

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mars 2018

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges  
Greffière: Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Lionel Zeiter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], esthéticienne de formation, a travaillé en qualité de conseillère en cosmétique pour le compte de la société W.\_\_\_\_\_ du 21 mars 1983 au 31 mars 2005.

Le 23 avril 2004, elle a été victime d'un accident de la circulation, qui a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Adressée à la Q.\_\_\_\_\_ par la CNA, l'assurée y a séjourné du 23 août au 5 décembre 2004. Dans un rapport du 11 octobre 2004, les Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, respectivement neurologue et médecin assistant auprès de ladite clinique, ont retenu les diagnostics de cervicalgies chroniques (M54.2), de probable trouble cranio-cérébral léger le 23 avril 2004 (T90.5), de fracture du plateau supérieur de la vertèbre D6 (S22.0) et de probable trouble dissociatif (F44.9). Sur la base de ces éléments, les Drs G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ ont attesté une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle dès le 11 octobre 2004. Ils ont estimé que les limitations de la mobilité cervicale étaient de nature musculaire, les radiographies du rachis n'ayant pas mis en évidence de listhésis ni de troubles dégénératifs ou fracturaires. Les facteurs favorisant la chronicité de la douleur cervico-occipitale et cervico-scapulaire n'étaient pas de nature lésionnelle, mais avant tout en rapport avec les troubles émotionnels (émancipation de sa fille, licenciement récent, ...). La mobilisation avait permis une amélioration progressive de la mobilité de la nuque et une diminution des douleurs. Un bilan ORL n'avait pas mis en évidence de lésion organique permettant d'expliquer la xérostomie ; il avait en revanche confirmé une atteinte auditive bilatérale prédominant à gauche, semblant légèrement moins importante qu'en juin 2004. Une radiographie des poumons et des épreuves respiratoires fonctionnelles s'étaient avérées globalement dans la norme. Une échographie abdominale mise en oeuvre en raison d'une suspicion de saignement

digestif s'était révélée normale. Au plan thérapeutique, les médecins de la Q. \_\_\_\_\_ ont préconisé une approche empathique visant prioritairement à rassurer et à détendre la patiente en lui apprenant à mieux gérer les facteurs de stress.

Le 26 août 2005, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 4 novembre 2005 à l'OAI, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les diagnostics de fracture/tassement de D6 à la suite d'un accident de voiture le 23 avril 2004, de status après accident de voiture en 1998 avec polytraumatisme, distorsion cervicale, traumatisme abdominal avec rupture de la rate et d'épigastalgies sur consommation excessive d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 23 avril 2004.

Dans un rapport du 13 février 2006 à la CNA, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de status après accident de la circulation le 23 avril 2004 ayant entraîné un traumatisme crânien cérébral mineur, des plaies faciales, une contusion costale droite et une fracture du plan supérieur de D6, de céphalées et cervico-dorsalgies persistantes d'origine essentiellement anxio-tensionnelle et dépressive ainsi que d'état anxio-dépressif. Le neurologue a attesté une incapacité de travail de 100%, qui ne pouvait toutefois plus être mise en relation de causalité avec l'événement accidentel du 23 avril 2004. Les radiographies pratiquées le 30 août 2005 montraient une probable discopathie C7-D1 et une raideur cervicale aux épreuves fonctionnelles, toutefois sans déplacement pathologique.

Dans un rapport du 17 mars 2006, à l'issue d'un examen clinique, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a constaté que la nuque était maintenue en légère flexion, la tête constamment baissée et rentrée dans les épaules. La mobilité était

apparemment très limitée et la mobilisation s'effectuait par des mouvements du tronc. Au niveau cervical, la musculature para-vertébrale était diffusément tendue, sensible à la palpation. La mobilité du rachis dorso-lombaire était conservée. La mobilisation s'effectuait harmonieusement, la nuque restant cependant totalement raide. Les réflexes ostéo-tendineux étaient très vifs, symétriques. Il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs. Les radiographies de la colonne dorsale, incluant un scanner, montraient une discrète cunéiformisation de D6, qui n'expliquait toutefois en rien le tableau clinique actuel. Les radiographies du rachis cervical, répétées à plusieurs reprises, n'avaient pas mis en évidence de lésion vraiment significative. Sur la base de ces éléments, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a conclu qu'au plan somatique, seule une discrète atteinte du nerf sous-orbitaire gauche post-contusionnelle pouvait être retenue. L'état actuel de l'assurée procédait ainsi de facteurs psychogènes mal identifiés. Sauf à entreprendre une instruction sur ce plan, le Dr Z. \_\_\_\_\_ préconisait la clôture du cas.

