

# VS\_GERICHTE S1 24 139 vom 6. März 2026

VS Kantonsgericht, 2026-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1\\_24\\_139](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_24_139)

FR: VS\_GERICHTE S1 24 139 du 6 mars 2026

IT: VS\_GERICHTE S1 24 139 del 6 marzo 2026

## Erwägungen

### E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale 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 16 septembre 2024, le recours à l'encontre de la décision du 8 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes estivales (art. 38 al.

### E. 1.2

Au 1er janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI ». Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 consid.1.2.1 et les références citées). Dès lors que la décision litigieuse a été rendue après le 1er janvier 2022, mais qu'un éventuel droit à la rente aurait pu prendre naissance avant cette date (art. 29 al. 1 LAI), c'est le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui est applicable en l'espèce. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations AI de février 2020 à septembre 2023, dans le cadre d'une nouvelle demande sur laquelle l'intimé est entré en matière. Est plus particulièrement remise en cause, la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire, respectivement du rapport du SMR, sur lesquels l'OAI s'est fondé pour reconnaître une pleine capacité de travail au recourant et lui refuser tout droit à des prestations.

- 16 - 2.1 En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI]), le point de savoir si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré doit être tranché, par analogie avec le cas de la révision au sens de l'article 17 LPGA, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, et les circonstances prévalant lors du prononcé de la nouvelle décision (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_658/2024 du 8 mai 2025 consid. 3.1). A teneur de l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, 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. Tout changement important de circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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. En revanche, une

simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'article 17 alinéa 1 LPGA (ATF 147 V 167 consid. 4.1). 2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

- 17 - L'assuré a droit à une rente si sont reconnues l'existence d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année et la présence d'une invalidité de 40 % au terme de cette année dite d'attente (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement, au sens de l'article 17 LAI, s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). 2.3 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM-10 ou le DSM- V (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C\_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418). Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (F 45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc comme la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère

invalidant des

- 18 - troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409, 143V 418, 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation susmentionnée (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_701/2020 consid. 4.1, 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2).

Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1). La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation 2.4 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 148 V 49 consid. 6.2.1, 135 V 465 consid. 4.4, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise le

- 19 - fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut pas exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 143 V 269 consid. 6.2.3.2, 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_711/2020 du 2 juillet 2021 consid. 3.2 et la référence). Les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les

références). 2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations

- 20 - du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Etant donné que ces derniers se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins traitants, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur leurs indications n'interviendra que très rarement dans un litige (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.5). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Cela ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1). Un rapport SMR, au sens de l'article 59 alinéa 2bis aLAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI), a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 90\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale de l'assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction

complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 90\_518/2007 du 14 juillet 2018 consid. 3.2 et les références). 2.6 Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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

