

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 septembre 2025

---

Composition : M. NEU, président  
M. Piguet, juge, et M. de Chambrier, juge suppléant  
Greffière : Mme Hentzi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ;  
art. 87 al. 2 et 3 RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], originaire de [...], mariée et mère de deux enfants majeurs, sans formation certifiée, est arrivée en Suisse en 1990. Elle a notamment travaillé dans la restauration, puis comme ouvrière polyvalente dans une entreprise de cartonnages depuis le 9 octobre 2010. Le 3 janvier 2017, elle a chuté dans un escalier, ce qui a entraîné une fracture-luxation tri-malléolaire de la cheville gauche. Cet accident a été pris en charge par son assurance-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). En octobre 2017, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 14 janvier 2019, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci- après : l'OAI ou l'intimé) lui a refusé le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente d'invalidité et mesures de reclassement), retenant que celle-ci disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de ports de charges de plus de 10 kg, ni de marche prolongée, activité s'exerçant sur sol plat et sans position accroupie) dès le 1<sup>er</sup> mars 2018. Cette décision a été confirmée successivement par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (CASSO) (cause AI 61/19 - 405/2020) le 10 décembre 2020, puis par le Tribunal fédéral le 27 mai 2021 (cause 8C\_96/2021).

**B.** Le 5 juillet 2021, K.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI. Elle y indiquait que sa situation ne s'était pas améliorée depuis son accident survenu le 3 janvier 2017, que son incapacité de travail était toujours totale depuis cette date et qu'elle souffrait de fortes douleurs et de dépression. Sur demande de l'OAI, l'assurée a produit divers rapports médicaux à l'appui de sa demande, soit un rapport de son médecin généraliste traitant, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, daté du 19 juillet 2021, un rapport médical de son psychiatre traitant, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, établi le 28 avril 2021, un rapport du 3 mars 2021 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un rapport du 4

septembre 2019, rédigé par les Drs B.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin associée du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier [...].

L'OAI a pris diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins traitants de l'assurée. Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), il a mandaté le centre d'expertises Z.\_\_\_\_\_ à [...], afin qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, orthopédie et psychiatrique. Dans leur expertise du 1<sup>er</sup> novembre 2022, les experts, à savoir la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale, en pharmacologie et toxicologie cliniques, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu en substance que l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, en précisant que l'état de santé de celle-ci était resté inchangé depuis la dernière décision de l'Office AI du 14 janvier 2019. Ils expliquaient toutefois que leur appréciation de ladite capacité différait de celle retenue dans la décision précitée en raison de la nécessité d'accorder à l'assurée des pauses supplémentaires pour surélever et reposer sa jambe gauche. Sur requête de l'OAI, donnant suite à une recommandation du SMR, le Z.\_\_\_\_\_, par le Dr F.\_\_\_\_\_, a fourni des explications supplémentaires concernant cette différence d'évaluation.

Le 15 juin 2023, après avoir consulté son SMR, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, au motif qu'il n'existait aucune modification notable de son état de santé depuis la décision prononcée en 2019 et qu'aucun préjudice économique n'était présent.

L'assurée, agissant par Me Yero Diagne, a contesté le projet de décision et, dans le délai prolongé qui lui avait été accordé à cet effet, a produit deux prises de position relatives à l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée, émises respectivement par son médecin généraliste le 25 août 2023 et par son psychiatre traitant le 6 septembre 2023.

Par décision du 23 janvier 2024, après deux nouvelles consultations de son SMR, notamment pour qu'il se prononce sur le rapport médical de la Dre P.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2023, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il n'existait aucune modification notable de l'état de santé de celle-ci et qu'aucun préjudice économique n'était présent. Il ajoutait que la prise en compte d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité conduisait à un degré d'invalidité de 9.9 %.

