

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/747/2026

ATAS/734/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 août 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Teresa SOARES et Yves MABILLARD,
juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1982, originaire d'Érythrée, est arrivé en Suisse le 15 novembre 2004 et a travaillé en qualité de manutentionnaire polyvalent à plein temps.
- b.** Il bénéficie d'une aide financière versée par l'Hospice général.
- B.** **a.** Par décision du 13 mars 2023, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. Il retenait une incapacité de gain totale dans l'activité habituelle depuis le 25 juin 2020 mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré depuis le mois d'octobre 2020 au moins.
- b.** L'assuré a recouru par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) à l'encontre de cette décision le 22 mars 2023.
- c.** Le 19 avril 2023, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'assuré manutentionnaire polyvalent à plein temps – victime d'un accident le 9 août 2019 (chute à vélo, avec réception sur l'épaule gauche) - était en incapacité de travail totale depuis le 9 août 2019, en raison d'une entorse acromio-claviculaire gauche de stade III traitée conservativement dans un premier temps et motivant par la suite une opération le 26 avril 2021, dont l'évolution avait été caractérisée par des douleurs mécaniques persistantes. La situation était stabilisée en décembre 2022 selon l'avis du 21 décembre 2022 du docteur B_____, chef de clinique, unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). La capacité de travail restait nulle dans l'activité habituelle mais, dès décembre 2022, totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit éviter les activités de force avec les membres supérieurs, notamment la sollicitation de l'épaule (porter / pousser / tirer), éviter le port de charge de plus de 5 kg et les activités nécessitant la position des membres supérieurs en dessus de l'horizontale.
- d.** Par arrêt du 22 juin 2023 (ATAS/486/2023), la chambre de céans a admis partiellement le recours, sur proposition de l'OAI, réformé la décision litigieuse et dit que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 31 mars 2023. Elle a constaté que l'assuré s'était déclaré d'accord avec la proposition de l'OAI.
- e.** Par décision du 21 septembre 2023, entrée en force, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 31 mars 2023.
- f.** Le 8 mars 2024, l'OAI a reçu un rapport du 6 mars 2023 du Dr B_____, lequel faisait état de douleurs de l'assuré à l'épaule gauche. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : épaule gauche : port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur atteint et en élévation antérieure, travail répété au-

dessus de l'horizontale, travail en position d'abduction du bras, travail obligatoire en position coude au corps. Une activité de type bureau pouvait être compatible. Des tests anesthésiques étaient envisagés.

g. Le 13 mars 2024, l'OAI a informé le Dr B_____ que l'assuré devait déposer une demande dans les formes requises, ce que celui-ci a fait le 26 mars 2024.

h. Le 28 mars 2024, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur le fait qu'il devait rendre plausible une modification de son invalidité.

i. L'assuré a communiqué les 12 et 17 avril 2024 des notes de suite du 17 septembre 2019 au 17 avril 2024 ainsi que des rapports de consultation établis entre les 15 novembre 2019 et 28 octobre 2022 par le Dr B_____. La note de suite du 17 avril 2024 mentionnait qu'une infiltration de l'épaule gauche avait été pratiquée.

j. Le 26 juin 2024, le SMR a estimé que l'état de santé de l'assuré n'avait pas subi de modifications sévères et durables depuis la dernière décision.

k. Par décision du 16 septembre 2024, confirmant son projet du 2 juillet 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

l. Le 27 septembre 2024, l'assuré a recouru à l'encontre de cette décision auprès de la chambre de céans. Il a communiqué un rapport de la docteure C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 27 septembre 2024, au sein de D_____ (ci-après : centre médical). Ce rapport attestait d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré cette dernière année. L'assuré présentait des douleurs invalidantes des deux épaules mais principalement à droite, et ce malgré des infiltrations. Une échographie du 26 septembre 2024 relevait une tendinopathie quasi transfixiante du tendon du supra-épineux avec la bursite et arthropathie acromio-articulaire. Au niveau de son épaule gauche, l'assuré présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec arthropathie acromio-claviculaire. L'assuré attendait une intervention chirurgicale. Son incapacité de travail était de 40%.