- 21 - 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 3. 3.1 Dans le cas l'espèce, il convient dans un premier temps d'examiner si la situation médicale du recourant s'est aggravée depuis le dernier examen matériel de son droit aux prestations AI. 3.1.1 Lorsque le droit à une rente d'invalidité a été nié par décision du 1er juin 2017, le recourant se plaignait essentiellement de douleurs cervicales irradiant dans le bras droit, de maux de tête et de fourmillements dans les extrémités (pièce OAI 17) et présentait, selon son psychiatre traitant, les diagnostics d'ESPT (F43.1), de trouble mixte de la personnalité avec des éléments dépendants (F61.0) et de type borderline (F60.31 ; pièces OAI 28 et 44). Le SMR avait quant à lui exclu tout diagnostic psychiatrique incapacitant, mettant en avant la différence marquée entre, d'un côté, des rapports médicaux d'une grande clarté, argumentés, exhaustifs et répondant aux critères de qualité attendus émanant notamment de la CRR et, de l'autre côté, les quelques phrases lapidaires, sans argumentaire évident ni critère de qualité produits par l'assuré. Seul le diagnostic de status post AVP du 6 mars 2015 (V47.5), avec contusion cervicale (S10.9) avait été incapacitant pour une durée limitée. Les autres diagnostics retenus n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assuré (pieds creux, tabagisme ancien, obésité non morbide [IMC = 35.7 kg/m<sup>2</sup>], status post fracture du poignet droit [1996], status post fracture de la clavicule droite et de l'avant-bras droit [1998] et status post nécrose du semi-lunaire gauche avec petite limitation du poignet ; pièce OAI 52). 3.1.2 A l'appui de sa nouvelle demande du 12 août 2019, le recourant a indiqué avoir subi un second accident de la circulation le 22 septembre 2018, exacerbant les douleurs présentes depuis le 6 mars 2015. Il mentionnait une mobilité réduite du poignet droit, des douleurs cervicales et au bras, ainsi que des maux de tête (pièce OAI 61). Sur le plan neurologique, le Dr C \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué une multiplicité de symptômes invalidants, dont des céphalées, vertiges et rachialgies (pièce OAI 76). Un examen auprès du Dr J \_\_\_\_\_ avait également mis en évidence une polyarthralgie dans le cadre d'une fibromyalgie et un déconditionnement physique et psychique (pièce OAI 76). Des indices d'un trouble somatoforme douloureux avaient encore été observés lors d'un séjour à la Clinique bernoise de Montana du 21 octobre 2019 au 2 novembre suivant

- 22 - (pièce OAI 80). Enfin, le Dr D \_\_\_\_\_ avait mentionné que la problématique psychique s'était péjorée (pièce OAI 65). 3.1.3 Ces différents éléments constituant un possible motif de révision au sens de l'article 17 LPG, l'intimé est à juste titre entré en matière sur la demande du recourant. Suite à l'annulation de la décision du 17 février 2020 par la Cour de céans pour instruction complémentaire, l'OAI a mis en œuvre l'expertise bidisciplinaire requise. Sur la base de celle-ci, ainsi que du rapport final du SMR, l'intimé a une nouvelle fois nié tout droit du recourant à des prestations AI, au motif qu'aucune aggravation objective, significative et durable de son état de santé n'avait été démontrée. 3.2 Il s'agit dès lors d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ du 31 janvier 2024, sur lequel s'est essentiellement

fondé le médecin du SMR pour rendre le rapport final du 1er février 2024 qui a été déterminant pour l'OAI. Le recourant reproche spécialement aux experts de s'être fondés sur son état de santé au moment des examens et de ne pas avoir pris en considération la période d'incapacité de travail totale qui avait suivi l'accident de la circulation du 22 septembre 2018, laquelle ressortait pourtant des nombreux rapports médicaux à leur disposition. 3.2.1 Sur le plan psychiatrique, le Dr L \_\_\_\_\_ a passé en revue les diagnostics retenus par le Dr D \_\_\_\_\_ en expliquant, de façon claire et cohérente, pour quelles raisons ils ne pouvaient pas être confirmés. Son raisonnement, aboutissant au constat de l'absence de toute psychopathologie incapacitante actuelle ou passée, se fonde non seulement sur les observations faites durant l'examen clinique, mais également sur les explications données par le recourant et l'intégralité des pièces médicales au dossier. L'expert psychiatre a notamment analysé l'impact de l'accident de voiture de septembre 2018 sur les diagnostics retenus par le Dr D \_\_\_\_\_, relevant qu'ils n'avaient que très peu évolués, tant dans leur nature que dans leur sévérité. L'ESPT en particulier ne faisait pas plus sens après ce second accident de voiture, chez un assuré qui n'avait consulté le neurologue que cinq mois après les faits pour des douleurs multiples dites très invalidantes et qui indiquait uniquement des motifs somatiques dans sa nouvelle demande AI. L'intéressé ne mentionnait d'ailleurs même pas les deux accidents de voiture à l'origine de ses demandes de prestations dans les faits marquants de sa vie et n'avait pas été empêché de conduire une voiture puis de reprendre la pratique de la moto. D'une façon générale, les traitements n'avaient que peu ou pas varié, le suivi ne s'était pas intensifié et aucune hospitalisation en psychiatrie n'avait été préconisée. Le Dr L \_\_\_\_\_ a rapporté que les limitations antérieures alléguées ne paraissaient pas

