

S1 24 151

ARRÊT DU 6 FÉVRIER 2026

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourant, représenté par Maître Azzedine Diab, avocat, Monthey

contre

OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé

(Art. 87 al. 2 et 3 RAI, refus d'entrer en matière)

Faits

A. X _____, né en xxxx et de nationalité A _____, est arrivé en Suisse en 2012. Il a travaillé depuis lors en qualité d'aide-électricien.

Se plaignant de douleurs à la hanche irradiant vers la cuisse gauche, il s'est annoncé auprès de l'Office cantonal AI du Valais (OAI) le 13 février 2023 en indiquant qu'il avait été en incapacité de travail à 100 % du 12 septembre 2022 au 31 octobre 2022 et à 50 % depuis le 1^{er} novembre 2022.

Dans un rapport du 31 mars 2023, le Dr B _____, médecin praticien, a posé le diagnostic de syndrome du piriforme, en précisant qu'une IRM de la colonne lombaire n'avait pas mis en évidence de troubles dégénératifs ou de discopathie. Il a estimé que son patient pouvait travailler à 50% au maximum dans son activité habituelle.

Dans le cadre de l'examen de son droit aux prestations de son assurance perte de gain, l'assuré s'est soumis le 9 mai 2023 à une expertise auprès du Dr C _____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans un rapport du 12 mai suivant, l'expert a retenu une souffrance de l'articulation sacro-iliaque gauche avec tendo-myalgies d'insertions (grand fessier et piriforme), s'inscrivant dans le cadre de troubles statiques des pieds et de la marche, et un possible syndrome rotulien gauche. Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était d'au moins 80 % dans les deux mois, en tenant cependant compte d'une diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches lourdes et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès le jour de l'examen. L'expert a listé les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges à 10 kg de manière ponctuelle et 5 kg de manière régulière, la marche prolongée au-delà d'une heure d'affilée, la montée et la descente des escaliers de manière répétée et autoriser l'alternance de la position assise et debout une à deux fois par heure.

Nanti de ces informations, l'OAI a établi le 26 juin 2023 un projet de décision visant à refuser à l'assuré toutes prestations de l'assurance-invalidité.

Par pli du 7 juillet 2023, le Dr B _____ a relevé que les douleurs de son patient étaient intenses et incompatibles avec un travail à 100 %. Il a joint à son envoi un rapport établi le 12 juin 2023 par le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique

et réadaptation physique, qui notait des douleurs lombo-fessières gauches associées à un déconditionnement musculaire focal et global.

Le 20 septembre 2023, le Dr B _____ a indiqué que son patient avait été traité durant trois semaines (du 14 août 2023 au 1^{er} septembre 2023) avec de la physiothérapie intensive à E _____ et qu'à cette occasion, une lésion intramédullaire du fémur droit avait été mise en évidence.

Cette lésion a été investiguée auprès du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du F _____. Une IRM du genou droit pratiquée le 24 octobre 2023 par le Prof. G _____ a montré la présence d'une lésion diaphyso-métaphysaire distale du fémur droit d'environ 9 cm d'extension cranio-caudale sans scalloping endostéal contenant de la graisse en proportion variable, évoquant un kyste osseux partiellement ossifié. Il a proposé un contrôle à un an.

Ces rapports médicaux ont été transmis au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), lequel a estimé dans un avis du 14 novembre 2023 que la lésion du fémur droit ne montrait pas de signe de gravité. Il s'est ainsi référé à un précédent avis du 19 septembre 2023 dans lequel il avait considéré que la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par le Dr C _____.

Sur cette base, l'OAI a confirmé son projet de refus de prestations par décision du 31 janvier 2024. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. L'assuré a adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 18 avril 2024, dans laquelle il a fait état d'une fibromyalgie et d'un syndrome dépressif. Il a à cette occasion précisé qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 25 mars 2024.

Par courrier du 14 mai 2024, le Dr B _____ a indiqué que l'état de santé de son patient ne s'améliorait pas et qu'il souffrait d'une fibromyalgie sévère. Il a joint à son envoi un avis du Dr H _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, établi le 30 janvier 2024 à la suite de l'examen de l'assuré. Y sont décrites des douleurs lombaires et des hanches ressenties depuis plusieurs années, avec une aggravation depuis environ 18 mois. Ses conclusions mentionnent que les douleurs présentées n'ont pas de substrat organique bien défini et qu'il ne dispose pas d'argument pour retenir un diagnostic de rhumatisme inflammatoire, en notant en outre une discordance entre l'importance des symptômes, leurs répercussions fonctionnelles et l'absence d'altération

significative tant au status que sur les examens déjà réalisés. Le Dr H _____ a ainsi confirmé le diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux versus fibromyalgie.