**C.** Par acte du 22 février 2024, K.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision précitée du 23 janvier 2024. Elle conclut à la réforme de cette décision, en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle demande l'annulation de celle-ci et le renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

Dans son mémoire de réponse du 22 mai 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

L'assurée, par son mandataire, a répliqué, dans le délai prolongé, le 25 juillet 2024.

Le 27 août 2024, l'OAI a dupliqué.

L'assurée, par son représentant, a tripliqué le 26 septembre 2024 et produit spontanément le 29 janvier 2025 un rapport du 10 décembre 2024 de la Dre [...], spécialiste en angiologie et en médecine interne générale, et confirmé les conclusions de son recours.

Le 25 février 2025, l'OAI a indiqué qu'il avait soumis ledit rapport au SMR pour analyse, lequel avait estimé, le 7 février 2025, que celui-ci n'apportait pas d'éléments objectifs dans le sens d'une

modification significative de l'état de santé de l'assurée. Il confirmait sa décision et concluait au rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**           Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures professionnelles et à une rente.

**3.**           **a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (concernant les

principes généraux en matière de droit intertemporel, cf. ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 ; 148 V 162 consid. 3.2.1).

**b)** En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2024, elle fait suite à une nouvelle demande de prestations du 5 juillet 2021 déposée en raison d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis janvier 2019 ou, au plus tard, début 2020 avec l'apparition des troubles psychiatriques. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

**4. a)** Lorsque, comme en l'espèce, la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

Tout changement important des circonstances propres 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 appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

**b)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 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 est définie par l'art. 6 LPGA 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.

**c)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**d)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**c)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**d)** Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**e)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, 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 (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**f)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 ; 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

**6. a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 5 juillet 2021. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la décision de refus de rente et de mesures professionnelles du 14 janvier 2019 et la décision litigieuse du 23 janvier 2024, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Sur le plan médical, la décision de refus de prestations du 14 janvier 2019 était essentiellement fondée sur les rapports figurant dans le dossier de la CNA (cf. courrier de l'intimé du 2 avril 2019). Dans son avis médical du 28 mars 2019, le médecin du SMR retenait comme « *problèmes annoncés* » : une « *boiterie, marche avec canne et douleur mécaniques de la cheville gauche secondaire à une fracture tri-malléolaire*

le 3 janvier 2017 traitée par ostéosynthèse et compliquée d'une algoneurodystrophie ; ablation du matériel d'ostéosynthèse le 11 août 2017. Œdème douloureux perimalléolaire et de la jambe gauche persistant », ce qui correspondait aux diagnostics retenus par la Dre P.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 26 octobre 2018. Dans son rapport du 14 novembre 2017, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr [...], spécialiste en chirurgie, relevait que la recourante était très limitée dans ses déplacements et qu'elle indiquait ne pouvoir faire ni le ménage, ni la cuisine. Il mentionnait qu'elle sortait un peu avec son mari, mais qu'elle restait la plupart du temps à la maison, désœuvrée, allongée sur un canapé, le pied gauche surélevé, indiquant que son licenciement l'avait laissée complètement démoralisée. Ce médecin mentionnait aussi que la recourante avait essayé de porter un bas de contention, mais qu'elle ne le supportait pas. Il relevait que malgré deux séjours à la Clinique W.\_\_\_\_\_, il n'avait pas été possible d'infléchir un processus d'invalidation qui s'était rapidement installé après l'accident chez une patiente qui présentait une sorte d'exclusion fonctionnelle de son pied gauche, lequel concourait probablement au gonflement persistant de sa jambe gauche. Dans leur rapport du 4 janvier 2018, les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ relevaient que la recourante étendait sa jambe et la posait sur un repose pied lors du maintien de la position assise statique. Ils ajoutaient que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquaient que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Le 21 février 2018, les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ indiquaient qu'ils avaient essayé d'expliquer au conjoint de la recourante qu'il fallait que celle-ci se remette à participer aux activités domestiques et qu'elle se remobilise. Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle était selon eux défavorable mais principalement en raison de facteurs non-médicaux. Ils estimaient que le risque d'une chronification d'un processus d'invalidation paraissait élevé chez une patiente trop aidée par son entourage et ainsi confortée dans sa perception d'un handicap élevé. Le médecin d'arrondissement de la CNA, dans son rapport du 2 mai 2018, et ceux de la Clinique W.\_\_\_\_\_ dans leur écrit du 21 février 2018, retenaient une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité permettant d'éviter la marche prolongée,

en particulier en terrain irrégulier, les montées et descentes répétitives d'escaliers, la position accroupie prolongée et sans port de charges supérieures à 5 -10 kg.