- 23 - uniformes. Il existait de trop nombreuses discordances et les difficultés décrites par l'assuré n'étaient pas plausibles du point de vue de la psychiatrie. Contrairement à ce que semble penser le recourant, le simple fait que l'expert psychiatre ait indiqué, à tort, qu'il avait pu reprendre une activité professionnelle « sans difficultés rapportées, sans tremplins, sans mesures d'entraînement ou autre », ne suffit pas à invalider totalement son analyse, d'autant moins qu'il indique expressément que l'intéressé a bénéficié de plusieurs mesures grâce au chômage (pièce OAI 153, p. 523). Sur le plan somatique, le Dr M \_\_\_\_\_ a retracé en détail l'évolution de l'état de santé du recourant, pour aboutir au constat que celui-ci ne s'était pas modifié entre la constatation d'une capacité de travail complète le 1er mars 2016 et la reprise d'une activité de magasinier par l'intéressé en octobre 2023. Il n'y avait en particulier pas eu d'aggravation à la suite de son second accident de voiture en 2018, comme le montrait les différentes IRM au dossier. L'expert rhumatologue a validé les diagnostics non incapacitants de fibromyalgie (M79.7), douleurs cervicales sur discopathies et protrusions discales (M54.2), douleurs du genou droit sur syndrome fémoro-patellaire (M22.2), status post bursite pré-rotulienne du genou gauche (M70.56), douleurs du poignet gauche sur atteinte dégénérative (M19.03), probable syndrome du canal carpien du côté gauche (G56.0) et obésité (E66). Ceux-ci étaient déjà connus, à l'exception de la suspicion de canal carpien, laquelle ne gênait pas l'assuré dans la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles suivantes devaient toutefois être respectées : pas d'effort, pas de soulèvement à partir du sol ni de port de charges proche du corps dépassant 10 kg, pas de maintien d'une position à genoux et accroupie, éviter les montées et descentes d'escaliers répétées, le travail en hauteur et les mouvements de préhension forcée et de prono supination forcée de la main gauche (pièce OAI 153). Il ressort de la discussion consensuelle que le recourant n'avait pas présenté d'incapacité de travail après le 1er mars 2016. Selon son curriculum vitae, il avait

d'ailleurs toujours gardé une certaine activité, ce que n'ont pas manqué de relever les deux experts. De 2015 à 2016 il avait travaillé en tant que chauffeur VTC, de 2016 à 2017 il avait été gérant d'une pizzeria, de 2017 à 2019 il avait travaillé dans le restaurant familial (création et gestion du site internet et de la communication, organisation d'événements et aide au service), de 2019 à 2023 il avait été père au foyer, s'occupant notamment de trois enfants, y compris de leur scolarité à domicile durant la période du Covid 19. A réception de cette instruction médicale complémentaire, le SMR a rendu un nouvel avis le 1er février 2024. Le Dr H \_\_\_\_\_ a analysé les éléments principaux de