Après avoir pris connaissance de ce rapport, le SMR a noté dans un avis du 13 juin 2024 que le Dr H _____ faisait mention de douleurs ressenties depuis quelques années et que la situation s'était aggravée depuis 18 mois. En outre, le rapport d'expertise du Dr C _____ relevait qu'il n'y avait pas de signe de non-organicité selon Waddell, pas de point de fibromyalgie et que les points de contrôle étaient négatifs. Il s'agissait ainsi d'un même état de santé apprécié différemment par le Dr H _____, de sorte qu'il fallait constater l'absence d'indices rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Dans un projet de décision daté du 13 juin 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'intéressé.

L'assuré s'est opposé à ce projet le 16 août 2024, en estimant que compte tenu des contradictions entre les différents praticiens, il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise afin de juger de son état de santé, notamment sur la présence d'une fibromyalgie.

Par décision du 26 août 2024, l'OAI a confirmé son refus d'entrée en matière, en relevant que les conclusions du SMR n'étaient remises en cause par aucun élément médical et que rien ne permettait d'attester une aggravation de l'état de santé de l'intéressé. Enfin, en appliquant le principe de l'appréciation anticipée des preuves, il n'y avait pas lieu de compléter les renseignements médicaux du dossier.

C. X _____ a interjeté recours céans contre cette décision le 26 septembre 2024 en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise, sous suite de frais et de dépens. Il a fait valoir que son droit d'être entendu avait été violé dès lors qu'en présence d'avis médicaux contradictoires, une expertise indépendante aurait dû être diligentée. Il a ensuite soutenu que les limitations fonctionnelles citées par l'expert C _____ n'étaient plus conformes aux derniers rapports médicaux et qu'aucune activité professionnelle ne pouvait être exercée.

L'OAI a transmis son dossier par pli du 15 octobre 2024, tout en déclarant ne rien avoir à ajouter à la motivation de la décision entreprise.

Le 5 septembre 2025, le recourant a transmis à la Cour de céans un rapport établi le 5 mai 2025 par le Dr I _____, chef du Service de rhumatologie du F _____, qui retenait les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de syndrome sec oculaire séronégatif d'origine médicamenteuse.

L'OAI s'est déterminé le 23 septembre 2025 sur cette pièce médicale, en rappelant que le litige portait uniquement sur le point de savoir si c'est à bon droit qu'il n'était pas entré en matière sur la demande présentée le 18 avril 2024, eu égard aux seuls renseignements médicaux connus au moment de la notification de la décision entreprise, soit au 26 août 2024.

L'échange d'écritures s'est clos en l'absence de nouvelles remarques du recourant sur cette dernière détermination.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 26 septembre 2024, le recours à l'encontre de la décision du 26 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 de la loi cantonale du 6 octobre 1976 sur la procédure et la juridiction administrative [LPJA]). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a retenu qu'une aggravation de l'état de santé du recourant n'avait pas été rendue plausible et, partant, a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 18 avril 2024.

A cet égard, la conclusion principale du recourante tendant à l'octroi d'une rente entière est irrecevable, puisqu'elle sort de l'objet du litige défini par la décision entreprise et porte uniquement sur l'entrée en matière de la nouvelle demande de prestations d'invalidité

du 18 avril 2024 (ATF 125 V 413, arrêt du Tribunal fédéral 9C_571/2013 du 10 décembre 2013 consid. 2).

2.2 Selon l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage ou atteint 100 %, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Les modalités de la révision sont fixées aux articles 87 à 88bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI).

Selon l'article 87 alinéa 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 130 V 64). L'article 87 alinéa 3 RAI précise que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 2 sont remplies. Une modification importante des circonstances matérielles doit être retenue lorsqu'il y a lieu d'admettre que le droit à une rente d'invalidité (ou à l'augmentation de celle-ci) serait donné au cas où les circonstances invoquées s'avèreraient exactes (SVR 2014 IV n° 33 consid. 2). Cette réglementation vise à éviter que l'administration doive constamment se saisir de demandes de rente identiques et non motivées d'une façon plus précise (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 alinéa 2 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. En procédant à cet examen, le juge prendra notamment en compte le temps écoulé depuis le moment où les prestations

ont été refusées (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

2.3 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, celui-ci ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif.

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations 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 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 64 consid. 2 et 130 V 71 consid. 3.2.3). Le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à cette procédure, l'administration doit se limiter uniquement à examiner si les allégations de l'intéressé à l'appui de sa nouvelle demande sont crédibles (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

2.4 Dans ce cas, le juge est en droit d'apprécier le caractère plausible des faits allégués par le requérant au regard des seules pièces déposées devant l'administration et n'a pas à prendre en compte les rapports médicaux déposés ultérieurement ni à ordonner une expertise complémentaire (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_596/2021 du 13 octobre 2022 consid. 4.2 ; 9C_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 ; 9C_265/2017 du 14 juin 2017 consid. 5.2).