Par décision du 24 avril 2006, confirmée par une décision sur opposition du 29 juin 2006, la CNA a mis un terme à toutes ses prestations à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006, au motif que les troubles subsistant au-delà de cette date étaient de nature malade, faute de lien de causalité avec les accidents de 1998 et 2004.

L'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée à M. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 21 mai 2007, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie au plan psychique portant atteinte à sa capacité de travail. En particulier, les critères permettant de reconnaître un épisode dépressif un trouble anxieux, un trouble de la personnalité ou un trouble psychotique n'étaient pas réunis. Au titre des atteintes sans incidence sur la capacité de travail, l'expert a retenu un trouble somatoforme indifférencié (F45.1). Il a exclu une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques car le comportement hyperalgique majoré ne faisait pas référence à un diagnostic en tant que

tel, mais à une façon inconsciente de fonctionner (traits de personnalité non pathologiques hypocondriaques). Le Dr L. \_\_\_\_\_ insistait sur une discordance entre les plaintes et l'examen clinique, relevant que l'assurée s'était présentée à l'expertise rigidifiée, puis quelques minutes plus tard, s'était mise à être mobile, bougeant la tête sans s'en rendre compte alors qu'auparavant sa rigidité empêchait tout mouvement. Sur la base de ses constatations, l'expert a conclu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, sans baisse de rendement, précisant que sur le plan purement psychiatrique, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail de 20% au moins.

Procédant à la synthèse des pièces médicales figurant au dossier, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu les éléments suivants :

« La SUVA a mis fin à toutes ses prestations en date du 30/05/2006 considérant que l'assurée a un état stabilisé quant aux conséquences de l'événement du 23/04/2004.

Diagnostics secondaires à l'accident d'avril 2004

- Fracture du plateau supérieur de D6 traumatique
- Céphalées post TCC léger
- Discrète atteinte du nerf sous orbitaire gauche post confusionnelle

**Incapacité de travail**

100% du 23/04/2004 au 30/05/2006

0% depuis le 01/06/2006

Un problème psychiatrique ayant été supputé dans divers documents médicaux SUVA, une expertise psychiatrique a été organisée.

L'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_ de mai 2007 ne retient aucun diagnostic d'affection psychiatrique. Détaillée et fouillée, on suit un fil conducteur du début à la fin : cette expertise est convaincante. Le trouble de conversion n'a pas été retenu, l'expert relevant cliniquement des éléments constituant les critères-symptômes du diagnostic d'amplification ou d'exagération des symptômes qui ne saurait justifier aucune incapacité de travail dans le cadre de la LAI. Il n'y a donc pas d'empêchements psychiques à la réintégration de l'assurée au monde économique.

La période d'incapacité de travail du 23/04/2004 au 30/05/2006 n'a pas d'autre justification dans le registre médical que les motifs retenus par la SUVA.

La capacité de travail est entière dans l'activité antérieure depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 ».

Par décision du 18 juillet 2008, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité de durée limitée pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2005 au 31 août 2006. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**B.** Le 10 novembre 2008, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations, en faisant valoir une incapacité de travail existant depuis juin 2004. Dans ce cadre, elle a produit les documents suivants :

- un rapport d'examen neuropsychologique pratiqué le 2 octobre 2006 par la Prof. F.\_\_\_\_\_, médecin chef auprès de la Division autonome de neuropsychologie du B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_), concluant à une perturbation globale et diffuse des aptitudes cognitives (déficits mnésiques, exécutifs et attentionnels, associés à un ralentissement idéatoire et des troubles du raisonnement) dans l'ordre d'une évolution post-double TCC légers défavorable sur le plan psychique,
- un rapport d'IRM cérébrale du 26 janvier 2009, parvenant à des résultats dans les limites de la norme,
- un certificat médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 février 2009 selon lequel sa patiente présentait un status après polytraumatisme, y compris un traumatisme cranio-cérébral avec fracture du massif facial à gauche, avec pour conséquence des troubles comportementaux, des céphalées, des vertiges et des épisodes mal définis de perte de connaissance. Il attestait une aggravation sévère sous forme d'un état dépressif résistant à toute thérapeutique, pour lequel sa patiente bénéficiait d'un traitement auprès du psychiatre J.\_\_\_\_\_. Le Dr N.\_\_\_\_\_ estimait encore que l'évolution des cinq dernières années montrait une grave péjoration du fonctionnement de l'assurée, tant au plan somatique que psychiatrique,
- un rapport du 11 mai 2009 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, qui a relevé que l'assurée avait un lourd passé ORL avec un traumatisme cranio-cérébral et une fracture du massif facial à gauche. L'examen de l'ouïe montrait une surdité de degré sévère à profond à gauche, et de degré moyen à sévère à droite. Ces troubles

s'inscrivaient dans le cadre d'un problème dépressif, de céphalées et de vertiges,

