

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/894/2026

ATAS/388/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2026

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine
LUZZATTO, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____1972, a suivi une scolarité obligatoire au Bangladesh, ainsi que des cours de physique et chimie à l'université, sans obtenir de titre universitaire. Arrivé en Suisse en 1997, l'assuré a travaillé en qualité de barman, de plongeur, de nettoyeur, d'employé polyvalent chez B_____ (de 1998 à 2016) et d'aide de cuisine. En dernier lieu, il a exercé comme commis de cuisine chez C_____.

b. Le 13 février 2018, l'assuré a été victime d'un accident professionnel (la porte d'un frigo mal fixée a frappé son pouce droit, lui causant une plaie à la main droite de 2 cm à hauteur du pouce et entraînant une incapacité de travail).

B. a. En juillet 2018, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

b. Après avoir mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle, l'OAI, par décision du 18 septembre 2023, lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} février au 30 juin 2019, puis du 1^{er} septembre 2019 au 31 mars 2021. Il a été constaté que l'orientation professionnelle et le stage l'accompagnant avaient permis de cibler une profession d'employé polyvalent dans un magasin d'alimentation, dont il avait été estimé qu'elle était pleinement exigible et respectait les limitations fonctionnelles de l'assuré. La comparaison des revenus conduisait à une perte de gain de 0% (revenu avec invalidité CHF 65'322.- ; revenu sans invalidité CHF 48'442.-).

Cette décision a été rendue à l'issue d'une longue instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- Il ressortait des rapports médicaux versés au dossier que, le 13 février, l'assuré avait souffert d'une plaie accidentelle et superficielle au poignet droit (base du pouce ou tabatière anatomique). Progressivement, l'assuré avait développé des troubles de la sensibilité et souffert de décharges électriques, d'hypoesthésies et de dysesthésies. Une échographie du 13 juin 2018 ayant mis en évidence un névrome de la branche sensitive du nerf radial, l'assuré avait été opéré le 30 juillet 2018 (résection du névrome et allogreffe nerveuse de la branche sensitive du nerf radial droit). La docteure D_____, chirurgien de la main, avait décrit une évolution favorable et estimé l'exercice d'une activité adaptée possible, de manière progressive, à deux mois de l'opération.
- Le docteur E_____, chirurgien de la main, mandaté pour une expertise par l'assurance perte de gain (ci-après APG), dans un rapport du 15 avril 2019, a relaté que l'assuré se plaignait toujours de douleurs électriques en regard de la cicatrice, d'hypoesthésies et dysesthésies, de douleurs à la mobilisation du poignet et d'une intolérance au froid. Une radiographie du 14 mars 2019 avait montré des signes de rhizarthrose, modérée à gauche, légère à droite. Les

examens parlaient en faveur d'une repousse nerveuse évoluant favorablement. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (plan de travail abaissé, charges légères), l'expert avait évalué la capacité de travail à 100%, sans baisse de rendement.

- Une seconde expertise avait été réalisée pour l'APG le 26 novembre 2019, par le docteur F_____, chirurgien de la main. L'assuré se plaignait toujours de douleurs électrisantes au moindre contact avec la cicatrice, d'une diminution de la sensibilité du dos du pouce et d'une faiblesse du pouce à la préhension. L'expert n'avait pas constaté d'amyotrophie du membre supérieur droit, ce qui ne concordait pas avec l'allégation de baisse de force de préhension. Selon lui, il y avait majoration des symptômes. La rhizarthrose était modeste, discrète, sans conséquences. L'expert avait conclu à une situation stabilisée ; les seules séquelles – qualifiées de minimales – consistaient en une dysesthésie dans le territoire de la branche sensitive du nerf radial, avec une fonction sensitivo-motrice normale du poignet. L'expert estimait la capacité à exercer l'activité habituelle à 100%.
- Le Service médical régional (ci-après : SMR), en date du 2 avril 2020, a retenu à titre d'atteintes à la santé incapacitantes : une neuropathie irritative résiduelle de la branche sensitive du nerf radial au poignet droit avec dysesthésies/hypoesthésies dorsales de la première commissure de la main droite et un statut après résection de névrome et allogreffe nerveuse de 3 cm de la branche sensitive du nerf radial au poignet droit le 30 juillet 2018. A également été mentionnée, en précisant qu'elle était sans influence sur la capacité de travail : une rhizarthrose bilatérale débutante. L'incapacité de travail durable avait débuté le 13 février 2018. Étaient mentionnées à titre de limitations fonctionnelles : la limitation du port de charges à 5 kg, l'évitement des mouvements en force de la pince pouce-index, des contacts avec la zone de cicatrice et de toute exposition au froid. Selon le SMR, l'atteinte neuropathique de la main droite avait eu pour conséquence une incapacité totale à exercer l'activité habituelle d'aide cuisinier, à tout le moins jusqu'au 1^{er} août 2019. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail avait été de 50% à deux mois de l'opération et de 100% à trois mois.
- Une consultation de chirurgie de la main du 17 août 2020 a mis en évidence la persistance de douleurs de type neurogène, avec une bonne corrélation radioclinique. L'indication à une révision chirurgicale a été posée et l'assuré a été réopéré le 11 septembre 2020 (résection du névrome et enfouissement du moignon proximal en intramusculaire d'un névrome de la branche sensitive du nerf radial au poignet droit). À la suite de cette intervention, le chirurgien a décrit, en date du 26 octobre 2020, une légère amélioration. Il a évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50%, sans utilisation de la main droite.