L'échographie du 26 septembre 2024 concluait comme suit :

- à l'épaule droite, tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec fissuration du supra-épineux, quasi transfixiante, bursite sous-acromio-deltoidienne modérée et arthropathie mécanique acromio-claviculaire ;
- à l'épaule gauche, discrète tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec une fissuration plus marquée à l'insertion du supra-épineux, discrète bursite sous-acromio-deltoidienne et très important remaniement de l'articulation acromio-claviculaire avec un épaississement très marqué de la synoviale, à corrélérer aux antécédents.

m. Les 29 novembre et 2 décembre 2024, l'assuré a communiqué un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de son épaule gauche du

18 novembre 2024 ainsi qu'un rapport du département de chirurgie des HUG des 28 octobre et 22 novembre 2024, relevant que l'assuré avait bénéficié d'environ 20 infiltrations de l'épaule gauche. Il revenait à la consultation en raison d'une décompensation douloureuse depuis plusieurs semaines. Le bilan radiographique du jour montrait une épaule bien centrée. Une IRM était demandée pour évaluer l'état de la coiffe des rotateurs. Le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, avait proposé à l'assuré en 2023 un ténodèse du long chef du biceps par arthroscopie, prise en charge chirurgicale refusée par l'assuré.

n. Par arrêt du 2 décembre 2024 (ATAS/960/2024), la chambre de céans a rejeté le recours et a suivi l'avis du SMR du 26 juin 2024, selon lequel l'état de santé de l'assuré, au vu des pièces médicales fournies, n'avait pas subi de modification sévère et durable depuis la dernière décision. Elle a constaté que les rapports transmis postérieurement à la décision litigieuse ne pouvaient pas être pris en compte. S'agissant des autres rapports médicaux, ils ne témoignaient pas d'une aggravation significative de l'état de santé de l'assuré.

o. Par courrier du 17 décembre 2024, l'assuré a demandé à l'OAI de bien vouloir tenir compte de l'aggravation de son état de santé selon le rapport de la Dre C_____ du 27 septembre 2024.

p. Par courrier du 28 janvier 2025, l'OAI a invité l'assuré à lui faire parvenir les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation de son état de santé.

q. Par courrier du 10 février 2025, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du département de chirurgie des HUG du 23 janvier 2025, signé par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant que la consultation concernait l'épaule gauche de l'assuré et que le bilan d'imagerie déjà effectué mettait en évidence une tendinopathie du long chef du biceps sans signe de lésion transfixiante de la coiffe. L'examen clinique était superposable au comparatif, avec notamment la mise en évidence d'une douleur à la palpation de la gouttière bicipitale avec des tests de provocation positifs. L'indication à une ténodèse du long chef du biceps arthroscopique avait été rediscutée et l'assuré l'acceptait.

r. Par avis du 14 février 2025, le SMR a estimé que l'assuré avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision du 13 mars 2023. Il faisait notamment référence au rapport de la Dre C_____ du 27 septembre 2024, à ceux du département de chirurgie des HUG des 28 octobre et 22 novembre 2024, ainsi que du 23 janvier 2025.

s. Par courrier du même jour à l'assuré, l'OAI a expliqué que les pièces produites l'autorisaient à entrer en matière au sujet de sa nouvelle demande.

t. Par courrier également daté du 14 février 2025, l'OAI a adressé une série de questions au service de chirurgie orthopédique des HUG.

u. Par courriers des 28 mars et 26 juin 2025, l'OAI a envoyé deux rappels de la demande précitée, adressés au centre médical.

v. Par courrier du 26 juin 2025, l'OAI a informé l'assuré que le rapport demandé à son médecin ne lui était pas parvenu et qu'en l'absence de documents, il était toujours dans l'impossibilité de se prononcer sur son droit à des prestations. Un délai de 30 jours lui était imparti pour transmettre ledit rapport ou pour lui communiquer le nom et l'adresse de son nouveau médecin.

