 février 2023 du Dr B_____, préconisant un séjour de l'assuré à la Clinique romande de réadaptation pour une évaluation de son cas.

i. Par avis du 23 septembre 2025, le SMR a considéré que les pièces versées au dossier ne comportaient aucun élément nouveau permettant de modifier son précédent avis.

j. Par décision du 29 septembre 2025, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assuré, les éléments apportés ne permettant pas de modifier l'appréciation du cas.

D. a. Par acte du 22 octobre 2025 adressé à l'OAI et transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice comme objet de sa compétence, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 29 septembre 2025, en concluant à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et au réexamen de son droit à la rente d'invalidité.

L'instruction de son dossier était lacunaire, la décision litigieuse ayant été rendue sur la base du dossier uniquement. Les examens (IRM, échographie, scintigraphie, analyses sanguines) réalisés entre 2021 et 2022 mettaient en évidence des anomalies articulaires et inflammatoires, confirmant l'existence d'un trouble chronique à la main droite. Il éprouvait des douleurs continues dans les trois derniers doigts de la main droite, accompagnées de blocages lors de la fermeture du poing et d'une perte de force. Il présentait également des limitations à la main gauche. Il ne pouvait pas exercer une activité nécessitant des gestes

répétitifs, le port de charges ou l'utilisation prolongée du clavier. Son chirurgien de la main avait du reste proposé un bilan spécialisé pour déterminer la nature exacte de ses atteintes et ses limitations fonctionnelles. L'activité de gestionnaire de stock ou assistant administratif n'était plus adapté à son état de santé. L'absence de reconnaissance de ses limitations physiques pouvait entraîner une détérioration de son état psychique.

À l'appui de son recours, l'assuré a produit les pièces qu'il avait communiquées à l'intimé en date du 15 septembre 2025.

b. Par écriture du 20 novembre 2025, l'assuré a persisté dans ses conclusions, tout en sollicitant l'assistance juridique gratuite ainsi que son audition.

Il a produit les pièces déjà versées, de même que les certificats d'arrêt de travail à 100% établis par le Dr B_____ pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024, puis du 1^{er} janvier au 30 novembre 2025.

c. Par réponse du 26 novembre 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Aucun élément objectif ne permettait de remettre en cause l'appréciation du cas.

d. Par décision du 16 décembre 2025, la Vice-Présidence du Tribunal de première instance a admis le recourant au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 20 novembre 2025, limitée à la prise en charge des frais judiciaires de première instance.

e. Par réplique du 18 décembre 2025, le recourant a persisté dans ses conclusions.

L'instruction était incomplète. Les limitations fonctionnelles n'avaient pas été correctement établies. Plusieurs éléments médicaux déterminants avaient été ignorés.

f. Par duplique du 28 janvier 2026, l'intimé a maintenu sa position.

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 (art. 61 let. b LPGA) et le délai de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA) prévus par la loi, le recours est recevable, étant relevé que les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une

autorité incompétente (art. 89A et 64 al. 2 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.
3. 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.

3.1 En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. **4.1** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation (art. 87 al. 3 RAI), l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa (ATF 141 V 585 consid. 5.3 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_12/2023 du 22 août 2023 consid. 3.2). Elle doit donc traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (examen « *allseitig* »). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés, le degré d'invalidité doit ainsi être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 consid. 6.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_498/2023 du 11 décembre 2023 consid. 5.1 et les références).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

4.2 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).

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).

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).

4.3 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).

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} RAI).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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 (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).

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).

4.4 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).

5. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est péjoré entre le 25 janvier 2021, date de la décision lui niant le droit à une rente d'invalidité (en l'absence de perte de gain), et le 29 septembre 2025, date de la décision litigieuse rejetant sa nouvelle demande de prestations.

À l'époque, la première demande de prestations avait été déposée pour une pseudarthrose du scaphoïde gauche opérée le 25 août 2015, qui avait évolué favorablement. Dans son dernier rapport du 14 décembre 2017, le chirurgien traitant avait évalué la capacité de travail du recourant à 0% dans l'activité habituelle (de manœuvre), mais à 100% dans une activité adaptée évitant les travaux lourds et les mouvements répétitifs (telle qu'une activité d'employé de bureau). Sur cette base, le recourant avait été reclassé, avec succès, comme assistant administratif et gestionnaire de stock, les coûts de la formation ayant été pris en charge par l'intimé.