- un rapport du 13 mai 2009 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui a indiqué que l'assurée, en traitement à son cabinet depuis janvier 2009, souffrait d'un état dépressivo-anxieux sévère et d'attaques de panique, ainsi que de cervicalgies chroniques survenus des suites d'un accident de circulation en 2004. La patiente lui avait été adressée par son médecin traitant à la suite d'une aggravation de son état dépressif. Un traitement antidépresseur et anxiolytique avait légèrement amélioré son état sur un plan symptomatique. Les diverses pathologies entraînaient une incapacité de travail à long court.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a estimé que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son invalidité de nature à influencer sur son droit aux prestations et a procédé à l'instruction de sa nouvelle demande.

Interpellé par l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a fait savoir dans son rapport du 7 juillet 2009 qu'il suivait l'assurée depuis le 20 janvier 2009. Il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux (F45.4), d'état dépressif moyen (F32.1), de trouble panique (F41.0), d'anxiété généralisée (F41.1) et de status post TCC et éventuelles séquelles organiques depuis l'accident de 2004. Il a fait état d'un pronostic sombre, avec une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle, estimant que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Dans un rapport du 31 août 2009 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de céphalées, de cervicalgies suites d'accidents de la circulation, d'état dépressif réactionnel et de status après fracture du massif facial à gauche. Il a également relevé que sa patiente souffrait d'anémie et de troubles cognitifs post-traumatiques. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 23 avril 2004.

Par communication du 19 janvier 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à deux appareils acoustiques.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qu'il a confiée au D.\_\_\_\_\_ (ci-après : D.\_\_\_\_\_). Dans un rapport d'expertise du 17 septembre 2010, les Drs X.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et X.\_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi que la neuropsychologue Hervine Siegwart, ont retenu les diagnostics de trouble somatoforme douloureux depuis 2004 (F45) et d'épisode dépressif moyen depuis 2008, actuellement épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), tout en estimant que ces pathologies ne portaient pas atteinte à la capacité de travail.

Dans un avis du SMR du 12 novembre 2010, le Dr P.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit :

« (...)

Les experts ne retiennent aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique.

Une incapacité de travail totale mais temporaire peut se justifier en 2008.

Conformément à la jurisprudence en la matière, le tableau clinique du trouble de l'humeur qui s'est développé sur un fond de trouble somatoforme douloureux existant depuis 2004 est constant depuis lors et ne saurait justifier une quelconque incapacité de travail durable en l'absence d'une comorbidité psychiatrique majeure ou de trouble somatique prédominant au sens de la jurisprudence.

Il convient donc de conclure qu'il n'y a pas d'incapacité de travail au sens de la LAI. La capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée est entière depuis le 01.06.2006. »

Par décision du 24 mai 2011, l'OAI a refusé l'octroi de prestations. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

**C.** Le 25 novembre 2015, T.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Avec celle-ci, elle a produit les pièces nouvelles suivantes :

- un rapport d'IRM cervico-dorso-lombaire du 30 janvier 2015 de la Dresse C.\_\_\_\_\_, radiologue, qui a fait état d'un bombement discal global diffus C5-C6 avec déchirure annulaire postérieure de type HIZ

(Hight-intensity signal) et d'un bombement discal global diffus en C6-C7 sans conflit disco-radulaire ni canal cervical étroit, d'un ancien tassement des plateaux supérieurs de T4 et T6 sans hernie discale à l'étage dorsal, d'une anomalie transitionnelle à l'étage lombaire, avec une lombalisation de S1, mais sans hernie discale ni canal lombaire étroit, d'une arthrose apophysaire postérieure bilatérale L4-L5 et L5-S1 en phase inflammatoire avec atteinte des inter-épineuses,

