

# **VD\_GERICHTE ZD24.008507 vom 16. September 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-09-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.008507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.008507)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.008507 du 16 septembre 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.008507 del 16 settembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 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 LPG), 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.

### **E. 5.1**

; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

- 9 - 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).

- 10 - 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).

## **E. 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

- 11 - 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, renaient une capacité de travail résiduelle de 100 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité permettant d'éviter la marche prolongée,

- 12 - 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 1er 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 [10e 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 renaient 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.

- 13 -

#### **E. 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 1er 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

- 14 - à sévère, respectivement moyen, sans symptômes psychotiques (CIM-

#### **E. 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 1er

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

#### **E. 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. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur au 1er 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).

**E. 12**

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

**E. 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. 1bis 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).

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