**c)** Dans sa décision du 23 janvier 2024, statuant sur la demande de prestations du 5 juillet 2021, l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de manière notable au point d'influencer son droit aux prestations. Il s'est essentiellement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, orthopédie et psychiatrique) du Z. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> novembre 2022. Dans leur évaluation interdisciplinaire, les experts ont retenu comme diagnostics - avec une incidence sur la capacité de travail - un status après fracture tri-malléolaire complexe de la cheville gauche, traitée chirurgicalement le 7 janvier 2017 avec un œdème persistant du membre inférieur gauche et limitation de la mobilité de la cheville gauche avec à investiguer, une suspicion de séquelles de TVP (thrombose veineuse profonde), ainsi que de varus post opératoire sur une réduction non anatomique. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont relevé une dysthymie (CIM-10 [10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies] F34.1), une perte pondérale inexplicée et un tabagisme chronique. Ils concluaient à une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

Aux titres des limitations fonctionnelles, ils mentionnaient, d'un point de vue orthopédique, une activité principalement sédentaire assise avec changement de position possible et la possibilité d'utilisation d'un repose-pied, sans échelle, sans échafaudage, sans escalier, sans accroupissement, sans marche et port de charges de plus de 5 kg. Ils ne retenaient aucune limitation d'un point de vue psychiatrique et de la médecine interne. Les experts indiquaient aussi que depuis la dernière décision de l'intimé du 14 janvier 2019, l'état de santé de la recourante était resté inchangé, expliquant avoir retenu une capacité de travail de 70 %, afin de prendre en compte la diminution du rendement en raison des pauses supplémentaires pour surélever et reposer la jambe. Selon eux, cette limitation existait, selon toute vraisemblance, depuis la fin de l'hospitalisation à la Clinique W. \_\_\_\_\_ à la fin du mois de janvier 2018.

**7. a)** La recourante conteste les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Z.\_\_\_\_\_, en particulier, lorsqu'il retient que l'état de santé de la recourante n'aurait pas changé depuis la décision de l'intimé rendue en 2019. Selon elle, l'atteinte à sa jambe gauche et les conséquences de celle-ci sur sa capacité de travail ne sont pas les mêmes. Elle présente en plus un trouble psychique, ainsi que, depuis le début de l'année 2023, des douleurs à l'épaule gauche sur une tendinopathie inflammatoire.

**b)** D'emblée, il convient de relever que d'un point de vue formel, l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2022 satisfait aux exigences jurisprudentielles (cf. *supra* consid. 5b). Etablie en pleine connaissance du dossier, par des experts, dont les qualifications ne sauraient être mises en doute, elle repose sur des examens personnels de l'assurée et prend en compte les plaintes de cette dernière. L'expertise est motivée, claire et convaincante et ne laisse pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de celle-ci.

**c)** D'un point de vue matériel, sur le plan médical, le dossier comporte en lien avec la nouvelle demande et en substance, outre l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée, les documents suivants :

- des rapports du médecin généraliste traitant de la recourante des 19 juillet et 15 octobre 2021 et une prise de position du 25 août 2023. Celui-ci retient comme diagnostics un status post fracture luxation tri-malléolaire de la cheville gauche le 3 janvier 2017, une algoneurodystrophie (Sudek) avec actuellement une persistance des symptômes, des douleurs et un œdème chronique, ainsi qu'un épisode dépressif moyen à sévère. Selon lui, la recourante présentait une incapacité totale de travailler en raison des douleurs chroniques omniprésentes et de son état psychique ;
- des rapports des 28 avril et 5 octobre 2021, ainsi qu'une prise de position du 6 septembre 2023, établis par le psychiatre traitant de la recourante, qui retient comme diagnostic, un épisode dépressif moyen