De ce fait, le moyen de preuve consistant en la mise en œuvre d'une expertise médicale telle que requise par le recourant ne saurait être administré. Quant à l'avis médical du Dr I _____ déposé au cours de l'échange d'écritures devant la Cour de céans, il n'a pas à être pris en compte, eu égard à la jurisprudence développée ci-dessus.

3.

3.1 Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si le recourant avait rendu plausible,

au moment de la notification de la décision entreprise du 26 août 2024, une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 31 janvier 2024. Cet examen doit être mené sur la base des pièces justificatives produites par l'assuré, qui endossait le fardeau de la preuve quant aux circonstances susceptibles d'étayer une évolution significative de son état de santé depuis la dernière décision matérielle.

3.2 Au cours de l'instruction de la première demande de prestations du recourant, ayant abouti à la décision de refus du 31 janvier 2024, l'OAI avait tenu notamment compte de l'expertise du Dr C _____, rhumatologue, lequel était intervenu sur demande de l'assurance perte de gain de l'employeur de l'intéressé.

Dans son rapport du 12 mai 2023, le Dr C _____ avait relevé que l'assuré se plaignait de gonalgies antérieures gauches permanentes, favorisées par la marche, principalement la montée et la descente des escaliers et après le relèvement d'une position assise prolongée. Les douleurs fessières et de la cuisse gauche existaient depuis de nombreux mois, s'aggravant progressivement au fil de la journée en fonction des efforts fournis, avec fourmillements intermittents de la cuisse gauche, mais surtout une diminution de la force globale du membre inférieur gauche, sans lâchage, ni chute. L'expert avait en outre relevé l'absence de signes de non-organicité de la douleur selon Waddell et de points de fibromyalgie, les points de contrôle étant négatifs.

Pour appuyer sa nouvelle demande de prestations, le recourant a transmis à l'OAI un rapport émanant de son médecin traitant, le Dr B _____, qui mentionnait une fibromyalgie en référence à un courrier du Dr H _____, rhumatologue, daté du 30 janvier 2024. Dans cet avis médical, ce dernier évoquait des douleurs lombaires et des hanches ressenties déjà depuis plusieurs années, avec une aggravation depuis environ 18 mois. Outre une IRM lombaire dans la norme et un examen neurologique qui retenait uniquement un syndrome du piriforme à gauche, le bilan radiologique était très rassurant, sans élément évocateur d'un rhumatisme inflammatoire sous-jacent. Dans sa conclusion, le rhumatologue a expliqué que les douleurs présentées par l'intéressé n'avaient pas de substrat organique bien défini et qu'il n'avait pas d'argument pour retenir un diagnostic de rhumatisme inflammatoire. Il y avait ainsi une discordance entre l'importance des symptômes, leurs répercussions fonctionnelles et l'absence d'altération significative tant au status que sur les examens déjà réalisés jusqu'ici. Le Dr H _____ confirmait dès lors un diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux versus fibromyalgie.

Il ressort de la comparaison de ces deux rapports ainsi que de celui du Centre de E _____ que les constatations cliniques des Drs D _____, C _____ et H _____ effectuées à la suite de leurs examens sont sensiblement les mêmes, notamment au niveau du rachis lombaire (distance doigts-sol 15 cm, test de Schober 10-15 cm, inclinaisons latérales complètes) et des hanches (palpation douloureuse à gauche constatée par le Dr C _____ et à droite par les Drs H _____ et D _____ déjà en décembre 2023). En outre, le Dr H _____ a précisé que les atteintes mentionnées existaient depuis quelques années et qu'elles s'étaient aggravées depuis 18 mois. Il n'y a ainsi pas de nouvelle atteinte à la santé découverte par le Dr H _____ postérieure à la décision de refus de prestations de l'OAI du 31 janvier 2024. On ne peut donc conclure à une péjoration de la situation, le Dr H _____ procédant uniquement à une appréciation différente d'un état de santé demeuré inchangé, analyse également effectuée par le SMR dans son rapport final du 13 juin 2024. On notera enfin que la nouvelle demande de l'assuré a été déposée le 18 avril 2024, soit moins de trois mois après la première décision de refus de l'OAI, de sorte que les exigences sur le caractère plausible de la supposée péjoration de la situation s'en trouvent renforcées.

Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du recourant, faute d'éléments rendant plausible une aggravation de la situation médicale de l'assuré depuis la dernière décision de l'OAI. Le recours doit être lors être rejeté et la décision du 26 août 2024 confirmée.

4.

4.1 Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et compensés avec l'avance effectuée.

4.2 Le recourant n'ayant pas eu gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 6 février 2026