La décision litigieuse du 29 septembre 2025 se fonde sur l'avis du SMR du 23 septembre 2025, qui relève que le recourant présente des douleurs persistantes sur la face palmaire des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts II-V à la suite d'une chute sur la main droite survenue le 26 septembre 2021. Le SMR se prononce sur les pièces médicales produites par le recourant dans le cadre de son audition après réception du projet de décision du 22 août 2025 et conclut qu'elles ne sont pas susceptibles de modifier son avis du 22 juillet 2025, à savoir que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'assistant administratif/gestionnaire de stock depuis le 26 octobre 2021, les limitations fonctionnelles étant les mouvements fins, en force, et répétitifs des mains.

En particulier, le SMR indique que le chirurgien traitant, dans un rapport du 13 février (*recte* : 14 mars) 2025, retient le diagnostic de syndrome douloureux de la main droite post-traumatique avec une capacité de travail entière dans une activité ne nécessitant ni force, ni mouvement répétitif. Or, si, dans ce rapport médical, le chirurgien traitant a conclu à une exigibilité dans une activité adaptée, il n'a pas précisé le taux de la capacité de travail dans une telle activité.

Le SMR constate également que le bilan radiologique de la main droite n'a pas mis en évidence d'atteinte structurelle. Dans son précédent avis du 22 juillet 2025, le SMR mentionnait à cet égard que le chirurgien traitant, dans un rapport du 13 novembre 2023, faisait état d'un syndrome douloureux persistant, sans substrat pathologique trouvé. Le SMR ajoutait que le rhumatologue traitant, dans un rapport du 22 septembre 2022, ne pouvait pas non plus expliquer les douleurs. En revanche, ce spécialiste préconisait un bilan sanguin (à effectuer par le médecin généraliste), car il suspectait une maladie rhumatismale. Cela étant, le SMR se contentait d'observer que dans une lettre du 4 mai 2025, le médecin généraliste informait l'intimé qu'il ne suivait plus le recourant (depuis le 14 octobre 2021). Pourtant, le recourant a produit, le 12 avril 2024, le résultat d'analyses sanguines prélevées le 27 octobre 2022. Il l'a une nouvelle fois versé au dossier, dans le cadre de son audition. Dans son dernier avis du 23 septembre 2025, le SMR ne se détermine toutefois pas sur ce bilan sanguin.

Une maladie rhumatismale à l'origine des douleurs persistantes à la main droite du recourant n'a donc pas encore été exclue.

La réponse à cette question est déterminante, étant donné que, dans l'hypothèse où les douleurs persistantes ne sont pas expliquées par un substrat organique, il y a lieu d'examiner le droit du recourant à une rente d'invalidité à l'aune de la procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique (ATF 141 V 281), ce que l'intimé n'a pas fait.

Compte tenu de ces éléments, à ce stade, la chambre de céans ne peut pas suivre les conclusions du SMR.

5.1 Dans la mesure où il appartient en premier lieu à l'intimé d'instruire le dossier, il convient de lui renvoyer la cause, à charge pour lui de s'enquérir auprès du chirurgien traitant du taux de la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Ce médecin (ou les spécialistes du service de réadaptation de l'OAI) devra également indiquer si l'activité d'assistant administratif/gestionnaire de stock est adaptée aux limitations fonctionnelles des deux mains du recourant. En parallèle, le SMR est invité à se prononcer sur le bilan sanguin produit par le recourant et à déterminer si le recourant souffre d'une maladie rhumatismale susceptible d'expliquer ses douleurs persistantes. Dans tous les cas, l'intimé devra mener une instruction complémentaire pour évaluer l'éventuelle incapacité de travail qu'engendre le trouble du recourant, qu'il soit rhumatologique ou sans substrat organique, et dans ce dernier cas, au regard des indicateurs (ATF 141 V 281).

5.2 Aussi est-il superflu de procéder à l'audition du recourant et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, et nouvelle décision.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 29 septembre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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