- un rapport d'IRM cérébrale du 22 juillet 2015 du Dr B.C.\_\_\_\_\_, radiologue, selon lequel l'assurée présentait une discrète atrophie hippocampique gauche, sans mise en évidence de contraste pathologique ou de séquelle de trauma,
- un rapport du 19 août 2015 de la Prof. F.\_\_\_\_\_ et de la psychologue F.G.\_\_\_\_\_ au Dr N.\_\_\_\_\_, concluant à une légère péjoration du tableau cognitif avec troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels sévères, par rapport à l'examen pratiqué en 2006, ainsi qu'à un status post double traumatisme crânio-cérébral en novembre 1998 et en avril 2004, interférant significativement sur la capacité de conduire,
- un courrier complémentaire du même jour de la Prof. F.\_\_\_\_\_ au Dr N.\_\_\_\_\_, à teneur duquel les investigations complémentaires par IRM avaient mis en exergue une discrète atrophie hippocampique gauche, inexistante sur les imageries de 1998. Les troubles constatés étaient au demeurant susceptibles de diminuer significativement la capacité de travail, l'acquisition de nouvelles informations étant difficile. Une atteinte neurodégénérative n'étant pas exclue, la Prof. F.\_\_\_\_\_ a préconisé un nouveau bilan à neuf mois,
- un questionnaire fondé sur l'échelle de dépression de Beck effectué à la consultation du Dr N.\_\_\_\_\_.

Dans un avis du SMR du 25 mai 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que l'IRM du 22 juillet 2015 retranscrivait des résultats superposables aux IRM antérieures. Les résultats de l'IRM cervico-dorso-lombaire du 30 janvier 2015 étaient rassurants, les troubles dégénératifs qui y apparaissaient étant présents chez plus de 50% de la population de plus de 60 ans. Quant aux examens neuropsychologiques de 2015, ils ne

révélaient qu'une légère péjoration du tableau cognitif. Sur la base de ces constats, le Dr P. \_\_\_\_\_ a conclu que, dans un contexte de trouble somatoforme douloureux, les pièces produites par l'assurée ne donnaient aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail restait inchangée depuis la dernière décision.

Par projet de décision du 27 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'office estimait que les éléments apportés ne représentaient qu'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 27 juin 2016, désormais représentée par Me Lionel Zeiter, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité. En annexe à ses observations, l'assurée a produit un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 3 mai 2016 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, selon lequel elle présentait une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs touchant le supra-épineux, l'infra-épineux et le sous-scapulaire, une bursite sous-acromio-deltoïdienne, une rupture d'allure partielle touchant les fibres bursales de l'insertion du supra-épineux et de la jonction entre le tendon supra-épineux et infra-épineux sans atrophie et involution graisseuse de grade I selon classification de Goutallier Barnageau. En l'absence d'opacification intra-articulaire, le caractère transfixiant de la rupture ne pouvait être évalué.

Dans un avis du SMR du 18 juillet 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que la Prof. F. \_\_\_\_\_ avait qualifié l'atrophie hippocampique gauche de discrète et qu'après examen de l'assurée, elle avait estimé que l'origine des troubles était plus vraisemblablement les deux accidents de la circulation de 1998 et 2004. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a encore observé que les troubles mnésiques et exécutifs avancés par la Prof. F. \_\_\_\_\_ étaient les mêmes que ceux retenus en 2006. Il a donc conclu à l'absence d'aggravation ou de faits nouveaux source d'empêchement durable d'une

ampleur à influencer l'exigibilité retenue lors de la dernière décision. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a encore précisé que le rapport d'IRM de l'épaule gauche du 3 mai 2016 objectivait des troubles dégénératifs maladiques banaux chez les patients de 63 ans, qui n'étaient pas de nature à entraver l'activité de référence chez une assurée droitrière.

Par décision du 25 juillet 2016, l'OAI a confirmé le projet du 27 mai 2016 et a refusé d'entrer en matière sur la demande du 25 novembre 2015 de l'assurée.