w. Dans un rapport AI du 2 juillet 2025, la Dre C_____ a indiqué que l'assuré avait été opéré à son épaule gauche par le Dr E_____ en 2021 et qu'il présentait depuis des douleurs au niveau de son épaule gauche avec irradiation vers le coude gauche. L'évolution était stationnaire. L'assuré avait bénéficié de plusieurs infiltrations sans effet et avait toujours refusé les propositions d'opérations. La Dre C_____ a retenu, à titre de limitations qui découlaient de l'atteinte, une limitation à la flexion active à 160°, à la rotation externe à 20°, *testing* de la coiffe antérieure (+), douleur à la flexion et à l'extension du coude gauche. L'assuré n'était pas capable d'exercer son activité professionnelle habituelle en raison de la douleur et l'instabilité de son épaule gauche, en revanche il était apte à effectuer une activité adaptée sans effort physique. Une évaluation orthopédique de l'épaule de l'assuré était nécessaire pour évaluer sa capacité de travail.

x. Par avis du 24 octobre 2025, le SMR a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, une tendinopathie du long chef du biceps sans signe de lésion transfixiante de la coiffe, et au titre d'autres atteintes, un *status* post-accident avec entorse acromio-claviculaire traitée conservativement dans un premier temps puis par reconstruction ligamentaire acromio-claviculaire avec résection du tiers distal de la clavicule le 26 avril 2021. La capacité de travail exigible de l'assuré était de 0% dès le 9 août 2019 dans l'activité habituelle de manutentionnaire polyvalent et de 100% dès octobre 2020 dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient les suivantes : éviter tout port de charges notamment impliquant le membre supérieur gauche, toute activité sollicitant l'épaule (pousser / tirer / porter), ou nécessitant la position des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale et en abduction du bras gauche (travail obligatoire en position coude au corps) ; éviter toute activité nécessitant monter / descendre des escabeaux / échafaudages / escaliers, de même qu'accroupie ou à genoux (risque de chute / difficulté à se tenir avec le membre supérieur).

L'état de santé de l'assuré n'avait pas subi de modification notable depuis la dernière décision sur le fond du 13 mars 2023. Sa capacité de travail restait entière dans une activité, pour autant que celle-ci soit strictement adaptée aux limitations fonctionnelles.

y. Par décision du 5 février 2026, confirmant son projet de décision du 11 décembre 2025, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'assuré, au motif que

son état de santé n'avait pas subi de modification notable depuis la dernière décision. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.

C. a. Par acte du 3 mars 2026, l'assuré a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre de céans, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} mars 2025.

b. Par courrier du 24 mars 2026, le recourant a expliqué être dans l'incapacité de travailler en raison de ses douleurs à l'épaule et aux genoux.

Il a produit notamment un rapport du Centre d'Imagerie Médicale G_____ SA du 29 septembre 2025 relatif à des échographies des parties molles en raison de douleurs au niveau du pli inguinal droit et tiers proximal des adducteurs et un contrôle d'hernie, attestant de ganglions inguinaux droits d'allure réactionnelle, probablement en lien avec une plaie cutanée pré-tibiale. Le rapport écartait une hernie inguinale droite mais signalait des signes de bursite de l'ilio-psoas à droite.

c. Par réponse du 16 avril 2026, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Il se fondait sur un avis du SMR du 2 avril 2026, qu'il produisait, selon lequel, s'agissant de la bursite de l'ilio-psoas, la plupart des patients répondaient à un traitement conservateur et évoluaient favorablement sur quelques semaines. Cela ne motivait pas une incapacité de travail durable. Le rapport d'échographie du 29 septembre 2025 n'était pas de nature à modifier les conclusions de son avis du 24 octobre 2025. De plus, le nouveau diagnostic de bursite de l'ilio-psoas n'était en général pas durablement incapacitant et une nouvelle atteinte constituait un nouveau cas d'assurance.

d. Le 4 juin 2026, le recourant a transmis à la chambre de céans un rapport des HUG daté du 1^{er} juin 2026, suite à une consultation ambulatoire le 24 mai 2026, en raison d'une chute accidentelle ce jour-là avec réception sur les poignets et les coudes. Depuis, le recourant rapportait des douleurs. Les radiographies constataient une fracture Mason II du coude droit.