à sévère, respectivement moyen, sans symptômes psychotiques (CIM-10 F32.1), probablement depuis début 2020, qui survient dans le contexte de séquelles physiques post-traumatiques suite à l'accident de janvier 2017. Selon lui, la recourante présente une incapacité totale de travail depuis le 3 janvier 2017, l'état de celle-ci s'étant chronicisé tant du point de vue de l'atteinte somatique que du point de vue de l'état dépressif. Au titre des limitations fonctionnelles, il mentionne le 5 octobre 2021 que « *l'état dépressif de la patiente, de par l'anhédonie, la perte d'espoir, la dévalorisation de soi, le repli, les troubles de la cognition, la fatigue, associés aux douleurs chroniques en lien avec les séquelles de son accident [...] empêchent toute activité professionnelle* » ;

- un rapport du 3 mars 2021 du Dr M. \_\_\_\_\_ qui diagnostique un status après fracture-luxation tri-malléolaire, réduction sanglante et ostéosynthèse de la cheville gauche, ainsi qu'une algoneurodystrophie massive. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée « *se limiterait au grand maximum d'une demie journée de travail sédentaire* » ;
- un rapport du 4 septembre 2019, des Drs B. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, qui retiennent un status post fracture-luxation tri-malléolaire de la cheville gauche le 3 janvier 2017 traitée par réduction ouverte et ostéosynthèse le 7 janvier 2017 compliquée par une algoneurodystrophie, un status post ablation du matériel d'ostéosynthèse le 11 août 2017 et un status post deux séjours de rééducation à la Clinique W. \_\_\_\_\_ à [...] en mai 2017 et en janvier 2018. La Dre P. \_\_\_\_\_ mentionne les mêmes diagnostics dans son rapport du 13 novembre 2023, y ajoutant la persistance de douleurs invalidantes.

**d)** Il découle ainsi de ces éléments que, contrairement à ce que soutient la recourante, à l'exception des troubles affectant l'épaule gauche, qui sont apparus après l'établissement de l'expertise pluridisciplinaire, les diagnostics invoqués en lien avec la nouvelle demande, à savoir un status post fracture-luxation tri-malléolaire de la cheville gauche en janvier 2017, traité par ostéosynthèse, compliquée par une algoneurodystrophie et la présence d'un œdème douloureux perimalléolaire et de la jambe gauche persistant, étaient déjà présents au

moment du prononcé de la décision de 2019. Sur le plan somatique, l'avis des experts concernant l'absence de modification de l'état de santé est corroboré par le médecin généraliste traitant, qui indique dans son écrit du 25 août 2023 être d'accord sur ce point avec le volet orthopédique, ainsi que par la Dre P.\_\_\_\_\_, qui mentionne dans son rapport du 13 novembre 2023 qu' « *il n'y a pas beaucoup de changement par rapport au dernier examen clinique de 2019* ». Elle retient par ailleurs les mêmes diagnostics dans ses rapports des 26 octobre 2018 et 21 février 2019 que dans ceux des 4 septembre 2019 et 13 novembre 2023, y ajoutant la persistance de douleurs invalidantes. Le médecin généraliste traitant retenait déjà en 2019 que les lésions à la jambe gauche entraînaient une incapacité totale de travailler.

L'intolérance d'un bas de contention et le constat qu'en position assise statique, la recourante étendait sa jambe et la posait sur un repose pied étaient aussi déjà mentionnés dans les documents pris en compte dans la décision de 2019. La limitation prise en considération pour justifier dans l'expertise une réduction de la capacité de travail de 30 % « *en raison des pauses supplémentaires pour surélever et reposer la jambe* », était ainsi déjà présente en 2019. Celle-ci n'est ainsi notamment pas due à une dégradation de l'état de santé de la recourante, notamment à une évolution de l'œdème, désormais étendu à la cuisse, alors que les rapports pris en compte en 2019 constataient que celui-ci remontait jusqu'au genou.