**D.** Par acte du 13 septembre 2016, T.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Zeiter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 25 novembre 2014, et subsidiairement à ce qu'ordre soit donné à l'intimé de procéder à son examen complet afin de déterminer son taux d'invalidité. Se déterminant sur les arguments du Dr P.\_\_\_\_\_, la recourante fait en substance valoir que le fait que ses troubles trouvent leur origine dans les accidents de circulation de 1998 et 2004 ne suffit pas à justifier un refus d'entrer en matière. Elle argue également du fait qu'en retenant que les troubles rapportés par la Prof. F.\_\_\_\_\_ sont identiques à ceux constatés en 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ reconnaît implicitement une aggravation de sa situation, puisqu'elle a été reconnue « totalement invalide » jusqu'au 31 août 2006. La recourante conteste également que l'intimé puisse, au stade de l'examen de l'entrée en matière, d'ores et déjà qualifier des troubles dégénératifs de banaux, sans examen concret. Elle revendique qu'il soit pris en considération que ces troubles dégénératifs sont nouveaux, et qu'ils doivent ainsi ouvrir une nouvelle instruction de son dossier. La recourante soulève également que les nouveaux éléments de santé présentés par la Prof. F.\_\_\_\_\_ proviennent d'une IRM cérébrale, examen qui n'avait encore jamais été conduit. Il s'agit-là, selon elle, d'un nouveau moyen de preuve qui ne pouvait pas être produit avant, au sens de l'art. 53 LPGA.

Dans sa réponse du 31 octobre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours.

La recourante a maintenu sa position en réplique, requérant pour le surplus la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à titre de mesures d'instruction.

L'intimé a derechef conclu au rejet du recours en duplique.

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

**1.**           **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes (cf. art. 38 al. 4 let b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.**           Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante,

singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision statuant sur son droit aux prestations entrée en force, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

**3. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012] ;

RS 831.201), 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. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit 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'al. 2 sont remplies.

**b)** Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit 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, le juge 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

**c)** Le Tribunal fédéral a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, la Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis

médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004).

**d)** On ajoutera que la dernière décision 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, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

**4.** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 25 novembre 2015. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 24 mai 2011 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 25 juillet 2016 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 24 mai 2011. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier. A cet égard, on relèvera qu'il n'y a ainsi pas de place dans une telle procédure pour de nouvelles mesures d'instruction au stade du recours, et que la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante ne peut dès lors qu'être rejetée (cf. consid. 3c supra).

**a)** La décision du 24 mai 2011 refusant à la recourante le droit à des prestations retenait que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la loi sur l'assurance-invalidité et qu'elle était de ce fait à même d'exercer son activité habituelle d'esthéticienne à plein temps. Ne subissant aucun préjudice économique, elle n'avait pas droit à des prestations.

A cette époque, l'Office s'était en particulier fondé sur l'expertise du D. \_\_\_\_\_ du 17 septembre 2010. A l'issue de leur examen, les experts avaient retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie

portant atteinte à la capacité de travail. Elle souffrait certes d'un trouble somatoforme (F45) depuis 2004 ainsi que d'un épisode dépressif moyen depuis 2008, l'épisode prévalant au moment de l'expertise étant léger, sans syndrome somatique (F32.00), mais ces troubles restaient sans incidence sur la capacité de travail. Au plan somatique, l'assurée se plaignait de dorsalgies et de cervicalgies, qui se compliquaient de céphalées particulièrement intenses, parfois accompagnées de vertiges et de pertes de connaissance. L'examen au D. \_\_\_\_\_ n'avait montré aucun déficit neurologique et les résultats au plan ostéoarticulaire étaient sans particularité. Par contre, l'examen de la colonne cervicale s'était avéré douloureux, avec des amplitudes à peine ébauchées. Les céphalées correspondaient à des céphalées de tension, qui ne pouvaient pas être considérées comme invalidantes. A l'issue de l'examen somatique, les experts ont conclu que l'on pouvait entendre des plaintes douloureuses mais qu'aucune corrélation objective ne pouvait être mise en évidence : hormis les réactions d'esquive à la douleur et les signes de non-organicité de Waddell, l'examen se situait dans les limites de la norme. L'étude du dossier radiologique n'avait pas permis de retrouver une lésion anatomique susceptible de justifier ces plaintes déjà anciennes. De l'avis des experts, la recourante avait certes présenté des incapacités de travail temporaires des suites de ses accidents, mais celles-ci n'avaient pas été durables. Depuis lors, elle ne présentait aucune limitation en relation avec les troubles constatés, que ce soit au niveau physique, psychique et mental, ou social. L'activité habituelle était encore exigible, à 100%. Au plan neurologique, l'examen avait mis en évidence des troubles sévères attentionnels (temps de réaction, attention sélective, divisée et soutenue), et un ralentissement dans certains tests chronométrés. Les experts avaient également constaté des troubles de la mémoire épisodique modérés à sévères, avec également un déficit modéré en mémoire verbale immédiate. Les fonctions exécutives et instrumentales, de même que les résultats d'un test de raisonnement, étaient également déficitaires. Les experts ont conclu de ces différents éléments que les déficits neuropsychologiques de l'assurée n'étaient pas l'expression d'un trouble d'origine organique, qu'ils étaient susceptibles de fluctuer grandement selon les moments et qu'ils ne permettaient pas de retenir

une incapacité de travail. Au plan psychique enfin, une incapacité de travail totale pouvait être reconnue, mais seulement à titre temporaire, en 2008. Par la suite, une évolution avait probablement eu lieu vers une incapacité partielle. Si une telle appréciation rétroactive leur était difficile, il était cependant certain selon les experts que la capacité de travail était entière depuis la date de l'expertise, le traitement médicamenteux ayant permis une évolution favorable. Les experts n'avaient au demeurant pas d'argument en faveur d'une anxiété de type généralisée ; l'assurée n'avait pas rapporté d'attaques de panique, ce qui était probablement signe de bonne évolution. Le trouble somatoforme ne remplissait pas non plus les critères d'un trouble invalidant. En définitive, les experts ont donc conclu à une capacité de travail entière, sans limitation.

**b) aa)** A l'appui de sa nouvelle demande du novembre 2015, la recourante a tout d'abord produit nombre de pièces qui figuraient d'ores et déjà au dossier. Il s'agit en particulier du rapport du 11 octobre 2004 de la Clinique romande de réadaptation, d'un rapport d'examen neuropsychologique du 2 octobre 2006 de la Prof. F.\_\_\_\_\_, d'un rapport du 10 octobre 2006 de la Prof. F.\_\_\_\_\_ au Dr N.\_\_\_\_\_, d'un certificat médical du Dr H.\_\_\_\_\_ du 11 mai 2009 et d'un certificat médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 février 2009. Or ces pièces ont été prises en compte dans le cadre de l'instruction des précédentes demandes de prestations, de sorte qu'elles ne sont pas de nature à rendre plausible une péjoration de l'état de santé de l'assurée depuis le 24 mai 2011, date de la dernière décision.

**bb)** La recourante se prévaut pour le surplus de cinq rapports médicaux, ultérieurs à la décision du 24 mai 2011, qu'il convient d'examiner ci-après. Il est utile de relever à ce stade qu'il ne suffit pas qu'une atteinte jusqu'alors non diagnostiquée le soit au moment d'une nouvelle demande pour justifier que l'OAI entre en matière sur cette dernière et procède à son instruction. Pour qu'une entrée en matière soit possible, il faut encore que l'atteinte nouvellement mise en évidence permette de tenir pour établi, de façon plausible, que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'examen par IRM cervico-dorso-lombaire réalisé par la Dresse C.\_\_\_\_\_ le 30 janvier 2015 a mis en exergue un bombement discal global diffus C5-C6 avec déchirure annulaire postérieure de type HIZ (High-intensity signal) et un bombement discal global diffus en C6-C7 sans conflit disco-radulaire ni canal cervical étroit, un ancien tassement des plateaux supérieurs de T4 et T6, sans composante aigüe sur l'examen du jour ni recul du mur postérieur et sans hernie discale à l'étage dorsal, une anomalie transitionnelle à l'étage lombaire, avec une lombalisation de S1, mais sans hernie discale ni canal lombaire étroit et une arthrose apophysaire postérieure bilatérale L4-L5 et L5-S1 en phase inflammatoire avec atteinte des inter-épineuses. L'assurée ne présentait pas de myélopathie du cordon médullaire cervical. La charnière occipito-cervicale avait un aspect préservé. Le cône médullaire se projetait en regard de L1 sans altération de ce dernier. C'est à juste titre que le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que les résultats de cet examen étaient rassurants et qu'ils ne comportaient rien d'anormal eu égard l'âge de l'assurée. L'assurée connaissait au demeurant déjà de longue date des atteintes au rachis, générant des douleurs (cf. rapport de la Q.\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2004, rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 13 février 2006, rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 17 mars 2006, rapport d'expertise du D.\_\_\_\_\_ du 17 septembre 2010). Ce rapport d'IRM du 30 janvier 2015 ne suffit pas à rendre plausible une aggravation substantielle de l'état de santé susceptible d'avoir un impact déterminant sur sa capacité de travail et de gain.