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 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de refuser l'octroi au recourant d'une rente d'invalidité, dans le cadre de sa troisième demande de prestations déposée le 17 décembre 2024.
3. Par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{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.

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^{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 (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en 2025, soit six mois après le dépôt de la demande du 17 décembre 2024 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), 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 (*cf.* 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).

4.2 L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque

le taux d'invalidité de l'assuré : subir une modification d'au moins 5 points de pourcentage, ou atteint 100%.

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

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

4.3 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).

4.4 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).

Selon la jurisprudence, la période de carence d'une année peut courir dès que l'assuré subit un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 20% (arrêt du Tribunal fédéral I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3a et la référence).

Lorsque le droit à la rente a été refusé en raison d'un degré d'invalidité insuffisant et qu'il y a par la suite une aggravation de l'état de santé, il s'agit alors d'un nouveau cas d'assurance, de sorte que le délai de carence d'une année recommence à courir (ATF 142 V 547 consid. 3.1 et la référence). En effet, l'art. 29^{bis} RAI, qui prévoit la prise en compte des délais d'attente antérieurement accomplis en cas de réapparition de l'invalidité due à la même affection, n'est pas

applicable dans cette configuration (arrêt du Tribunal fédéral 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3 et les références).

4.5 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).

5.

5.1 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

5.2.1 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).

5.2.2 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).

5.3 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).

5.4 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).

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 donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré entre la décision du 13 mars 2023 et celle litigieuse du 5 février 2026, étant relevé que l'état de fait pertinent est celui prévalant jusqu'au 13 mars 2023, date de la décision objet de l'ATAS/486/2023 et non pas de celui prévalant depuis le 21 septembre 2023, date de la décision accordant une rente limitée dans le temps au recourant. Ainsi, il y a lieu de comparer l'état de santé du recourant existant à la date du 13 mars 2023 avec celui qui prévalait au moment de la décision querellée du 5 février 2026.

8.1 Dans le cadre de la première demande de prestations, l'OAI a mis l'assuré, qui souffrait alors d'une entorse acromio-claviculaire gauche, au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2021 au 31 mars 2023.

La situation médicale du recourant s'était au plus tard stabilisée en décembre 2022 et il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès cette date tandis qu'elle était restée nulle dans son activité habituelle depuis la date de l'accident, soit le 9 août 2019 (cf. rapport du SMR du 19 avril 2023). Les limitations fonctionnelles retenues étaient : éviter les activités de force avec les membres supérieurs, notamment la sollicitation de l'épaule (porter / pousser / tirer), éviter le port de charges de plus de 5 kg et les activités nécessitant la position des membres supérieurs en dessus de l'horizontale.

8.2 La décision litigieuse du 5 février 2026 rejette la nouvelle demande du recourant du 17 décembre 2024, au motif que son état de santé n'a pas subi de modification notable depuis la dernière décision. Elle se fonde sur l'avis du SMR du 24 octobre 2025, lui-même basé sur le rapport du Dr F_____ du 23 janvier 2025 et celui de la Dre C_____ du 2 juillet 2025.

Le recourant conteste l'appréciation de l'intimé et soutient être en incapacité de travail en raison de ses douleurs à « l'épaule et aux genoux ». Il s'appuie sur les rapports suivants :

- de la Dre C_____ du 27 septembre 2024 ;
- du département de chirurgie des HUG des 28 octobre, 22 novembre 2024 et 23 janvier 2025 ;
- du Centre d'Imagerie Médicale G_____ SA du 29 septembre 2025 ;
- des HUG du 1^{er} juin 2026.

8.3

8.3.1 Par avis du 24 octobre 2025, le SMR a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, une tendinopathie du long chef du biceps sans signe de lésion transfixiante de la coiffe et, au titre d'autres atteintes, un *status* post accident avec entorse acromio-claviculaire traitée conservativement dans un premier temps puis par reconstruction ligamentaire acromio claviculaire avec résection du tiers distal de la clavicule le 26 avril 2021.

Force est de constater que le SMR a omis de prendre en compte le rapport de la Dre C_____ du 27 septembre 2024. Or, ce rapport fait état de douleurs invalidantes des deux épaules mais principalement à droite, soit une atteinte nouvelle dont le recourant ne souffrait pas à la date déterminante du 13 mars 2023, objectivée par l'échographie du 26 septembre 2024, laquelle conclut que l'épaule droite présente une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec fissuration du supra-épineux, quasi transfixiante, bursite sous-acromio-deloïdienne modérée et arthropathie mécanique acromio-claviculaire.

8.3.2 Le SMR a estimé le 24 octobre 2025 que la capacité de travail du recourant était nulle dès le 9 août 2019 dans son activité habituelle et demeurerait, dès octobre 2020, entière dans une activité adaptée. Or, ces conclusions sont en contradiction avec celles figurant dans l'avis du SMR du 19 avril 2023, selon lequel le recourant a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis décembre 2022 seulement, ayant donné lieu à la rente d'invalidité limitée au 31 mars 2023.

Il convient en conséquence de rectifier cette appréciation pour retenir une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée depuis décembre 2022.

8.3.3 La Dre C_____ a expressément signalé qu'une évaluation orthopédique de l'épaule du recourant était nécessaire pour déterminer les répercussions sur sa capacité de travail (*cf.* questionnaire du 2 juillet 2025). Or, une telle évaluation n'a pas été effectuée. En effet, aucun spécialiste en orthopédie ne s'est prononcé sur la capacité de travail du recourant.

Certes, la Dre C_____, dans son rapport AI du 2 juillet 2025, soit postérieurement à celui du 27 septembre 2024, ne mentionne plus d'atteinte à l'épaule droite et indique qu'une activité adaptée est exigible, mais sans toutefois préciser le taux de capacité de travail correspondant.

Quant aux atteintes décrites dans le rapport d'échographie des parties molles du 29 septembre 2025, le SMR y a répondu de façon convaincante et circonstanciée, de sorte qu'aucun élément au dossier ne permet d'admettre qu'il s'agit d'une affection durable ayant un impact sur la capacité de travail du recourant, ce d'autant moins qu'aucun rapport de médecin appréciant les résultats de cette échographie n'a été versé au dossier.

8.4 S'agissant des atteintes décrites dans le rapport des HUG du 1^{er} juin 2026, soit des douleurs aux poignets et aux coudes ainsi qu'une fracture Mason II du coude droit, elles sont survenues le 24 mai 2026, soit postérieurement à la décision querellée du 5 février 2026. Ces atteintes ne peuvent donc pas être prises en compte dans le cadre de la présente procédure (*cf.* ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

9. En l'absence d'une instruction médicale en lien avec l'épaule droite du recourant, l'intimé ne pouvait se fonder sur les conclusions du SMR pour rendre sa décision de refus du droit à une rente d'invalidité.

Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée sur l'état de santé du recourant, le début de l'incapacité de travail déterminante, les limitations fonctionnelles que les troubles dont souffre le recourant entraînent, le taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée, l'existence d'une baisse éventuelle de rendement et depuis quelle date cette activité serait exigible, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate sa situation médicale et de déterminer s'il présente un degré d'invalidité qui s'est modifié postérieurement à la date déterminante du 13 mars 2023.

Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, en interrogeant notamment le département de chirurgie des HUG, et si nécessaire, en mettant en œuvre une expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGa. Un renvoi à l'administration se justifie, en l'occurrence, vu l'absence d'une instruction médicale suffisante.

10.

10.1 Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée du 5 février 2026 et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède à une instruction complémentaire puis rende une nouvelle décision.

10.2 Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'est pas assisté d'un conseil et qui n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGa).

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 5 février 2026.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire 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

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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