La suspicion de séquelles de TVP et d'un varus post opératoire, qui sont mentionnés dans l'expertise, sont des lésions qui étaient vraisemblablement déjà présentes lors de la première décision de l'OAI, étant relevé que, selon les experts, les investigations à mener les concernant ne changent rien à la capacité de travail de la recourante. Il ressort des rapports de la Clinique W.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement de la CNA, respectivement, janvier et mai 2018, que la recourante mentionnait déjà qu'elle ne pouvait faire ni le ménage, ni la cuisine et qu'il avait été expliqué au conjoint qu'il fallait que celle-ci se remette à participer aux activités domestiques et se remobilise. Ils

estimaient ainsi que l'accomplissement de tâches supplémentaires était exigible. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'est par ailleurs pas contradictoire de relever que de nombreuses tâches ménagères sont effectuées par d'autres membres de sa famille et de retenir en parallèle que la recourante serait en mesure de gérer ces tâches, mais à son rythme. L'expertise sur ce point va dans le sens de ce qu'avaient mentionné les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ en 2018. Enfin, sur le vu du contenu du rapport de la Dre P.\_\_\_\_\_ du 13 novembre 2023, portant sur la consultation du 30 octobre 2023, l'intimé pouvait renoncer à l'envoi d'un rapport AI à remplir, comme le recommandait le SMR le 9 octobre 2023, puisque, dans ce rapport, la spécialiste constatait notamment qu'il n'y avait pas beaucoup de changement par rapport au dernier examen clinique de 2019.

Enfin, dans son écrit du 25 août 2023, le médecin généraliste traitant reproche aux experts de ne pas avoir donné assez de poids aux troubles de la concentration et la fatigabilité de la recourante. Il y a toutefois lieu de relever que l'expert psychiatre mentionne ne pas avoir constaté de fatigabilité ou de problèmes de concentration chez celle-ci. Rien ne permet de retenir que sur ces deux points, la situation de la recourante aurait connu une modification importante depuis la décision prononcée en 2019.

Sur le plan somatique, les divergences d'opinion, notamment concernant l'existence d'une algoneurodystrophie et la capacité de travail, reposent donc bien sur une appréciation différente d'une situation restée globalement inchangée, comme le mentionnent les experts eux-mêmes. Par ailleurs, comme le relève le médecin du SMR dans son avis du 9 octobre 2023, le médecin généraliste traitant prend en compte des éléments qui ne sont pas du ressort médical (notamment, manque de formation et méconnaissance de la langue).

**e) aa)** Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre explique clairement pour quelles raisons il retient le diagnostic d'une dysthymie et non un épisode dépressif récurrent.

Sans négliger que l'anamnèse révèle la présence de troubles dépressifs variant d'un jour à l'autre et en fonction des circonstances, en particulier des douleurs physiques, il conclut que l'intensité et la durée de ces troubles psychiques ne sont pas suffisantes pour retenir ce dernier diagnostic. L'expert se fonde en particulier sur les constatations qu'il a faites à l'occasion de l'examen clinique, ainsi que sur le déroulement d'une journée type de la recourante. Il a également pris en compte les avis divergents au dossier. En particulier, il explique en détail pour quels motifs il ne peut pas suivre l'appréciation du psychiatre traitant. Il relève à cet égard, qu'« *au cours d'un épisode dépressif sévère, le sujet est incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou ménagères.* » Or, concernant les journées types de la recourante, il indique qu'il n'y retrouve pas de limitation fonctionnelle significative sur le plan psychiatrique, constatant que celle-ci garde du plaisir à des activités récréatives et distrayantes quotidiennes.