Les mêmes conclusions s'imposent s'agissant du rapport d'IRM de l'épaule gauche du 3 mai 2016. La Dresse C.\_\_\_\_\_ a certes constaté une tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs touchant le supra-épineux, l'infra-épineux et le sous-scapulaire, une bursite sous-acromio-deltaïdienne, une rupture d'allure partielle touchant les fibres bursales de l'insertion du supra-épineux et de la jonction entre le tendon supra-épineux et infra-épineux sans atrophie et involution graisseuse de grade I selon classification de Goutallier Barnageau, atteintes qui jusqu'ici n'avaient pas été mises en exergue. De nature dégénérative, ces atteintes, affectant au surplus l'épaule gauche alors que l'assurée est

droitière, ne dénotent pas d'une gravité suffisante pour induire une diminution significative de la capacité de travail de l'assurée. Elles ne permettent pas de tenir pour établi, de façon plausible, que l'invalidité de l'assurée s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Tel est également le cas de la discrète atrophie hippocampique gauche, mise en évidence par l'IRM cérébrale du 22 juillet 2015. Certes, comme le soulève la recourante, cette atteinte est nouvellement mise en avant. Le CT-scan cervical du 15 novembre 1998, ainsi que les IRM cérébrales des 20 novembre 2000, 10 juin 2004 et 26 janvier 2009 n'avaient en effet pas fait de constatations dans ce sens, retenant au contraire des résultats dans les limites de la norme. Cette atrophie de l'hippocampe, au demeurant qualifiée de discrète par le Dr B.C. \_\_\_\_\_, ne suffit cependant pas à rendre plausible une aggravation significative. L'IRM cérébrale a en outre permis d'exclure une lésion focale suspecte. Le Dr B.C. \_\_\_\_\_ n'a pas constaté d'effet de masse ou de déviation des structures de la ligne médiane, ni de séquelle hémorragique ou d'hémorragie aiguë intra ou extra-axiale. Il n'y avait pas non plus d'anomalie sur les séquences de diffusion. Les ventricules étaient symétriques et fins, les citernes de la base libres. La recourante ne présentait pas d'anomalie de la substance blanche en pondération T2, pas plus que de prise de contraste focale pathologique. Il n'y avait pas non plus de séquelle de trauma. L'IRM cérébrale du 22 juillet 2015 n'a ainsi apporté aucun élément substantiellement nouveau par rapport à la situation qui prévalait au moment de la décision de refus du 24 mai 2011, de nature à rendre plausible une modification de l'invalidité depuis le précédent refus de prestations.

L'examen neuropsychologique du 19 août 2015 n'a pas non plus apportés d'éléments susceptibles de rendre plausible une telle modification. A l'issue de leur examen, la Prof. F. \_\_\_\_\_ et la psychologue F.G. \_\_\_\_\_ ont conclu à des troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels sévères. Elles ont précisé avoir constaté des troubles mnésiques à court terme/épisodes antérogrades verbaux, une dysfonction exécutive sur le plan cognitif des difficultés attentionnelles, un

ralentissement psychomoteur sévère ainsi que des difficultés de calcul. Ces constatations les avaient amenées à ordonner l'IRM cérébrale du 22 juillet 2015, qui avait mis en évidence une discrète atrophie hippocampique gauche. La Prof. F.\_\_\_\_\_ et la psychologue F.G.\_\_\_\_\_ ont qualifié l'évolution depuis 2006 de « légère péjoration ». L'examen neuropsychologique du 2 octobre 2006 avait en effet déjà conclu à une perturbation globale et diffuse des aptitudes cognitives (déficits mnésiques, exécutifs et attentionnels, associés à un ralentissement idéatoire et des troubles du raisonnement) dans le cadre d'une évolution post-double traumatisme cranio-cérébral léger défavorable sur le plan psychique. L'assurée présentait déjà des fonctions langagières et mnésiques sérieusement déficitaires. Au plan des fonctions exécutives, les fluences verbales en modalité littérale et catégorielle étaient également sérieusement déficitaires ; la dénomination en conflit avec la lecture (Stroop) était sévèrement ralentie ; la programmation motrice était échouée. Au niveau du raisonnement et des capacités attentionnelles, l'épreuve de raisonnement par association visuelle était modérément déficitaire, alors que l'attention divisée, évaluée sur un logiciel informatisé, était sévèrement déficitaire, la patiente répondant au hasard. Toujours en 2006, l'assurée avait au demeurant aussi échoué au test de calcul. Dans leur rapport du 17 septembre 2010, les experts du D.\_\_\_\_\_ avaient également déjà constaté des troubles sévères attentionnels (temps de réaction, attention sélective, divisée et soutenue), ainsi qu'un ralentissement lors de certains tests. Ainsi, le rapport d'examen neuropsychologique du 22 juillet 2015 n'apporte rien de fondamentalement nouveau. Le fait que, selon la Prof. F.\_\_\_\_\_, les troubles constatés interfèrent avec la conduite automobile ainsi que la capacité de travail, dans la mesure où ils rendent l'acquisition de nouvelles informations difficiles, n'est pas déterminant, car l'exercice de son activité d'esthéticienne ne nécessiterait ni conduite ni acquisition de nouvelles informations. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr P.\_\_\_\_\_ retient que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation ou un fait nouveau au plan neuropsychologique source d'empêchements durables d'une importance suffisante pour influencer l'exigibilité retenue lors de la dernière décision dans l'activité habituelle.

Enfin, le questionnaire de dépression selon l'échelle de Beck effectué par le Dr N.\_\_\_\_\_, selon lequel l'assurée présentait un score de 17 correspondant au résultat « 16 et plus : forte probabilité de souffrir de dépression », ne suffit nullement à rendre plausible une aggravation au plan psychiatrique. D'une part, l'assurée présentait déjà au moment de la décision du 24 mai 2011, et même bien avant, une atteinte au niveau psychique, puisque l'expertise du D.\_\_\_\_\_ avait conclu à un épisode dépressif moyen depuis 2008, à l'époque de l'expertise dans une phase de gravité légère, sans syndrome somatique. En outre, un simple test psychologique, dénué de toute évaluation motivée émanant d'un psychiatre et d'une appréciation de la capacité de travail, n'est pas suffisant pour rendre plausible une aggravation significative de l'état de santé de l'assurée.

**c)** En définitive, l'appréciation de SMR au sujet des documents médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande est convaincante, en ce sens qu'aucun d'entre eux ne fournit d'indice en faveur d'une aggravation notable et durable de son état de santé.

**d)** Les arguments soulevés par l'assurée à l'appui de son recours ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En particulier, il ne fait pas de doute qu'en faisant référence à l'état de l'assurée tel qu'il prévalait en 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ faisait bien référence à celui qui prévalait après qu'elle a recouvré sa capacité de travail. On relèvera à cet égard que lorsqu'il évoque la situation qui prévalait en 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ fait référence aux constatations posées au plan neuropsychologique par la Prof. F.\_\_\_\_\_. Or, celle-ci s'est prononcée dans un rapport du 6 octobre 2006, alors qu'une pleine capacité de travail avait d'ores et déjà été reconnue depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006 déjà.

Il appert pour le surplus que l'intimé a examiné l'état de l'assurée dans sa globalité, sans limiter ses investigations aux seules séquelles des accidents subis en 1998 et 2004. Il a ainsi et en particulier ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès du D.\_\_\_\_\_, qui s'est

prononcé sur la situation sans s'interroger sur un éventuel rapport de causalité naturelle, respectivement adéquate, entre les troubles annoncés et les événements accidentels précités.

On ne peut suivre non plus la recourante lorsqu'elle affirme que l'IRM cérébrale du 22 juillet 2015 serait un examen jamais conduit jusqu'alors, qui constituerait un nouveau moyen de preuve permettant une révision au sens de l'art. 53 LPGA. En effet, d'une part, il ressort des éléments au dossier que l'assurée avait déjà subi plusieurs IRM cérébrales antérieurement, les 20 novembre 2000, 10 juin 2004 et 26 janvier 2009. D'autre part, les règles applicables ici sont celles de la révision de prestations d'assurances, au sens de l'art. 17 LPGA, et non celles de la révision procédurale, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. En tout état de cause, même si aucune IRM cérébrale n'avait été mise en œuvre avant celle du 22 juillet 2015, cela ne permettrait pas en tant que tel de rendre plausible une modification substantielle de l'état de santé de la recourante déterminant pour l'octroi d'une rente. Il s'agit au demeurant uniquement d'un examen d'imagerie, qui ne donne en particulier aucun élément relatif à la capacité de travail.

**e)** En définitive, au vu de ce qui précède, il y a lieu de déduire que la recourante n'a pas rendu plausible une modification substantielle de sa situation depuis le dernier refus de prestations, qui imposerait le réexamen de ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité au sens entendu par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI. L'intimé était ainsi légitimé à ne pas instruire sur le fond la nouvelle demande présentée par la recourante le 25 novembre 2015 et à prononcer le refus d'entrer en matière litigieux.

**5. a)** En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont

rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

*In casu*, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

**c)** La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 25 juillet 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Lionel Zeiter (pour la recourante),
- 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 :