- Le 9 avril 2021, le SMR a constaté, après avoir réinterrogé le chirurgien, que l'assuré n'avait pas présenté l'amélioration escomptée suite à l'intervention mais avait, au contraire, développé une complication importante (atteinte neuropathique des trois nerfs du membre supérieur droit, probablement sur atteinte du plexus brachial péri-opératoire) induisant des douleurs neurogènes et des troubles sensitivo-moteurs, confirmés par une électro-neuro-myographie (ENMG) en décembre 2020. Le SMR en a tiré la conclusion que l'activité habituelle n'était plus exigible. Afin de pouvoir se prononcer sur la capacité de l'assuré à exercer une activité de type mono-manuel gauche chez un droitier, il a préconisé une nouvelle expertise, confiée au docteur G_____, lequel a rendu son rapport le 2 septembre 2021.
- Le 7 mars 2022, le SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertise, en ce sens qu'il a retenu une totale incapacité à exercer l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement en force de la pince pouce-index, pas de contact sensitif avec la zone de cicatrice, pas d'exposition au froid, pas d'activité de précision, pas d'activité manuelle lourde) dès le 14 mars 2019 et trois mois après la dernière opération. Ainsi, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail avait été de 0% du 13 février 2018 au 13 mars 2019, de 100% du 14 mars 2019 au 10 septembre 2020, de 0% du 11 septembre au 10 décembre 2020, puis de 100% à compter du 11 décembre 2020.

C. a. En mars 2025, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations.

b. Dans un rapport du 28 novembre 2024, les docteurs H_____ et I_____, orthopédistes aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont indiqué que l'assuré s'était représenté à la consultation le 28 juin 2024 pour des douleurs neuropathiques dans le territoire de la branche superficielle du nerf radial. Un nouveau bilan ENMG avait montré une atteinte des fibres sensitivo-motrices du nerf médian droit, ainsi qu'un ralentissement focal au niveau du coude du nerf ulnaire droit, asymptomatique.

Une échographie avait dès lors été suggérée, qui, si elle devait montrer une neuropathie compressive du nerf médian au coude, pourrait entraîner une nouvelle chirurgie de décompression afin de soulager les symptômes de type fourmillements dans le bout des doigts.

En revanche, s'agissant des douleurs du nerf radial (apparues suite au traumatisme initial), vu les deux échecs de chirurgie, aucune prise en charge supplémentaire n'était proposée.

Le patient décrivait des douleurs neurologiques constantes dans le membre supérieur droit, altérant fortement sa fonction. Cela étant, à l'examen clinique, il n'était pas possible d'étayer avec précision le déficit fonctionnel et la fonction résiduelle dans les activités de la vie quotidienne.

c. Le 17 avril 2025, le SMR en a conclu qu'il y avait aggravation probable de l'état de santé de l'assuré.

d. Dans un rapport du 25 juin 2025, le docteur I_____, chirurgien de la main, a conclu à un névrome de la branche superficielle du nerf radial au poignet droit et à une neuropathie du nerf ulnaire au coude droit, atteintes ayant pour conséquence des douleurs neuropathiques exacerbées par les tâches manuelles et une limitation de la force et de l'endurance du membre supérieur droit. La capacité de travail était de 0% dans une profession manuelle, de 100% dans une activité adaptée.

e. Le SMR, en date du 19 août 2025, a confirmé l'existence d'une nouvelle atteinte (neuropathie cubitale du coude droit) entraînant de nouvelles limitations fonctionnelles : pas d'accouement, pas de mouvements répétitifs avec le coude droit. Malgré tout, la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée, vu le rapport du chirurgien de la main. En cas d'opération du coude, une incapacité totale dans toute activité était à prévoir, d'une durée d'un à trois mois. Étaient retenues à titre d'atteintes : un névrome de la branche superficielle du nerf radial du poignet droit ainsi qu'une neuropathie du nerf cubital au coude droit.

f. Dès lors, le 26 août 2025, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

g. Le 1^{er} septembre 2025, l'assuré a contesté ce projet.

h. Le 12 septembre 2025, il a subi une nouvelle intervention (neurolyse du nerf ulnaire au coude droit).

i. Le SMR, en date du 22 septembre 2025, a conclu à une nouvelle période d'incapacité de travail depuis le 8 septembre 2025 et suggéré de réinterroger le chirurgien après l'intervention, en décembre 2025.

