

VS_GERICHTE S1 24 151 vom 6. Februar 2026

VS Kantonsgericht, 2026-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_24_151

FR: VS_GERICHTE S1 24 151 du 6 février 2026

IT: VS_GERICHTE S1 24 151 del 6 febbraio 2026

Erwägungen

E. 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

E. 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

- 6 - du 18 avril 2024 (ATF 125 V 413, arrêt du Tribunal fédéral 9C_571/2013 du

E. 10

décembre 2013 consid. 2). 2.2 Selon l'article 17 LPGA (dans sa version en vigueur depuis le 1er 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'avéreraient 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

- 7 - 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,

- 8 - 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.

- 9 - 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-

E. 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 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

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