- 24 - l'expertise bidisciplinaire sous l'angle des indicateurs jurisprudentiels. Considérant que les critères de gravité n'étaient manifestement pas remplis, notamment pour le diagnostic principal de fibromyalgie, il a maintenu qu'il n'y avait pas, par rapport à la situation qui prévalait au 1er juin 2017, de modification de l'état de santé à la fois objective, significative et durable, susceptible d'influencer le droit aux prestations d'invalidité du recourant qui disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de magasinier. 3.2.2 Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut pas être suivi lorsqu'il reproche aux experts d'avoir ignoré la dégradation de son état de santé suite à son second accident de la circulation. Force est au contraire de constater que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée par des professionnels reconnus, experts médicaux SIM et spécialistes respectivement en rhumatologie et en psychiatrie et psychothérapie, et que la discussion était claire et cohérente, de sorte qu'il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise bidisciplinaire du 31 janvier 2024. De même, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'analyse convaincante du SMR. 3.3 Le recourant fait en outre valoir que les rapports de ses médecins traitants, lesquels ont pu constater en temps réel l'évolution de son état de santé, devaient avoir la priorité sur celui des experts, qui n'étaient intervenus que des années après, alors qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail (ce qu'il ne conteste d'ailleurs pas). Cet argument ne convainc pas la Cour de céans. Il faut en effet rappeler que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical, dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C\_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 no U438 p. 345). Or, dans le cas d'espèce et comme développé au considérant précédent, tant les experts que le médecin du SMR ont fondé leur appréciation sur l'intégralité du dossier en leur possession, y compris sur les rapports que les médecins traitants ont rendu au fil du temps. Ainsi, le recourant ne peut rien tirer à son avantage de l'absence de consultation par les experts, respectivement par le Dr H \_\_\_\_\_, durant la période litigieuse. Au surplus, le médecin du SMR s'est expressément prononcé, dans son avis du 14 mai 2024, sur les arguments développés par l'assuré dans son objection du 7 mars 2024, lesquels ont par la suite été repris dans le recours du 16 septembre 2024. Il a notamment mis en évidence que les notions avancées par le Dr C \_\_\_\_\_ de céphalées, vertiges, rachialgies,

- 25 - fatigue et somnolence diurne depuis l'accident de 2018 n'étaient pas des éléments diagnostiques, mais des symptômes, par essence tous subjectifs. Selon la jurisprudence, les plaintes subjectives ne suffisent néanmoins pas à elles seules à justifier une incapacité de travail totale ou partielle dans toute activité adaptée compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs. Dans le cadre de l'examen du droit aux

prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Ce principe vaut aussi bien sur le plan somatique que psychique (ATF 140 V 290 et 130 V 353 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4). Le neurologue traitant sortait en outre de son domaine de compétence lorsqu'il retenait, comme seuls diagnostics, ceux antérieurement exposés par le Dr D \_\_\_\_\_, cela d'autant plus que l'expert psychiatre avait expliqué, diagnostic par diagnostic, pourquoi ils ne pouvaient pas être confirmés in casu. Pour rappel, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. supra consid. 2.4). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit en aucun cas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). In casu, l'expertise bidisciplinaire ayant été menée conformément aux critères jurisprudentiels, de même que le rapport final du SMR, il convient de leur reconnaître une valeur probante entière. L'intimé doit ainsi être suivi lorsqu'il soutient qu'aucun indice concret ne justifie de s'en écarter. 3.4 Partant, il n'existe aucun motif justifiant de reconnaître un droit du recourant à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande du 12 août 2019, respectivement de lui octroyer des mesures d'ordre professionnel. A l'instar du SMR dans son appréciation du 1er février 2024, il sied de confirmer l'absence de toute modification objective, significative et durable de l'état de santé physique, mentale et psychique du recourant, susceptible d'influencer son droit aux prestations AI, depuis la décision du

- 26 - 1er juin 2017. Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision du 8 août 2024 confirmée. Les faits étant suffisamment établis, il n'y a pas lieu pour la Cour de céans d'ordonner l'administration d'une instruction complémentaire (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

#### **E. 4**

et 60 LPGA) et auprès de l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 LAI ; art. 81a al. 1 loi cantonale sur la procédure et la juridiction administratives [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.

#### **E. 4.1**

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. selon les principes de la couverture des coûts et de l'équivalence des prestations, sont mis à la charge du recourant qui succombe (art. 61 let. fbis LPGA et art. 69 al. 1bis LAI), le montant étant compensé par l'avance de frais, d'un montant équivalent, déjà versée.

#### **E. 4.2**

Le recourant n'ayant pas gain de cause, il ne lui est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni d'ailleurs à l'office intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

## Prononce

1. Le recours est rejeté et la décision du 8 août 2024 de l'Office cantonal AI du Valais confirmée. 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_. 3. Il n'est pas alloué de dépens. Sion, le 6 mars 2026

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.