j. Dans un rapport du 1^{er} janvier 2026, le Dr I_____ a fait état d'une bonne évolution des paresthésies en post-opératoire et d'un pronostic bon concernant le nerf ulnaire, mauvais concernant le névrome. Le médecin a conclu à une totale incapacité à exercer l'activité habituelle, mais à une capacité de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant les activités manuelles lourdes et les mouvements répétés du poignet droit.

k. Le 10 février 2026, le SMR a admis une totale incapacité de travail dans toute activité du 8 septembre au 19 novembre 2025. À compter du 20 novembre 2025, il a considéré que la situation était redevenue la même qu'auparavant, c'est-à-dire que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement en force de la pince pouce-index, pas de contact sensitif avec la zone de cicatrice, pas d'exposition au froid, pas d'activité de précision, pas d'activité manuelle lourde, pas d'accouement à droite, pas de mouvements répétitifs, ni en force du bras droit, limitation de la force et de l'endurance du membre supérieur droit).

l. Par décision du 19 février 2026, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

D. a. Par écriture du 10 mars 2026, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Le recourant allègue avoir rendez-vous le 19 mars 2026 pour une consultation de chirurgie de la main avec le Dr I_____.

Dès lors, il sollicite qu'une décision soit rendue concernant son droit à une rente d'invalidité à compter du 8 mars 2026, subsidiairement, « tout autre droit qu'il pourrait faire valoir au vu de son état de santé ».

Pour le surplus, il produit un document dont il ressort qu'il fera l'objet d'une chirurgie cardio-vasculaire (pontage coronarien) en date du 21 avril 2026.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 avril 2026, a conclu au rejet du recours.

L'intimé souligne avoir tenu compte de l'atteinte de la main traitée par le Dr I_____, lequel a attesté d'une évolution favorable post-chirurgicale et de la possibilité de reprendre une activité adaptée, raison pour laquelle il a été considéré que cette atteinte n'entraînait pas d'incapacité durable au sens de la loi.

c. Les autres faits seront repris, 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 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA).

En l'espèce, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il convient dès lors de vérifier si son état de

santé s'est péjoré, depuis la décision rendue en septembre 2023, au point de lui ouvrir droit à des prestations.

3.

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

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{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).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en septembre 2025, soit six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 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 LPG (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 LPG (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).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

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).

3.3 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).

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).

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).

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).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.5 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).

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1).

4.

4.1 En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé du recourant s'est péjoré entre septembre 2023, date de la première décision, et le 19 février 2026, date de la décision litigieuse rejetant la nouvelle demande de prestations.

4.2 À l'époque, l'OAI avait constaté que, malgré une atteinte neuropathique au niveau du poignet droit, l'assuré pouvait exercer à plein temps une activité adaptée (port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement en force de la pince pouce-index, pas de contact sensitif avec la zone de cicatrice, pas d'exposition au

froid, pas d'activité de précision, pas d'activité manuelle lourde), lui permettant d'obtenir un revenu supérieur à celui qu'il réalisait dans son activité habituelle.

4.3 La décision litigieuse du 19 février 2026 se fonde, quant à elle, sur l'avis du SMR du 19 août 2025, lui-même basé sur le rapport du chirurgien traitant.

Si tant le SMR que le chirurgien ont confirmé l'apparition d'une nouvelle atteinte (neuropathie cubitale du coude droit) entraînant quelques limitations fonctionnelles supplémentaires (pas d'accoudement, pas de mouvements répétitifs avec le coude droit), l'un comme l'autre ont estimé que, malgré tout, la capacité de travail demeurait entière dans une activité adaptée. Il a également été précisé qu'en cas d'opération du coude, une incapacité totale dans toute activité serait à prévoir, mais d'une durée limitée à 1-3 mois.

Dite intervention a eu lieu, raison pour laquelle l'intimé a admis une totale incapacité de travail dans toute activité du 8 septembre au 19 novembre 2025. En effet, comme l'a confirmé le chirurgien, en l'absence de complication, l'intervention concernant le coude n'a pas entraîné d'incapacité d'une durée supérieure à 3 mois. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a considéré qu'à compter du 20 novembre 2025, la situation était redevenue la même qu'auparavant, c'est-à-dire que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans ces conditions, la décision de l'intimé de nier l'existence d'une aggravation durable de l'état de santé susceptible d'ouvrir droit aux prestations est bien fondée.

Pour le surplus, étant rappelé que le juge apprécie la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, une nouvelle incapacité de travail induite par une nouvelle opération (pontage coronarien) prévue le 21 avril 2026, soit bien après la décision attaquée n'est pas pertinente.

Il appartiendra à l'assuré, cas échéant, si cette intervention devait entraîner une incapacité de travail durable, de redéposer une nouvelle demande auprès de l'OAI.

Compte tenu de ces éléments, la décision litigieuse doit être confirmée.

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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