Sans omettre de préciser que la recourante a pleuré pendant deux à trois minutes au moment où elle a évoqué des idées noires, il constate qu'« *il n'est retrouvé ni ralentissement psychomoteur ni tristesse pathologique ni trouble cognitif* » et qu'« *il n'est constaté aucun symptôme neurovégétatif en faveur d'un état anxieux* ». Il mentionne aussi que la recourante est euthymique une bonne partie de l'entretien et relève que celle-ci « *sourit et rit silencieusement à plusieurs moments de l'examen, elle reste focalisée, attentive, partageant le focus visuel, accompagnant ses réponses d'une gestuelle souple et fournie. Elle fait de l'humour, n'a ni problème de concentration, ni problème d'attention, ni problème de mémoire.* » Selon lui, « *l'anamnèse et le descriptif de la journée type ne retrouvent pas d'anhédonie majeure ni aucun trouble de la condition, ni fatigabilité lors de l'entretien. Les critères de définition d'un épisode dépressif ne sont pas rassemblés.* »

L'expert psychiatre ajoute que « *le maintien de la même molécule antidépressive depuis plus de 1,5 année, malgré le fait que l'augmentation des doses n'ait pas été supporté sur le plan physique et le*

*fait que l'épisode dépressif est toujours actif s'est chronicisé et serait résistant, n'est pas cohérent » et ne correspond pas aux recommandations de la société suisse de psychiatrie concernant le traitement d'un épisode dépressif. L'expert relève aussi que « le maintien de ce traitement est plus en cohérence avec un constat de stabilité et avec l'absence de recherche d'un gain thérapeutique supplémentaire. Il est à noter que malgré un diagnostic d'épisode dépressif moyen ou sévère, aucun traitement anxiolytique même en réserve n'a été prescrit alors que la dimension anxieuse est constante lors de cette pathologie."*

**bb)** Le psychiatre traitant a remis en question l'avis précité de l'expert concernant le maintien de la médication dans son écrit du 6 septembre 2023, en faisant valoir qu'en l'occurrence, la dépression n'était pas que biologique, liée à un problème de neurotransmetteurs, mais également psychologiques et sociales (modèle bio-psycho-social), ce qui pouvait justifier, selon lui, de ne pas mettre l'accent sur la médication. Il invoque la possibilité « *d'un diagnostic de double dépression, à savoir de la présence d'une dysthymie à laquelle se surajoutent des épisodes dépressifs.* » Il constate une nouvelle péjoration du tableau dépressif, cette fois d'intensité sévère, à l'examen du 6 septembre 2023, avec deux épisodes dépressifs documentés et confirme donc le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent.

Dans son avis du 9 octobre 2023, la médecin du SMR indique ne pas douter de l'impartialité de l'expert psychiatre, remise en question par les médecins traitants. Elle relève que « *le psychiatre traitant n'est pas très précis par rapport à la survenance de cet "état dépressif d'intensité moyenne à sévère" et il n'a pas non plus expliqué en quoi consiste l'aggravation de l'état de santé psychiatrique ni quelles ont été les raisons (le score calculé dans le test MADRS ne nous suffit pas) [...], d'autant plus qu'il a affirmé que le "taux d'incapacité dépend de l'intensité de la souffrance dépressive, qui varie dans le temps".* »

**cc)** En l'occurrence, le SMR mentionne à juste titre que si la médecine actuelle repose sur une conception bio-psycho-sociale de la

maladie, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception bio-médicale de celle-ci, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). L'approche bio-médicale de l'expert psychiatre n'est donc pas critiquable. Par ailleurs, on relèvera que dans son rapport du 5 octobre 2021, le psychiatre traitant gardait le changement de médication comme mesure envisagée pour améliorer la situation de la recourante (ch. 2.8), ce qui vient renforcer les interrogations de l'expert concernant le maintien de la même molécule. En outre, dans sa prise de position du 6 septembre 2023, le psychiatre traitant ne se prononce pas sur l'absence de prescription d'anxiolytiques relevée par l'expert. Le psychiatre traitant s'est visiblement fondé sur une approche psychosociale (cf. son rapport du 5 octobre 2021, ch. 2.1). Dans ces circonstances, la seule affirmation de celui-ci que la recourante présente à nouveau un état dépressif sévère, sans plus de précisions, notamment quant aux raisons de l'aggravation de l'état de santé psychique, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre. Il en va de même du seul résultat obtenu sur l'échelle MADRS (échelle de dépression de Montgomery et Asberg), en raison de la composante subjective de celle-ci (arrêt CASSO AI 194/21 -182/2022 du 13 juin 2022 consid. 7/a/aa).

La recourante ne présente ainsi pas d'éléments qui soient aptes à remettre en cause les conclusions de l'expert psychiatre.

**f)** L'intimé n'a dès lors pas violé le droit en retenant une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup> novembre 2022. Des divergences d'opinion entre les médecins traitants et les experts concernant l'influence des troubles somatiques sur la capacité de travail ne justifient pas, à elles seules, d'ordonner la réalisation d'une nouvelle expertise.

**8.** Les "douleurs nouvelles" à l'épaule gauche sur tendinopathie inflammatoire, invoquées par le médecin généraliste traitant dans un écrit non daté, rédigé en réponse à l'avis du SMR du 9 octobre 2023, et donc

postérieur au rapport d'expertise en cause, ne sauraient être considérées comme une modification significative de l'état de santé de la recourante. Le médecin traitant indique certes que ces douleurs rendent toute activité professionnelle impossible, mais il n'explique aucunement pour quel motif il arrive à une telle conclusion. En revanche, le 26 avril 2024, la médecin du SMR relève que l'IRM (imagerie par résonance magnétique) de l'épaule gauche fait état d'une atteinte "modérée", mais que cet état est sans aucune corrélation clinique, ni fonctionnelle. Elle estime ainsi qu'il n'existe pas d'éléments objectifs d'une modification significative de l'état de santé de la recourante.

**9. a)** Dans leurs prises de position respectives des 25 août et 6 septembre 2023 sur l'expertise, les médecins traitants font valoir qu'il n'existe pas de poste adapté à la situation globale de la recourante et que si un poste de travail théorique pourrait être trouvé, ce ne serait pas le cas sur le marché du travail.

**b)** Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail (sur cette notion, cf. ATF 138 V 457 consid. 3. 1 ; 134 V 64 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2) lorsque l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes, de sorte qu'il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. TF 9C\_326/2018 précité consid. 6.2 ; 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_910/2011 du 30 mars 2012 consid. 3.2).

**c)** Dans le présent cas, toutefois, rien ne permet de retenir qu'il soit irréaliste de trouver un emploi adapté aux limitations physiques décrites par les experts (par ex. : travail de manutention légère ou de contrôle en usine).

**10.** Sur le vu de ce qui précède, la cause est suffisamment instruite et il n'y a pas lieu de compléter l'expertise pluridisciplinaire du 1<sup>er</sup>

novembre 2022 ou d'en requérir une nouvelle. La requête de la recourante allant dans ce sens doit être rejetée.

**11.** Faute de modification sensible de l'état de santé de la recourante et en l'absence de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de celle-ci, l'intimé a retenu à juste titre que les conditions pour procéder à une révision n'étaient pas remplies. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité, étant précisé que l'application de l'abattement de 10 % prévu par l'art. 26<sup>bis</sup> al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 n'est pas applicable au cas d'espèce, la nouvelle demande et le droit potentiel à des prestations étant antérieurs à cette date (cf. *supra* consid. 3 ; les dispositions transitoires relatives à la modification de cette disposition du 18 octobre 2023 [RO 2023 635] ne vont pas à l'encontre de cette appréciation).

**12.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**13. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimé n'y a pas davantage droit, dès lors qu'il a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 23 janvier 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Yero Diagne (pour K. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :